

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 18. desember 2014

Saksbehandler: Direksjonssekretær

Vedlegg: Sakliste

SAK 63/2014 GODKJENNING AV INNKALLING OG SAKLISTE

Forslag til vedtak:

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

Oslo, den 11. desember 2014

Stener Kvinnsland
Sign.

Oslo universitetssykehus HF

Møteinnkalling

| | |
|------------|--|
| Møtenavn: | Styremøte 7/2014 |
| Dato møte: | 18. desember 2014 |
| Møtetid: | Klokken 8.00 - 16.00 |
| Møtested: | Radiumhospitalet, Forskningsbygget, Seminarrom 1 og 2. |

| | | |
|---------|--------------|--|
| 63/2014 | Beslutning: | Godkjenning av innkalling og sakliste |
| 64/2014 | Beslutning: | Godkjenning av protokoll styremøte 30.10.2014 |
| 65/2014 | Orientering: | Rapport per november 2014 |
| 66/2014 | Beslutning: | Budsjett 2015 |
| 67/2014 | Beslutning: | Investeringsiltak i bygningsmassen til Oslo universitetssykehus |
| 68/2014 | Orientering: | Status investeringer i omstillinger |
| 69/2014 | Beslutning: | Idéfase OUS – Campus Oslo |
| 70/2014 | Beslutning: | Salg av Josefinesgate 30 og Pilestredet 77 |
| 71/2014 | Beslutning: | Virksomhetsoverdragelse av stråleterapi til Sørlandet sykehus HF og til Sykehuset Innlandet HF |
| 72/2014 | Orientering: | Arbeid med pasientforløp (pakkeforløp) |
| 73/2014 | Beslutning: | Oppnevning av valgstyre |
| 74/2014 | Orientering: | Plan for styret |
| 75/2014 | Orientering: | Administrerende direktørs orienteringer |

Stener Kvinnsland
sign.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 18. desember 2014
Saksbehandler: Direksjonssekretær
Vedlegg: Protokoll fra styremøte 30. oktober 2014

**SAK 64/2014 GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA
STYREMØTE 30. OKTOBER 2014**

Forslag til vedtak:

Styret godkjenner protokoll fra styremøte 30. oktober 2014.

Oslo, den 11. desember 2014

Bjørn Erikstein

Oslo universitetssykehus HF

UTKAST

Protokoll

| | |
|---------------|--|
| Møtenavn: | Styremøte |
| Til: | Styrets medlemmer |
| Dato dok.: | 30. oktober 2014 |
| Dato møte: | 30. oktober 2014 kl 800-1340 på Radiumhospitalet. |
| Offentlighet: | |
| Referent: | Jørgen Jansen |

Tilstede: Stener Kvinnsland, Anne Carine Tanum, Bjørg Månnum Andersson, Berit Kjøll, Svein Erik Urstrømmen, Bjørn Wølstad-Knudsen, Aasmund Magnus Bredeli, Nina Bachke, Rita von der Fehr, Merete Norheim Morken

Forfall: Ole Petter Ottersen, Einar Enger

Til stede fra administrasjon: Cathrine Lofthus, Morten Reymert, Kjell Magne Tveit, Rolv Økland, Eva Bjørstad, Christina Rolfheim Bye, Erlend Smeland, Morten Meyer m.fl.

Tilstede ellers: observatører fra Brukerutvalget, konsernrevisjonen og publikum

Sak 53/2014 Godkjenning av innkalling og saksliste

Enstemmig vedtak:

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

Sak 54/2014 Godkjenning av protokoll

Enstemmig vedtak:

Styret godkjenner protokoll fra styremøte 25. september 2014.

Sak 55/2014 Ledelsens gjennomgang 2. tertial 2014

Enstemmig vedtak:

Styret tar ledelsens gjennomgang fra 2. tertial 2014 til etterretning.

Styremedlemmene Merete Norheim Morken, Rita von der Fehr, Bjørn Wølstad Knudsen, Svein Erik Urstrømmen og Aasmund Bredeli ønsket følgende ført i protokollen:

"Ansatterepresentantene uttrykker bekymringer for det stabilt høye risikobildet spesielt for pasientbehandling, kapasitet og arbeidsmiljø og den manglende effekt av risikoreduserende tiltak, og ber om et økt fokus på gjennomføring av relevante og effektiv tiltak."

Sak 56/2014 Rapport per september 2014

Enstemmig vedtak:

Styret tar rapporteringen for september 2014 til orientering.

Sak 57/2014 Budsjett 2015

Enstemmig vedtak:

Styret tar redegjørelsen om budsjett 2015 til orientering.

Sak 58/2014 Virksomhetsoverdragelse av Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging, region øst

Enstemmig vedtak:

1. Styret slutter seg til avtale om virksomhetsoverdragelse av Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging, region øst fra Oslo universitetssykehus HF til Regionsenter for barn og unges psykiske helse, helseregion Øst og Sør.
2. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å signere avtalen om virksomhetsoverdragelse på vegne av Oslo universitetssykehus HF.

Sak 59/2014 Møte med brukerutvalget

Enstemmig vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Sak 60/2014 Oppfølging av Gjennomføringsprosjektet og innføring av regional EPJ og PAS i Oslo universitetssykehus

Enstemmig vedtak:

Styret tar redegjørelse om oppfølging av Gjennomføringsprosjektet og innføring av regional elektronisk pasientjournal og pasientadministrativt system til orientering.

Sak 61/2014 Plan for styrets arbeid

Enstemmig vedtak:

Styret tar til saken til orientering.

Sak 62/2014 Administrerende direktørs orienteringer

Enstemmig vedtak:

Styret tar til saken til orientering.

Stener Kvinnsland
Styreleder

Anne Carine Tanum
Nestleder

Berit Kjøll

Björg Månum Andersson

Ole Petter Ottersen
(protokoll forelagt)

Einar Enger
(protokoll forelagt)

Svein Erik Urstrømmen

Nina Bachke

Merete Norheim Morken

Rita von der Fehr

Aasmund Magnus Bredeli

Bjørn Wølsted-Knudsen

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 18. desember 2014

Saksbehandler: Direksjonssekretær

Vedlegg:

SAK 65/2014 RAPPORT PER NOVEMBER 2014

Endelige resultater for november foreligger ikke ved utsendelse av styresakene og vil bli ettersendt styret elektronisk og i posten på mandag 15. denne måneden.

Oslo, den 11. desember 2014

Bjørn Erikstein

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 18. desember 2014

Saksbehandler: Viseadministrerende direktør økonomi og finans

Vedlegg: Tabellvedlegg

SAK 65/2014 RAPPORTERING PER NOVEMBER 2014

Forslag til vedtak:

Styret tar rapporteringen for november 2014 til orientering.

Oslo, den 18. desember 2014

Bjørn Erikstein

1. Sammendrag

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

- Samlet aktivitet innenfor somatikken hittil i år er 0,6 prosent lavere enn aktivitetsmålet i Oppdrag og bestilling fra Helse Sør-Øst RHF. Det styrevedtatte budsjettet forutsetter imidlertid høyere aktivitet innenfor somatikken i 2014 enn måltallet fra Helse Sør-Øst RHF, og målt mot periodisert aktivitetsbudsjett er det et negativt avvik på 1,9 prosent.
- Innenfor psykisk helsevern for voksne er liggedøgn og poliklinisk aktivitet høyere enn de periodiserte måltallene. Innenfor psykisk helsevern for barn og unge er den polikliniske aktiviteten lavere enn budsjettet, mens antall liggedøgn er høyere enn budsjettet.
- Det er registrert færre liggedøgn enn budsjettet innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling, mens den polikliniske aktiviteten innenfor dette området er høyere enn planlagt.
- Det er registrert en stor økning i antall ventende, herunder langtidsventende, og ventende med fristbrudd etter overgangen til DIPS. Dette skyldes en kombinasjon av kvaliteten på data konvertert fra de tidligere pasientadministrative systemene og bruken av DIPS etter oppstart. Deler av økningen skyldes også midlertidig redusert kapasitet i forbindelse med oppstart av DIPS i oktober.
- Til og med november er det et negativt avvik i forhold til periodisert budsjett på om lag 22 millioner kroner. Økonomisk resultat for november var isolert sett noe bedre enn budsjettet.
- Antall brutto månedsverk er i desember 18 306 og i gjennomsnitt for hele 2014 er det 17 868 brutto månedsverk. Det er i gjennomsnitt for 2014 utført 610 flere månedsverk enn i 2013 og 351 flere enn budsjettet.
- Sykefraværet til og med oktober 2014 er på 7,1 prosent, og er redusert fra 7,4 i samme periode i 2013.

2. Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

Hovedmålene for virksomheten i Oslo universitetssykehus HF i 2014 har vært å fortsette reduksjon i antall langtidsventende, unngå fristbrudd og økte pasientbehandlingen innenfor de tildelte økonomiske rammer. I tillegg har det vært arbeidet med å legge grunnlag for videreutvikling av sykehuset, herunder innføring av DIPS som felles pasientadministrativt system og elektronisk pasientjournal (PAS/EPJ). Gjennom 2014 har sykehuset vært på god vei for å nå disse målene.

DIPS ble innført 20 oktober og teknisk sett har innføringen vært vellykket. Med innføringen ble de tidligere sykehusgrensene fjernet når det gjelder tilganger til informasjon knyttet til pasientforløp inklusive felles journal og resultater fra prøvetakning og resultater av røntgenundersøkelser. For mange brukere har imidlertid omleggingen til nye arbeidsprosesser vært krevende.

Innføring av nytt PAS/EPJ har på kort sikt komplisert tolkningen av eksisterende styringsdata. De registrerte tallene for langtidsventende har økt betydelig, og det samme har skjedd med fristbruddene. Årsakene til dette er trolig dels av teknisk

karakter ved at all informasjon ikke ble med ved konvertering av eksisterende data fra de tidligere systemene, men gjenspeiler trolig også en endret hverdag for mange av systembrukerne og dermed risiko for midlertid redusert måloppnåelse. Uansatt årsak er det større usikkerhet knyttet til tolkningen av sentrale målstørrelser som antall ventende, fristbrudd og aktivitetsdata inklusive økonomiske data enn tidligere.

Administrerende direktør vil ha fokus på at arbeidet med å redusere antall ventende, særlig langtidsventende, og å unngå fristbrudd fortsetter. Økonomisk sett ligger sykehuset fortsatt an til å kunne nå det økonomiske styringsmålet for 2014. Salg av eiendom og andre forhold som ikke kan tilskrives innværende års drift har imidlertid gitt viktige positive bidrag slik at den underliggende driften er svakere enn budsjettet, trolig i størrelsen 50-100 mill kroner på årsbasis. Veksten i ressursbruken er betydelig høyere enn det som er forenlig med målene fra økonomisk langtidsplan. Det er derfor grunn til betydelig bekymring knyttet til sykehusets utgangspunkt i 2014 og den risiko det medfører for å gjennomføre budsjettet for 2015.

Administrerende direktør er fornøyd med at aktiviteten innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling hittil i år er bedre enn budsjettet for mange av indikatorene. Innenfor somatikken har aktiviteten hittil i år vært lavere enn budsjettet. Det har vært arbeidet for å lukke avvik i forhold til budsjett, både for å sikre at helseforetaket leverer det omfang av tjenester som er forutsatt i budsjettet, men også for å sikre de resultatene som er lagt til grunn for budsjettet mht økonomi og produktivetsforbedring. Som omtalt ovenfor er det imidlertid betydelig usikkerhet til rapportert aktivitet etter oppstart av DIPS.

3. Pasientbehandling

3.1. Aktivitet somatikk

Per november er antall rapporterte DRG-poeng 0,6 pst (om lag 1 200 DRG-poeng) lavere enn periodiserte måltall satt i Oppdrag og bestilling fra Helse Sør-Øst RHF. Internt er det imidlertid et negativt avvik på om lag 1,9 pst som følge av at det er budsjettet med en noe høyere aktivitet internt enn det som følger av oppdragsdokumentet.

Ved planlegging av budsjettet for 2014 ble det tatt hensyn til at aktiviteten var forventet å gå ned i oktober som følge av innføringen av DIPS.

Aktivitetsrapporteringen for oktober viste imidlertid en aktivitet som var noe høyere enn lagt til grunn i budsjettet. I november har imidlertid aktiviteten vært lavere enn budsjettet, og det negative avviket har derfor økt. Aktiviteten i november har vært lavere enn budsjettet i alle klinikkene, men avviket er størst innenfor Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken. Deler av avviket antas å henge sammen med innføringen av DIPS. Nye arbeidsprosesser er ennå ikke innarbeidet godt nok, noe som blant annet medfører at polikliniske konsultasjoner tar lengre tid. I tillegg knytter det seg usikkerhet til om all aktivitet er riktig registrert. Dette skyldes blant annet:

- Et stort antall DRG-poeng for opphold som ikke er ferdig kodet (DRG470)

- Mulighetene for kvalitetssikring av medisinsk koding har vært begrenset pga. manglende og/eller begrensninger i tilganger i DIPS
- DIPS benytter andre begreper på omsorgsnivå. Det arbeides med å kvalitetssikre at aktivitet registreres og rapporteres på riktig omsorgsnivå.
- Medisinsk kodeverk (ICD10 og NCMP) er ikke fullstendig oppdatert i DIPS. Levarandørene arbeider med å få dette på plass.

Arbeidet med å kvalitetssikre registrert aktivitet i DIPS frem mot levering av endelige tall for 3. tertial (frist for levering til Norsk pasientregister) er startet.

Akkumulert aktivitetsavvik i forhold til budsjett skyldes også forsinkelser i gjennomføring av tiltak for økt aktivitet og i levering av medisinsteknisk utstyr (MTU). Videre medførte en relativt mild vinter færre skader og akuttinnleggelser enn normalt (særlig innenfor ortopedi). Det har også vært utført færre tracheostomier i 2014 enn lagt til grunn i budsjettet i tillegg til lavere pasienttilgang innen åpen hjertekirurgi enn forutsatt i budsjettet. Aktiviteten ved Nyfødintensiv avdeling har i 2014 vært vesentlig lavere enn budsjettet. På enkelte områder har imidlertid aktiviteten i 2014 vært høyere enn budsjettet (blant annet fødsler, barnenevrologi, kreftbehandling, gastro- og barnekirurgi, revmatologi, hud og infeksjon).

Gjennom 2014 har sykehusledelsen igangsatt flere tiltak for å sikre et aktivitetsnivå som planlagt i tillegg til nedgang i antall fristbrudd, avvikling av langtidsventende og en generell reduksjon i ventetid til vurdering, utredning og behandling. Tiltakene har gitt noe effekt i 2014 og så vil mange av tiltakene gi større helårseffekt i 2015.

3.2. Aktivitet innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Det presiseres at grunnlaget for rapportering av aktivitet etter overgang til DIPS fortsatt er beheftet med en viss usikkerhet. Konsekvensene av overgang til DIPS innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er trolig større enn for somatikken, da det tidligere ble rapportert fra 12 ulike PAS-installasjoner (10 BUP-filer, DIPS-Aker og PasDoc). Dette gjør arbeidet med kvalitetssikring av nytt og felles rapporteringsgrunnlag krevende.

De registrerte oppholdene viser at innenfor *voksenpsykiatrien* er det hittil i år skrevet ut 325 flere pasienter (23,0 pst) enn plantall og antall liggedøgn er 3,5 pst (2 269 liggedøgn) høyere enn budsjettet. Sammenlignet med 2013 er antall utskrevne pasienter økt med 161 (10,2 pst), mens antall liggedøgn døgntilrettelagt er redusert med 4 259. En stor del av reduksjonen i antall liggedøgn (4 671 døgn), knyttes til avvikling av kjøp av døgnplasser fra private fra og med 2. halvår 2013. Antall polikliniske konsultasjoner er 2,8 pst (2 079 konsultasjoner) høyere enn plantall og 1,8 pst (1 388 konsultasjoner) lavere enn i samme periode 2013.

Den polikliniske aktiviteten innenfor *barne- og ungdomspsykiatrien* er hittil i år 7,2 pst (3 324 konsultasjoner) lavere enn plantall. Sammenlignet med 2013 er antall polikliniske konsultasjoner redusert med 164 (0,4 pst). Årsakene til avviket er for noen enheter vakante stillinger, spesielt blant spesialistene. I tillegg har

enkelte enheter flere langtidssykemeldte som det ikke er leid inn vikar for. Det har også vært vansker med å få registrert alle tiltak i DIPS. Avdelingen arbeider aktivt med å bedre pasientflyten og få flere refusjonsberettigede konsultasjoner. Det rapporteres også om mange krevende pasientsaker som medfører en belastning på poliklinikkene. Det er hittil i år skrevet ut 45 flere pasienter enn budsjettert og antall liggedøgn er 1 070 (27,1 pst) høyere enn budsjettert. Sammenlignet med samme periode i 2013 er det en økning i antall utskrevne pasienter på 46, mens antall liggedøgn er øket med 1 113 (28,5 pst). Årsaken til avviket for utskrivninger er stor pågang og overbelegg av pasienter med behov for døgnopphold. Årsaken til gode tall for liggedøgn skyldes en kombinasjon av Front-teamets aktivitet og generelt høyt aktivitetsnivå ved en annen enhet. Også Ung intensivsenhet har høyere aktivitet enn planlagt, noe som skyldes stor pågang.

Innenfor *TSB (tverrfaglig spesialisert rusbehandling)* er det hittil i år skrevet ut 173 flere pasienter (6,5 pst) fra døgnbehandling enn plantall. Dette er en økning på 161 utskrivninger (6,0 pst) fra 2013. For antall liggedøgn er det hittil i år et negativt avvik i forhold til budsjett på 8,9 pst (2 262 liggedøgn). Avvikene for døgnvirksomheten skyldes lav innsøking. Det arbeides aktivt med å øke innsøkningen og å beholde pasientene gjennom behandlingen. Antall polikliniske konsultasjoner er 7,4 pst (686 konsultasjoner) høyere enn budsjettert, hvilket er en økning på 27,3 pst (2 129 konsultasjoner) fra samme periode i 2013. Det har vært en økning i antall rapporterte polikliniske konsultasjoner de siste månedene som følge av gjennomførte tiltak for å lydisolere alle kontorene ved Seksjon for ruspoliklinikker på Ullevål. Tiltaket inngår i budsjett 2014 og gir en økning i antall refusjonsberettigede konsultasjoner. Avdelingen arbeider med ulike former for oppsøkende aktivitet for å fange opp unge pasienter med rusproblemer som ikke fanges opp og henvises til utredning og behandling av primærhelsetjenesten. Arbeidet med å rekruttere pasienter og å nå ut til brukere som ikke selv oppsøker hjelp, har vært høyt prioritert. Formalisert samarbeid har kommet på plass med flere instanser, blant annet private tjenesteytere, annen offentlig spesialisthelsetjeneste og kommunen. Avdelingen planlegger å være tilstede på ulike arenaer der sykehusets samarbeidspartnere møter unge rusavhengige. Mer individuelt tilrettelagte og differensierte pasientforløp er virkemidler det arbeides med for å legge tilrette for økt oppmøte og økt gjennomføring av planlagte behandling.

3.3. Ventelisteutvikling

På bakgrunn av usikkerhet til ventelistedata etter oppstart av DIPS 20. oktober har helseforetaket bedt om at ventelistetall for oktober og november ikke blir publisert av Norsk pasientregister. Status vises likevel i vedlagte tabellvedlegg.

Det er lagt ned mye arbeid i å forstå konsekvensene av regler benyttet i forbindelse med konvertering av data fra de tidligere løsningene (PasDoc, DIPS Aker og aktuelle BUP-filer) til DIPS. I tillegg er det arbeidet med å ferdigstille mer presise brukerveiledninger for håndtering av henvisninger, ventelister og fristbrudd, enn det som er laget av prosjektet.

Per utgangen av november er status for ventelistesituasjonen etter overgang til DIPS kort oppsummert:

- Stor økning i antall ventende inkl langtidsventende

- Økning i ventetid for ventende pasienter
- Stor økning i fristbrudd

Deler av økningene skyldes håndtering av data fra de tidligere løsningene og deler skyldes mangelfull registrering i DIPS etter oppstart. I tillegg var det i en periode rundt oppstart av DIPS noe redusert kapasitet. Generelt er det et stort opplæringsbehov, både for å sikre korrekt rydding av data overført fra de tidligere løsningene og korrekt løpende registrering i sann tid.

I arbeidet med oppfølging av ventelister etter oppstart av DIPS har det så langt vært hovedfokus på fristbrudd og langtidsventende.

Fristbrudd av ventende pasienter

Ved nedtak av de tidligere systemene 17. oktober var antall fristbrudd av ventende pasienter redusert til 1 015. Per utgangen av oktober var antall fristbrudd økt til nærmere 2 300. Gjennom november økte antallet til nærmere 2 900. Effekt av ryddearbeid har gitt noe resultater siste uken, og antall fristbrudd var per 12. desember redusert til om lag 2 250.

Hovedårsaken til økningen i antall fristbrudd ved oppstart av DIPS er knyttet til regler for generering av NPR-melding fra PasDoc. I NPR-meldingen fra PasDoc ble det for pasienter henvist til utredning satt på ventetid sluttdato etter første konsultasjon, selv om dette ikke var registrert i databasen. Ved konvertering av data fra PasDoc ble det hentet data fra databasen og ikke NPR-meldingen. Dette medførte at det ikke var noen ventetid sluttdato å konvertere til DIPS, og for disse pasientene fremkommer da ikke ventetid sluttdato i DIPS, selv om utredning er startet.

Oslo universitetssykehus HF har videre et stort antall pasienter som er henvist fra og allerede rettighetsvurdert ved andre helseforetak. Utredning/behandling er for mange av disse igangsatt ved annet helseforetak og ventetid slutt også satt ved henvisende helseforetak. I PasDoc ble dette registrert av merkantilt personell ved registrering av henvisning. I DIPS skal dette gjøres av den enkelte lege i forbindelse med vurdering av henvisning. Dette blir i liten grad gjort og medfører at ventetid slutt for mange pasienter ikke blir registrert, hvilket gir en økning i fristbrudd og ventetider.

Langtidsventende

Antall langtidsventende har hatt en tilsvarende utvikling etter oppstart av DIPS som fristbrudd av ventende pasienter. Ved nedtak av de tidligere systemene 17. oktober var antall langtidsventende redusert til under 2 000. Per utgangen av oktober var dette økt til over 3 400. Antallet fortsatte å øke gjennom november, men er noe redusert siste uke. Per 12. desember var antall langtidsventende om lag 3 100.

Tiltak for å redusere fristbrudd og langtidsventende

Det er planlagt flere tiltak for å redusere antall fristbrudd og langtidsventende. De viktigste er:

- Maskinell retting av manglende ventetid sluttdato på konverterte data i DIPS. Dette vil redusere behovet for manuell gjennomgang og rydding noe, og dermed frigjøre tid til å fokusere på riktig bruk av DIPS for

registrering og oppfølging av nye pasienter. Den maskinelle ryddingen forventes å redusere både omfanget av fristbrudd og langtidsventende, men det er vanskelig å forutsi hvilket omfang det representerer.

- Daglig oppfølging av status
- Tilrettelegging av grunnlag for rydding både i DIPS og i LIS (lederinformasjonsystem)
- Ekstra opplæring for ventelisteansvarlige er gjennomført og det er over nyttår planlagt ekstra opplæring i bruk av DIPS for å sikre riktig registrering og rapportering fortløpende
- Utarbeidet detaljert brukerveiledning for kvalitetssikring og retting i rapporteringsgrunnlaget
- Tett oppfølging av frister som forfaller

I fase 2 av DIPS-prosjektet som starter opp etter nyttår vil det være fokus på å optimalisere bruken av systemet gjennom blant annet forbedrede arbeidsprosesser. Det vil imidlertid allerede nå bli igangsatt et arbeid for å vurdere arbeidsdeling knyttet til registrering av informasjon som følger med pasientene som er videreført til Oslo universitetssykehus HF.

Ut over dette videreføres tidligere planlagte tiltak for å avvikle fristbrudd og langtidsventende. Dette er også fokus i arbeidet med budsjett 2015. På helt kort sikt prioriteres imidlertid arbeidet med å rydde i data etter overgang til DIPS.

3.4. Andel korridorpasienter

For 2014 er målet at det ikke skal være korridorpasienter. Andelen korridorpasienter hittil i år er 0,9 pst. Dette er på samme nivå som i 2013.

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

3.5. Utskrivningsklare pasienter

Somatikk

Hittil i år er det rapportert 252 utskrivningsklare pasienter (782 liggedøgn). Andelen liggedøgn for utskrivningsklare pasienter er 0,2 pst. For samme periode i 2013 var andelen liggedøgn for utskrivningsklare pasienter innenfor somatikken 0,3 pst.

Psykisk helsevern for voksne

Hittil i år er det rapportert 178 utskrivningsklare pasienter (4 291 liggedøgn). Andelen liggedøgn for utskrivningsklare pasienter er 6,4 pst. For samme periode i 2013 var andelen liggedøgn for utskrivningsklare pasienter innenfor psykisk helsevern 6,5 pst.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Hittil i år er det rapportert 26 utskrivningsklare pasienter (407 liggedøgn). Andelen liggedøgn for utskrivningsklare pasienter er 1,8 pst. For samme periode i

2013 var andelen liggedøgn for utskrivningsklare pasienter innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling 1,6 pst.

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

3.6. Nasjonale kvalitetsindikatorer (fra Helsenorge.no)

Helsedirektoratet presenterer tertialvis nasjonale kvalitetsindikatorer på www.helsenorge.no. For 2. tertial 2014 ble resultatene publisert 27. november 2014.

I tabell 2.4 i tabellvedlegget vises resultat for de fleste nasjonale kvalitetsindikatorer ved Oslo universitetssykehus, Helse Sør-Øst og for landet samlet, for 1. og 2. tertial 2014. Oslo universitetssykehus HF har månedlig rapportering av ventetid og fristbrudd, og status for disse indikatorene beskrives i pkt 3.3.

Helseforetaket har stor fokus på god kvalitet på grunndata slik at indikatorene skal gi et riktig bilde av faktisk kvalitet slik det er ment målt, og være et godt grunnlag for internt forbedringsarbeid i helseforetaket. Det forventes at overgangen til DIPS vil bedre mulighetene for kvalitetssikring for enkelte av indikatorene. Resultater av dette vil i hovedsak først komme i 2015, da DIPS først ble tatt i bruk fra 20. oktober og det tar noe tid å få på plass riktig bruk av systemet. Samtidig med innføring av DIPS arbeides det med forbedring av intern registreringspraksis der den i dag ikke er god nok.

I 2. tertial 2014 hadde Oslo universitetssykehus HF svakere resultater enn resultatene for landet som helhet og Helse Sør-Øst, for enkelte indikatorer, og disse er derfor fulgt opp særskilt. Dette gjelder indikatorene i tabellen under:

| Indikator | Kommentar |
|--|---|
| Pasienter med blodpropp i hjernen som får trombolysebehandling | For 2. tertial fremkommer Oslo universitetssykehus HF med en betydelig reduksjon i andel pasienter med blodpropp i hjernen som får trombolysebehandling sammenlignet med tall for 1. tertial. Reduksjonen skyldes etterslep i registrering på grunn av sykdom. Dette vil bli etterregistrert i 3. tertial. |
| Andel hoftebrudd som ikke er operert innen 48 timer | Kvalitetsindikatoren for hoftebrudd er endret fra og med 2. tertial og viser nå andel pasienter som ikke får behandling innenfor gitte tidspunkt, mens det tidligere ble vist andelen som fikk behandling innen 48 timer. |
| Individuell plan for barnehabilitering | Individuell plan skal lages lokalt og Oslo universitetssykehus HF har en stor andel regionale pasienter. Sykehuset har rutiner for å etterspørre informasjon om individuell plan for barnehabilitering, men opplever at svært få av pasientene (foresatte) gir nødvendig informasjon. Dette påvirker resultatet av indikatoren. Innføring |

| | |
|--|---|
| | av DIPS forventes å gjøre det enklere å registrere og kvalitetssikre data om individuell plan i tilfeller hvor man får informasjon om dette. |
| Brudd på vurderingsgaranti (somatikk) | Oslo universitetssykehus HF har stort volum pasienter viderehenvist fra andre enheter innenfor spesialisthelsetjenesten og vurderingstid teller fra mottak av henvisning på første sykehus. |
| Utsettelse av planlagte operasjoner | Oslo universitetssykehus HF har en for stor andel utsatte operasjoner. Det arbeides med tiltak både for å utnytte operasjonsstuekapasitet bedre og for å redusere antall strykninger. |
| Oppdaterte ventetider på fritt sykehusvalg (BUP) | Lav andel oppdaterte ventetider på fritt sykehusvalg skyldes midlertidig redusert kapasitet i forbindelse med EPJ-prosjektet. |
| Brudd på vurderingsgaranti TSB | Gjennomgang av resultatet for denne indikatoren har avdekket at det for mange av pasientene har vært opprettet flere henvisninger, hvorav kun en har blitt vurdert. Det vil bli ryddet opp i feilregistreringer innen 31.12.14. Det utarbeides nye rutiner for kontinuerlig rydding i DIPS og kvalitetssikring av registreringspraksis. |
| Registrering av lovgrunnlag PHV | <p>Denne indikatoren viser om sykehusavdelinger og distriktpsikiatriske sentra (DPS) har registrert lovgrunnlaget for behandling i pasientens journal og rapportert dette til Norsk Pasientregister. Spesialistvedtak skal alltid fylles ut, selv ved frivillig behandling og for alle omsorgsnivåer (dag, døgn og poliklinikk). Med lovgrunnlag menes hvilke lovverk og hvilken paragraf som er brukt ved behandlingen. I de tilfeller der det er tvangsbehandling, skal det skrives et spesialistvedtak av spesialist ved sykehus eller DPS innen 24 timer. Når pasienten er til frivillig behandling, skal også det registreres og rapporteres.</p> <p>Ved flere av enhetene i Oslo universitetssykehus HF har det ikke vært praksis for registrering av lovgrunnlag når dette har vært frivillig. Dette gjelder særlig for poliklinikkene ved DPS'ene. Dette er hovedårsaken til mangelfull rapportering av registrert lovgrunnlag. Ut over dette har det i PasDoc vært krevende å registrere lovgrunnlag. Det forventes at innføring av DIPS vil gi et mer komplett datagrunnlag. Det er laget nye styrende dokumenter for dette området innenfor klinikken og registreringspraksis vil bli fulgt opp.</p> |

Når det gjelder indikatorene som viser forløpstider for kreftpasienter har helseforetaket løpende oppfølging av dette internt. I tertialvise oppfølgingsmøter bes klinikker som har deler av pasientforløpet knyttet til de aktuelle kreftformene

(tykktarmskreft, lungekreft og brystkreft) kommentere forløpstidene og tiltak for å redusere forløpstid. Det er en utfordring at foretaket ikke alene kan gjenskape resultatet av de indikatorene for foreløpstider som monitoreres av Norsk Pasientregister. Dette skyldes at de nasjonale indikatorene beregnes av Norsk pasientregister på bakgrunn av data fra alle helseforetakene. Oslo universitetssykehus HF har kun tilgang til data for pasientbehandling utført i eget helseforetak. Oslo universitetssykehus HF har en stor andel pasienter som er viderehenvist fra andre helseforetak og dette påvirker de nasjonale tallene i stor grad, da tid for behandlingsstart måles fra tidspunkt for mottak av første henvisning til spesialisthelsetjenesten.

Resultater for 3. tertial 2014 vil bli lagt frem for styret når de foreligger.

4. Økonomi

4.1. Resultat per november

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

Det økonomiske resultatet for Oslo universitetssykehus HF viser etter november et regnskapsmessig overskudd på 52,7 millioner kroner mot et budsjettert overskudd på 75,1 millioner kroner. Dette gir et negativt avvik hittil i år på 22,4 millioner kroner.

Etter oktober rapporterte Oslo universitetssykehus HF et negativt avvik i forhold til budsjett på 29,2 millioner kroner, slik at periodens resultat viser et overskudd på 6,8 millioner kroner. Innenfor somatikken er det imidlertid et betydelig negativt avvik i november, noe som blant annet skyldes lav aktivitet innenfor somatikken og høye kostnader. Det er foreløpig uklart hvor mye av dette som relateres til DIPS-innføringen.

Periodens regnskap inkluderer effekt av følgende forhold som ikke knyttes til driften i 2014:

- Underfakturering kurdøgn psykisk helsevern for voksne 2013: Det er tidligere orientert om at det var underfakturering av kurdøgn i 2014 (ble rettet opp i september). Årsaken til feilen oppstod i 2013 ved omorganisering av en klinikk. Etter en gjennomgang av oppdatert faktureringsgrunnlag har det vist seg å være nødvendig å etterfakturere også for 2013. Dette er inkludert i regnskapet for november med 15 millioner kroner.
- På samme måte som tidligere år er arealbruk sett opp mot balanseførte verdier gjennomgått for å identifisere eventuelle resultatmessige konsekvenser av endret arealbruk i 2014. Basert på dette er nedskrivning av anleggsmidler økt med 23 millioner kroner i november, fra tidligere estimat på 20 millioner kroner til 43 millioner kroner etter fullført kartlegging.

- Tidligere avsetning for forpliktelser i forbindelse med etableringen av Rikshospitalet HF i 2002 er etter en ny vurdering løst opp, og dette gir en positiv resultateffekt i november på 29 millioner kroner. Forholdet ble tatt opp av revisor i forbindelse med regnskapsavslutningen for 2013.

Utover ovennevnte forhold er avsetninger i forbindelse med lønnsoppgjøret noe redusert i november. Innenfor psykisk helsevern var aktivitetsbaserte inntekter noe mangelfulle i oktober som følge av manglende rapporter etter oppstart av DIPS. Dette er justert i november.

I akkumulert avvik inngår gevinst fra salg av eiendom (inkludert Barnehagebygg AS) med 52 millioner kroner og nedskrivninger med 43 millioner kroner, og effekt av oppløsning av forpliktelse fra etableringen av Rikshospitalet i 2002 med 29 millioner kroner. Rentekostnader og renteinntekter er lavere enn budsjettert. Det er et positivt avvik for netto finans på 24 millioner kroner, hvorav 5 millioner kroner skyldes høyere bidrag fra AS'ene enn budsjettert per november. I tillegg har avklaring av enkelte forhold fra 2013 bidratt positivt i 2014. Samlet bidrar disse forholdene, som i seg selv har lite med gjennomføringen av virksomheten i inneværende år, til å bedre det økonomiske resultatet med om lag 80 millioner kroner til og med november i år.

Regnskapet hittil i år viser for **sum driftsinntekter** et positivt avvik på 287 millioner kroner (1,6 pst). Øremerkede inntekter er 120 millioner kroner høyere enn budsjettert, og avvik knyttet til sum driftsinntekter for ordinær drift er dermed omlag 168 millioner kroner. De største avvikene på driftsinntekter for ordinær drift omfatter følgende:

- Gevinst fra salg av eiendom med 52 millioner kroner
- Kostnader til Ipilimumab (kreftlegemiddel til behandling av pasienter med føflekkreft) for pasienter utenom studie utgjør 5 millioner kroner
- Merinntekt innenfor Avdeling for medisinsk genetikk som følge av stor vekst i aktiviteten (se nærmere beskrivelse under)
- Refusjon for utleie av personell til DIPS-innføringsprosjektet mv er 80 millioner kroner høyere enn budsjettert
- Lavere inntekter som følge av at aktiviteten innenfor somatikken er lavere enn interne måltall så langt i 2014
- Effekt av redusert enhetspris per DRG-poeng er inkludert med om lag 17 millioner kroner

Nærmere om økte inntekter innenfor medisinsk genetikk

Diagnostisering innenfor medisinsk genetikk gjennomgår en rask teknologisk utvikling. Der det tidligere medgikk mye ressurser for å kartlegge et enkelt gen kan nye metoder og utstyr gjennomføre kartlegging av en rekke gener med realt sett lavere kostnader. Refusjonstakstene fra HELFO er ikke blitt oppdatert de senere årene, men det planlegges nye takster fra 2016 eller 2017. Enkelte av undersøkelsene som utføres i Oslo universitetssykehus HF vil med dagens takstregime generere det som oppfattes som kan oppfattes som uforholdsmessig høye inntekter per undersøkelse. Det er derfor innenfor enkelte undersøkelser satt et tak på det som kreves i refusjon fra HELFO og andre Helseforetak. I realiteten har dermed foretaket ikke krevd inn alle inntektene som kunne ha vært innkravd med gjeldende takstregime.

Nærmere om endring i oppgjørsordning ved sykehotellene

Oslo universitetssykehus HF vil fra 1. januar 2015 ta betaling fra pasienten for opphold av ett døgn varighet i forbindelse med reise mellom hjemstedet og sykehuset. Endringen er en konsekvens av at det i 2008 ble gjort en endring i "Forskrift om rett til dekning av utgifter ved pasienters reise" (syketransportforskriften) som medførte at pasienter skulle betale for opphold i forbindelse med reise mellom hjemsted og sykehus. Oslo universitetssykehus HF har imidlertid frem til nå fakturert aktuelt helseforetak ut fra pasientens bostedsadresse. De regionale helseforetakene ble i 2013 enige om felles oppgjørsordninger mellom regionene, mens det er først denne høsten at endelig avklaring i forhold til Helse Sør-Øst RHF har funnet sted. Endringen som implementeres fra 1. januar 2015 innebærer at pasientene selv må betale for opphold av ett døgn varighet (kr 1 299,-), og at de i etterkant får deler (kr 500,- for overnatting og kr. 200,- i kostgodtgjørelse) av dette refundert. Det arbeides nå for å få gitt informasjon om endringen til pasienter som allerede har bestilt opphold ved sykehotellene. Oslo universitetssykehus HF har frem til nå fakturert øvrige helseforetak ut fra gammel praksis. Som en del implementeringen av ny praksis vil alle fakturaer for 2013 og 2014 til foretak utenfor Helse Sør-Øst RHF krediteres, og det vil bli fakturert på nytt fra og med begynnelsen av 2013. Helse Sør-Øst RHF har varslet at de vil betale differansen mellom det som tidligere er fakturert, og det som vil bli fakturert ut fra nytt regelverk. Flere av helseforetakene i øvrige regioner har betalte fakturaer fra 2011 og 2012, mens noe er fortsatt utestående. Det forutsettes at det resterende blir betalt i sin helhet, samtidig med innføring av ny praksis.

Sum driftskostnader hittil i år viser en merkostnad i forhold til budsjett på 334 millioner kroner, hvorav 120 millioner kroner relateres til prosjekter med øremerket finansiering. Hoveddelen av øvrig merforbruk skyldes noe høyere kostnader enn budsjettet innenfor flere områder. En stor del av dette er knyttet til kostnader som refunderes og som inngår i avvik for sum driftsinntekter (utleie av personell og kostnader til Ipiliumamab). Videre er konserninterne gjestepasientkostnader nærmere 22 mill kroner høyere enn budsjettet. Netto finans bidrar positivt med omlag 24 millioner kroner. Kostnader i forbindelse med ebola-innsatsen er inkludert i resultatet med 4,8 millioner kroner. I tillegg kommer kostnader til oppbygging av lager av vernedrakter i forbindelse med høysmittepasienter med om lag 3,5 millioner kroner. Helseforetaket vil søke om å få utvidet investeringsrammen i 2014 for å kunne finansiere denne kostnaden.

Nærmere om pensjonskostnad og resultatmål 2014

Pensjonskostnaden er foreløpig bokført som budsjettet for 2014. Endelig pensjonskostnad blir vesentlig redusert i forhold til budsjettet. For alle sykehusene samlet vil det bli en samlet reduksjon i pensjonskostnadene for 2014 på 15 140 millioner kroner i forhold til det som var budsjettet. Reduksjonen skyldes nye uføreregler og levealdersjustering for nye aldersgrupper. Håndtering av reduserte pensjonskostnader følger av Stortingsproposisjon 23 om endringer i statsbudsjettet 2014 under Helse- og omsorgsdepartementet. Det er varslet at 1/3 av reduksjonen håndteres gjennom tilsvarende reduksjon av basisinntekten, men hvor driftskreditrammen blir tilsvarende utvidet, og at resterende 2/3 blir gitt som økt resultatkrav. Det økte resultatetkravet som følger av reduserte

pensjonskostnader har ikke likviditetseffekt. Det er innkalt til foretaksmøte om endret resultatkrav og basisinntekt for 2014 fredag 19. desember.

Avvik for ulike inntekts- og kostnadstyper

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

| Kostnad / inntekt | Per november 2014 | | | |
|-----------------------------|-------------------|----------------|----------------|---|
| | Faktisk | Budsjett | Avvik | |
| Basisramme | 10 204 678 | 10 197 095 | 7 583 | Avviket i inntektsført basisramme er kompensasjon for reduserte takster for PET-analyser. |
| Aktivitetsbaserte inntekter | 6 612 115 | 6 591 928 | 20 187 | De totale aktivitetsbaserte inntektene er 20,2 mnok høyere enn budsjettet og knyttes til lavere aktivitet enn budsjettet ved de somatiske enhetene hittil i år. Høyere gjestepasientinntekter enn budsjettet innenfor psykisk helsevern. Inntekt knyttet til budsjettet meraktivitet er budsjettet under Andre inntekter med omlag 5 mnok per måned. Estimert tap knyttet til avregningsulvalgets sak ang. flere konsultasjoner samme dag og feil rapportert utførende helsepersonell, inngår i resultatet med om lag 25,5 mnok. |
| Andre inntekter | 1 925 178 | 1 665 039 | 260 139 | Refusjon for legemiddelet Ipliumab med 35 mnok, refusjon for frikjøp til DIPS-prosjektet med om lag 80 mnok (gir tilsvarende økt lønnskostnad) og gevinst ved salg av eiendom med 52 mnok, bidrar til positivt avvik. Høyere inntektsføring av øremerkede tilskudd (81 mnok) bidrar også positivt, mens lavere aktivitet enn budsjettet (inntekt for budsjettet meraktivitet er budsjettet under andre inntekter), bidrar negativt. I tillegg er det flere små negative og positive avvik, som samlet gir en merinntekt på om lag 260 mnok. |
| Sum driftsinntekter | 18 741 971 | 18 454 062 | 287 910 | |
| Lønn- og innleiekostnader | 12 896 057 | 12 667 372 | -228 684 | For de samlede lønns- og innleiekostnadene er det et merforbruk på om lag 229 mnok (tilsvarende 1,8 %). Innleiekostnadene er om lag 106 mnok høyere enn budsjettet og også høyere enn på samme tid i fjor. Lønn til fast ansatte har et positivt avvik på om lag 10 mnok, mens refusjoner har et positivt avvik og bidrar til å redusere merforbruket. Høyere kostnad til prosjekter med øremerket finansiering ref. merinntekt). |
| Varekostnader | 2 489 142 | 2 366 680 | -122 462 | Varekostnadene er om lag 122 mnok høyere enn budsjettet. I bokførte varekostnader inngår kostnader til behandling av pasienter med føflekkreft med legemiddelet Ipliumab med 35 mnok. Dette er kostnader som refunderes fra Helse Sør-Øst RHF (merinntekt inngår i andre driftsinntekter). Kjøp av konserninterne helsejenester er noe høyere enn budsjettet (21 mnok) og i all hovedsak innen VOP og TSB. Høye kostnader til H-resepler og kjøp av behandling i utlandet bidrar også til negativt avvik. |
| Andre driftskostnader | 3 307 217 | 3 324 223 | 17 006 | Avskrivningene er noe lavere enn budsjettet (15 mnok). Faktiske avskrivninger henger sammen med tidspunkt for ibrugging. Nedskrivning av bygg på Dikemark bidrar med en ikke budsjettet kostnad på 43 mnok. I avvik for andre driftskostnader inngår også merkostnader knyttet til pasientreiser, vedlikehold av bygg mv. Tilbakebetaling fra Sykehuspartner fra 2013 (for mye fakturer) inngår også med 5,5 mnok og bidrar positivt, sammen med lavere energi- og IKT-kostnader. Utover dette er det små avvik på flere poster som gir en total merkostnad på 17 mnok. |
| Sum driftskostnader | 18 692 415 | 18 358 275 | -334 140 | |
| Driftsresultat | 49 556 | 95 787 | -46 230 | |
| Netto finans | -3 153 | 20 649 | -23 802 | Det positive avviket skyldes lavere rentekostnader enn forutsatt i budsjettet og positivt bidrag fra datterselskapene (5,4 mnok). |
| Resultat | 46 403 | 116 436 | -22 428 | |

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

4.2. Resultatrisiko 2014

For 2014 er det budsjettet med et nullresultat og på årsbasis forventes et resultat i samsvar med dette (når en holder ovenfornevnte forhold knyttet til pensjon utenfor). Selv om effekt av kjente forhold er innarbeidet i resultatet for 2014 på

dette tidspunkt (etter november), knytter det seg fortsatt en resultatrisiko til enkelte momenter i budsjettet.

For årsregnskapet er usikkerheten på dette tidspunkt først og fremst knyttet til usikkerhet i rapportert aktivitet, med tilhørende aktivitetsbaserte inntekter, etter at DIPS ble tatt i bruk som pasientadministrativt system i oktober.

I regnskapet er det satt av for estimerte kostnader for mulig etterbetaling av forskjøvet arbeidstid knyttet til ny tolkning av overenskomstens sentrale del.

Det presiseres at det er alltid vil være betydelig usikkerhet knyttet til årsresultatet. Blant annet årsoppgjørstransaksjoner kan erfaringsmessig bli annerledes enn forutsatt.

4.3. Gjennomføring av tiltak 2014

Klinikkene jobber kontinuerlig med å finne områder som kan bedre driften. Som en del av budsjettinnmeldingen for 2014 rapporterte klinikkene inn noen områder med spesiell innsats/tiltak. Gjennomføringen av over 300 enkelttiltak rapporteres og følges opp månedlig. Dette i tillegg til klinikkens arbeide med løpende driftsforbedringer. Det kan være vanskelig å beregne effekten av enkelte av tiltakene dersom de eksempelvis ikke går på reduksjon i antall stillinger og det ikke er lett identifiserbare kostnader som tas ut, men heller er koblet til endring i aktivitet eller marginal endring i kostnader. Rapporteringen gir likevel en indikasjon om status for gjennomføringen av planlagte endringer.

Rapporteringen av gjennomføring av tiltak har vært relativt stabil per måned i 2014. Klinikkene rapporterer en akkumulert effekt av tiltak på 138 millioner kroner og 44 årsverk. Dette gir en akkumulert gjennomføringgrad på om lag 60 prosent.

Det er variasjon mellom klinikkene både knyttet til ambisjonsnivået for planlagte tiltak og for faktisk realiserte tiltak. Avvik per klinikk fremkommer av tabellvedlegget.

4.4. Investeringer

Investeringer til videreføring av drift

Ved utgangen av november var det regnskapsført investeringer for om lag 880 millioner kroner, mot budsjetterte 1 165 millioner kroner. Avviket forklares med forsinket gjennomføring av prosjekter grunnet driftshensyn, slik at aktiviteten påvirkes i minst mulig grad, og at det tar lengre tid fra en anskaffelse besluttes og til medisinsk-teknisk utstyr er levert enn lagt til grunn i det periodiserte investeringsbudsjettet.

Det forventes at investeringene i 2014 blir om lag 40 millioner kroner lavere enn forventet, inkludert investeringer finansiert av investeringsrammen for 2013. De gjenstående investeringene vil bli gjennomført i 2015.

Finansieringsrammen for 2014 for å erstatte sammenbrudd av medisinsk-teknisk utstyr er benyttet i sin helhet. I styresak 24/2014 ga styret administrerende direktør fullmakt til å inngå avtaler om investeringer i medisinsk-teknisk utstyr for

200 millioner kroner av investeringsrammen for 2015. Per november er det gjort vedtak for om lag 104 millioner kroner av denne rammen.

Omstillingsinvesteringer

Totalt budsjett (for årene 2011-2015) for omstillingsinvesteringer er 1 575 millioner kroner (2012-kroner), inklusive samhandlingsarena Aker. Ved utgangen av november er det fattet vedtak om gjennomføring av omstillingsprosjekter for om lag 1 250 millioner kroner. I tillegg er det satt i gang flere utredninger/forprosjekter hvor det foreløpig ikke er anslått en kostnadsramme.

Som følge av at omstillingsprosjekter er forskjøvet i tid er det vurdert at om lag 170 millioner kroner av de budsjetterte omstillingsinvesteringene på 470 millioner kroner for 2014 vil påløpe etter 2014. Finansieringen er redusert, slik at det ikke blir noen likviditetseffekt for foretaket.

4.5. Likviditet

Periodisert kontantstrømsbudsjett for 2014 ble lagt frem for styret i sak 5/2014. Gjennom 2014 er det budsjettert med en svekkelse av likviditeten på 84 millioner kroner, som i hovedsak skyldes høyere pensjonspremie enn pensjonskostnad.

Ved utgangen av november var benyttet driftskreditt 3 020 millioner kroner, mot budsjettert 3 010 millioner kroner. Estimert benyttet driftskreditt ved utgangen av året er 2 760 millioner kroner, mot budsjettert 2 806 millioner kroner. De nye forholdene knyttet til pensjon er da ikke hensyntatt. Det er flere forhold som påvirker foretakets likviditet og som har utviklet seg annerledes enn budsjettert, men netto kontanteffekt er relativt liten. Investeringer og finansiering av omstillingsinvesteringer og utvidet ramme til investeringer i medisinsk-teknisk utstyr forventes å være lavere enn budsjettert. Det forventes også lavere utbetalinger til Sykehuspartner for IKT-investeringer enn det som er budsjettert. For øvrig er det forventede endringer i arbeidskapitalen som forventes å medføre en positiv kontanteffekt på om lag 100 millioner kroner i forhold til budsjett.

På foretaksmøtet 7. november ble det besluttet at Oslo universitetssykehus HF skal kjøpe egenkapitalandeler av andre helseforetak for om lag 100 millioner kroner. Kjøpet finansieres ved å trekke på driftskreditten. Driftskredittrammen økes tilsvarende, slik at helseforetakets likviditetsreserve ikke forverres.

Ved utgangen av 2014 vil Oslo universitetssykehus HF ha langsiktig gjeld overfor Helse Sør-Øst RHF knyttet til byggeprosjekter på om lag 1,7 mrd. kroner. Det er avtalt fastrente for fire av lånene, som til sammen utgjør om lag 820 millioner kroner. Disse avtalene utløper ved utgangen av 2014 og medio 2015. Det forventes at tilbud om ny fastrente vil foreligge rundt 20. desember i år. Fristen for å gi tilbakemelding på om helseforetaket ønsker å inngå nye fastrenteavtaler er to virkedager etter årsskiftet.

Prosjektet Regional PAS/EPJ ved Oslo universitetssykehus HF

Prosjektet (DIPS Fase 1) har et budsjett på 644,2 millioner kroner. Oslo universitetssykehus HF har ansvaret for finansiering av mottaksaktiviteter, mens leveranseprosjektet finansieres av Helse Sør-Øst RHF. Dette betyr at Helse Sør-Øst RHF bærer økonomisk risiko for leveranseprosjektet, mens helseforetaket

bærer økonomisk risiko for mottaksprosjektet. Styringsgruppen har gjennom prosjektperioden godkjent endringer på 28,2 millioner kroner. Prosjektets siste prognose viser at anslått avvik for hele prosjektet er om lag 20 millioner kroner, mens avviket på leveranseprosjektet er knapt 35 mill kroner (samlet for drift og investeringer). Oslo universitetssykehus HF er i dialog med Helse Sør-Øst RHF (Programkontoret for fornyingsstyret) for å håndtere overskridelser på investeringsbudsjettet for PAS/EPJ-prosjektet. Det legges til grunn at overskridelser innenfor leveranseprosjektet blir finansiert regionalt.

5. Bemanning og sykefravær

5.1 Utvikling månedsverk

I 2014 (januar – desember) er gjennomsnittlig antall brutto månedsverk 17 868, mot budsjettet 17 517, det vil si om lag 350 høyere enn budsjettet. Bemanning som er frikjøpt i forbindelse med DIPS-prosjektet er ikke budsjettet, og gir dermed avvik mot bemanningsbudsjettet, selv om lønnskostnadene blir refundert. Dette utgjør om lag 90 månedsverk. Ut over dette er avviket størst innenfor Klinikk psykisk helse og avhengighet, selv om denne klinikken ikke har tilsvarende avvik i forhold til resultatbudsjettet. Antall månedsverk i denne klinikken vurderes å være underbudsjettet i 2014.

Gjennomsnittlig antall brutto månedsverk er i 2014 610 flere enn i 2013. En stor del av økningen er planlagt gjennom budsjettet (videreutdanning av spesialsykepleier, økt kapasitet radiologi, økt operasjonsstuekapasitet mv) og noe skyldes økning i aktivitet med ekstern finansiering. Noe av økningen er knyttet til pålegg fra tilsynsmyndigheter (Prehospitalt senter) mens det på andre områder har vært økt aktivitet (medisinsk genetikk). Det er frikjøpt flere årsverk til større IKT-prosjekter (DIPS og Partus) i 2014 enn i 2013.

Innenfor de somatiske klinikkene er det en utfordring at bemanningen hittil i år har økt mer enn aktiviteten. Det er stort fokus på å bedre sammenhengen mellom aktivitet og bemanning som en del av arbeidet med budsjett 2015.

5.2 Sykefravær

Per oktober 2014 er samlet sykefravær ved Oslo universitetssykehus 7,1 pst, fordelt på 2,4 pst korttidsfravær og 4,7 pst langtidsfravær.

Sammenliknet med perioden januar – oktober i 2013, er det totale sykefraværet gått ned 0,3 pst fra 7,4 pst. For oktober måned var samlet fravær 7,0 pst, mot 7,2 pst i oktober 2013.

Det har vært rettet et særlig fokus på forebygging av langtidsfravær i utsatte enheter som for noen av klinikkene har gitt positive utslag. Enheter med særskilte utfordringer med langtidsfravær arbeider videre med målrettede tiltak.

Styresak 65/2014 Tabellvedlegg

Oslo universitetssykehus HF

Måned rapport november 2014
(bemanning per desember)

Tabellvedlegg

Rapporten viser enkelte indikatorer for driften ved Oslo universitetssykehus HF

1 Innhold i tabellvedlegg

2 Pasientbehandling

- 2.1 Aktivitet
- 2.2 Ventelisteutvikling
- 2.3 Fristbrudd avviklede og ventende
- 2.4 Nasjonale kvalitetsindikatorer

3 Økonomi og finans

- 3.1 Økonomisk resultat
- 3.2 Kommentarer til avvik per ØBAK-linje
- 3.3 Økonomisk resultat - per klinikk
- 3.4 Kommentarer til klinikkens avvik
- 3.5 Avvik og endring hovedkostnadsgrupper
- 3.6 Tiltaksrapportering
- 3.7 Likviditet

Følgende klinikkbetegnelser er brukt i tabeller/grafar:

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

4 Bemanning

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

Definisjoner årsverksindikatorer

Andre forkortelser og begrep:

HIÅ: Hittil i år
Status per mnd: Akkumulerte tall

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



2.1 Aktivitet somatikk

| RAPPORTERINGSPERIODE: NOVEMBER | Denne periode | | HITIL I ÅR | | Sammenligning 2013 | |
|---|---------------|---------------|---------------|---------------|--------------------|--------------|
| | Avvik | Avvik i % | Avvik | Avvik i % | Endring | i % |
| Klinikk | | | | | | |
| Medisinsk klinikk | -161 | -7.0 % | -650 | -2.6 % | -102 | -0.4 % |
| Klinikk for kirurgi og nevrofag | -301 | -5.2 % | -1 749 | -3.0 % | 864 | 1.6 % |
| Kvinne- og barneklubben | -203 | -6.3 % | -488 | -1.4 % | 217 | 0.7 % |
| Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben | -661 | -12.5 % | -299 | -0.6 % | 247 | 0.5 % |
| Hjerte-, lunge- og karklubben | -120 | -4.2 % | -1 279 | -4.3 % | -794 | -2.7 % |
| Akuttklubben | 112 | 34.0 % | -537 | -12.3 % | -282 | -6.9 % |
| Klinikk for diagnostikk og intervensjon | -4 | -28.6 % | 12 | 8.8 % | 9 | 6.4 % |
| Estimert etterregistrering | 0 | | 0 | | 0 | |
| Sum interne måltall | -1 116 | -5.6 % | -3 847 | -1.9 % | 115 | 0.1 % |
| Måltall HSØ | -859 | -4.4 % | -1 190 | -0.6 % | | |

Kommentarer:

Usikkerhet til datagrunnlag for oktober og november etter overgang til DIPS.

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

2.1 Aktivitet – psykisk helsevern

| Rapporteringsperiode: november | Denne periode | | | Hittil i år | | | 2014 mot 2013 | |
|---|---------------|--------|---------|-------------|--------|---------|---------------|---------|
| Oslo universitetssykehus HF | Resultat | Avvik | % | Resultat | Avvik | % | Endring | % |
| Psykisk helsevern - voksen | | | | | | | | |
| Antall utskrevne pasienter døgnbehandling | 134 | -1 | -0.7 % | 1 735 | 325 | 23.0 % | 161 | 10.2 % |
| Antall liggedøgn døgnbehandling | 6 312 | 113 | 1.8 % | 67 595 | 2 269 | 3.5 % | -4 259 | -5.9 % |
| Antall oppholdsdager dagbehandling | | -4 | -100 % | 100 | 62 | 163.2 % | -15 | -13.0 % |
| Antall polikliniske konsultasjoner | 6 958 | -802 | -10.3 % | 75 192 | 2 079 | 2.8 % | -1 388 | -1.8 % |
| Psykisk helsevern - barn og unge | | | | | | | | |
| Antall utskrevne pasienter døgnbehandling | 9 | 2 | 28.6 % | 133 | 45 | 51.1 % | 46 | 52.9 % |
| Antall liggedøgn døgnbehandling | 544 | 103 | 23.4 % | 5 025 | 1 070 | 27.1 % | 1 113 | 28.5 % |
| Antall oppholdsdager dagbehandling | 285 | -54 | -15.9 % | 2 799 | -146 | -5.0 % | 111 | 4.1 % |
| Antall polikliniske konsultasjoner | 3 972 | -1 223 | -23.5 % | 42 767 | -3 324 | -7.2 % | -164 | -0.4 % |
| TSB | | | | | | | | |
| Antall utskrevne pasienter døgnbehandling | 271 | 30 | 12.4 % | 2 827 | 173 | 6.5 % | 161 | 6.0 % |
| Antall liggedøgn døgnbehandling | 2 183 | -175 | -7.4 % | 23 036 | -2 262 | -8.9 % | 1 155 | 5.3 % |
| Antall oppholdsdager dagbehandling | 36 | -12 | -25.0 % | 246 | -288 | -53.9 % | -335 | -57.7 % |
| Antall polikliniske konsultasjoner | 1 491 | -34 | -2.2 % | 9 932 | 686 | 7.4 % | 2 129 | 27.3 % |

Usikkerhet til aktivitetstallene etter innføring av DIPS.

2.1 Aktivitet radiologi per modalitet

| | Mnd 2013 | Mnd 2014 | HiÅ 2013 | HiÅ 2014 | %-vis endring 2013-2014 Mnd | %-vis endring 2013-2014 HiÅ |
|-----------|----------|----------|----------|----------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Modalitet | H | H | H | H | H | H |
| Angio | 231 | 239 | 2 759 | 2 749 | 3.5 % | -0.4 % |
| CT | 5 017 | 5 143 | 52 210 | 54 842 | 2.5 % | 5.0 % |
| MG | 692 | 581 | 7 504 | 6 472 | -16.0 % | -13.8 % |
| MR | 2 687 | 2 659 | 25 770 | 27 542 | -1.0 % | 6.9 % |
| NM | 613 | 573 | 7 155 | 6 614 | -6.5 % | -7.6 % |
| PET | 414 | 383 | 4 137 | 4 159 | -7.5 % | 0.5 % |
| RG | 13 660 | 13 052 | 151 686 | 149 666 | -4.5 % | -1.3 % |
| UL | 3 340 | 3 340 | 35 628 | 36 075 | 0.0 % | 1.3 % |

H = henvisninger

MG = mammografi

NM = nukleærmedisin

RG = konvensjonell røntgen

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

2.1 Aktivitet Oslo sykehuservice

| 11 Aktivitetsdatarapport for 2014 Oslo sykehuservice | | | | | | | | | |
|--|---------------|------------|------------|-----------|-------------|-------------|-------------|-----------|----------|
| Produksjon | Måleenhet | November | | Avvik | | Sum | | Avvik | |
| | | i fjor | i år | periode | periode i % | i fjor | i år | i år | i år i % |
| Kostnader pr. liggedøgn | Kr | 3 537 | 4137 | 600 | 17.0 % | 3 597 | 3 556 | -41 | -1.1 % |
| Kostnader pr. liggedøgn m/dagbeh. | Kr | 3 059 | 3538 | 479 | 15.7 % | 3 138 | 3 051 | -86 | -2.8 % |
| Arealer | Kvm | 1 007 686 | 1 005 484 | -2 202 | -0.2 % | 999 918 | 914 988 | -84 930 | -8.5 % |
| Forbruk av energi | KWH | 25 500 000 | 27 400 000 | 1 900 000 | 7.5 % | 263 080 000 | 269 140 000 | 6 060 000 | 2.3 % |
| Forbruk av tekstiler | Tonn | 286 | 295 | 9 | 3.1 % | 3 061 | 3 125 | 64 | 2.1 % |
| Middager | Antall | 58 922 | 57 057 | -1 865 | -3.2 % | 613 127 | 594 693 | -18 434 | -3.0 % |
| Sengevask/reing | Antall | 13 474 | 12972 | -502 | -3.7 % | 111 665 | 130 882 | 19 217 | 17.2 % |
| Hotellbelegg Pasienthotellet | % | 84.5 % | 85,67% | 1.2 % | 1.4 % | 82.6 % | 76.1 % | -6.5 % | -7.8 % |
| Hotellbelegg Sykehotellene | % | 85.0 % | 80.0 % | -5.0 % | -5.9 % | 77.8 % | 71.0 % | -6.8 % | -8.7 % |
| Portøroppdrag | Antall | 40 174 | 42252 | 2 078 | 5.2 % | 391 583 | 403 401 | 11 818 | 3.0 % |
| Faktura forfall u.anvisning | % | 20.0 % | 14.0 % | -6.0 % | -30.0 % | 0 | 17.9 % | -3.3 % | -15.7 % |
| Fakturaer avrop mot bestilling/rek.nr | % | 57.0 % | 47.0 % | -10.0 % | -17.5 % | 0 | 45.4 % | | |
| Fakturaer med automatisk prismatch | % | 10.0 % | 11.0 % | 1.0 % | 10.0 % | 0 | 12.0 % | | |
| Antall bur i forskningsprosjekter/uke | Antall -snitt | 2 716 | 2685 | -31 | -1.1 % | 2 590 | 2 406 | -184 | -7.1 % |
| BHM - antall søknader | Antall | 354 | 317 | -37 | -10.5 % | 3 087 | 3 343 | 256 | 8.3 % |
| - pasienttilstrømmning | Antall | 106 | 108 | 2 | 1.9 % | 891 | 1 000 | 109 | 12.2 % |
| - utlån MTU | Antall | 379 | 402 | 23 | 6.1 % | 3 397 | 3 756 | 359 | 10.6 % |
| Kvalitet | | | | | | | | | |
| Avvik | Antall | 172 | 150 | -22 | -12.8 % | 1 467 | 1 351 | -116 | -7.9 % |
| Personskader | Antall | 1 | 4 | 3 | 300.0 % | 99 | 79 | -20 | -20.2 % |
| Tilsynsavvik | Antall | 0 | 1 | 1 | 0.0 % | 4 | 9 | 5 | 125.0 % |
| Klagesaker | Antall | 0 | 3 | 3 | 0.0 % | 5 | 11 | 6 | 120.0 % |
| OUS aktivitetsdata | | | | | | | | | |
| Opphold dgr dagbehandling | Antall | 6 586 | 6629 | 43 | 0.7 % | 58 561 | 60 628 | 2 067 | 3.5 % |
| Liggedøgn somatikk | Antall | 42 120 | 39217 | -2 903 | -6.9 % | 397 366 | 391 030 | -6 336 | -1.6 % |

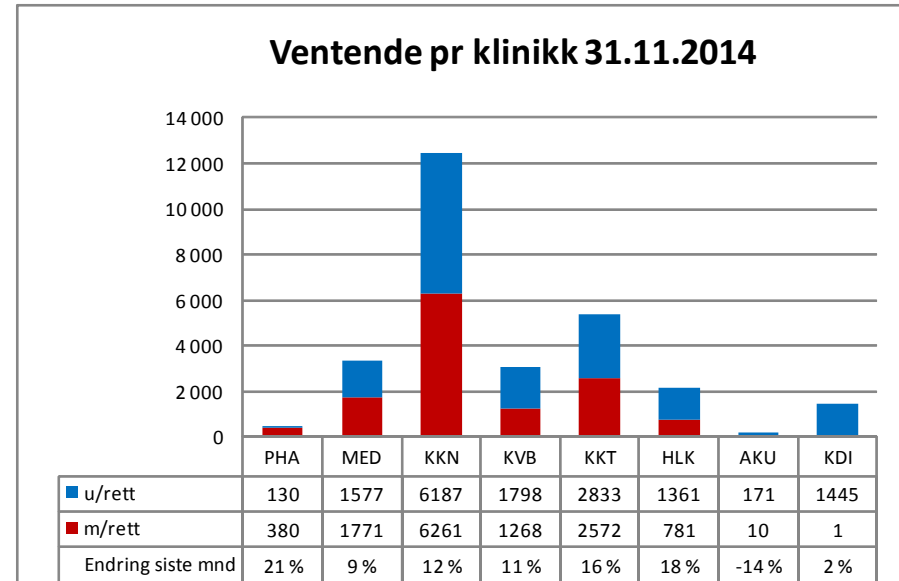
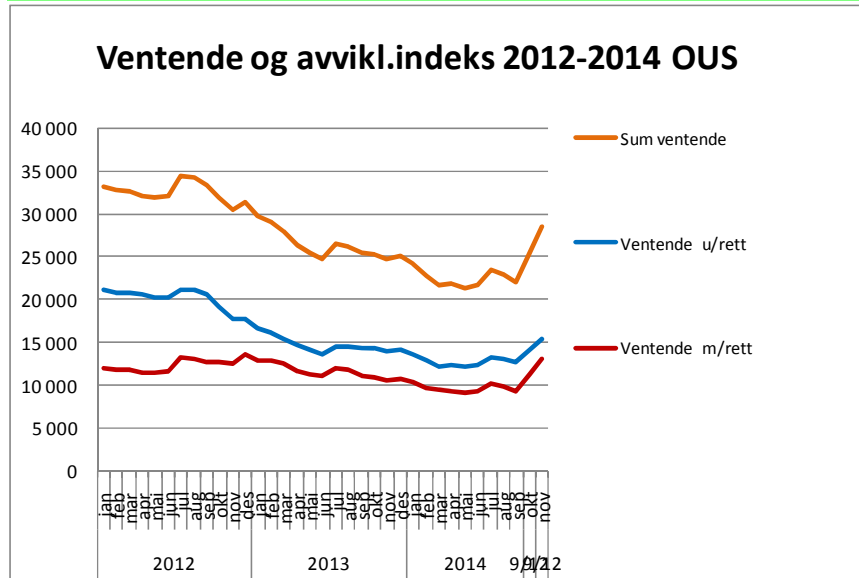
2.1 Aktivitet PO/Intensiv – intensivpasienter (Akuttklinikken)

| Klinikk | Aktivitet | Nov 2014 | Akkumulert aktivitet Nov 2014 | Nov 2013 | Akkumulert aktivitet Nov 2013 | Akkumulert endring 2013-2014 | Endring 2013-2014 i % |
|---------|----------------------------------|------------|----------------------------------|------------|----------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|
| | Antall intensivpasienter | 240 | 2 657 | 259 | 2 980 | -323 | -10,8 % |
| | Antall intensivdøgn | 1 227 | 12 188 | 1 206 | 12 730 | -542 | -4,3 % |
| | Antall respiratordøgn: | | | | | | |
| | Generell Intensiv UL | 172 | 1 714 | 178 | 1 953 | -239 | -12,2 % |
| | Nevrointensiv, Ullevål | 103 | 970 | 111 | 1 070 | -100 | -9,3 % |
| | Generell int 1, RH | 230 | 2 106 | 226 | 2 346 | -240 | -10,2 % |
| | Barneintensiv, RH | 89 | 969 | 70 | 854 | 115 | 13,5 % |
| | Generell int 2, RH | 132 | 1 080 | 159 | 1 183 | -103 | -8,7 % |
| | PO, Aker | 1 | 15 | 2 | 22 | -7 | -31,8 % |
| | PO, RH | 0 | 5 | 0 | 0 | 5 | |
| | PO, Ullevål | 17 | 171 | 13 | 222 | -51 | -23,0 % |
| | PO, RAD | 0 | 31 | 8 | 43 | -12 | -27,9 % |
| | SUM Antall respiratordøgn | 744 | 7 061 | 767 | 7 693 | -632 | -8,2 % |

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

2.2 Ventelisteutvikling – antall ventende

RYDDIG AV DATAGRUNNLAG ETTER OPPSTART DIPS ER IKKE AVSLUTTET



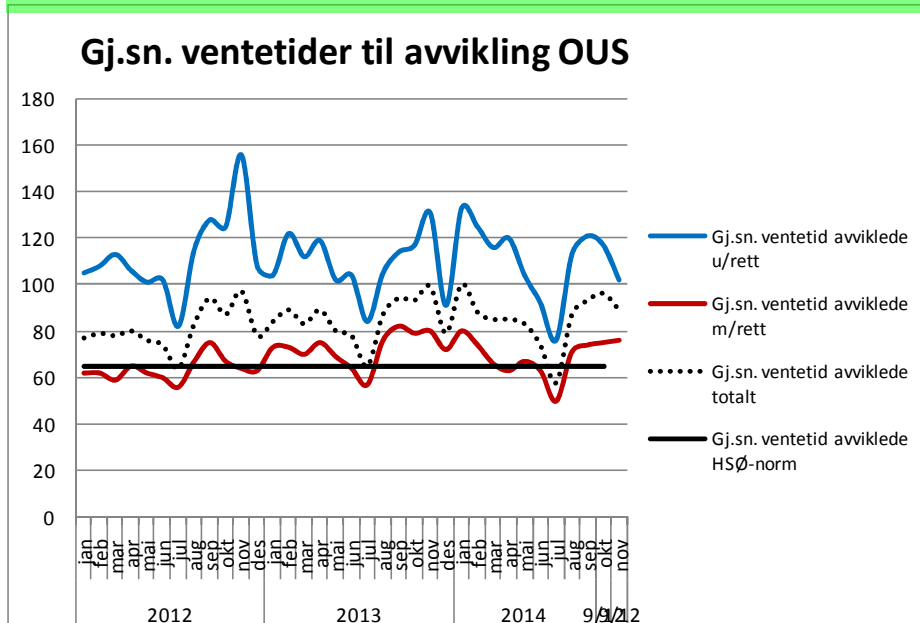
| Sum ventende | 2013 | | | | 2014 | | | |
|----------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| | aug | sep | okt | nov | aug | sep | okt | nov |
| PHA | 349 | 283 | 333 | 386 | 468 | 464 | 420 | 510 |
| MED | 3 253 | 3 123 | 2 984 | 2 900 | 3 003 | 2 728 | 3 085 | 3 348 |
| KKN | 13 048 | 12 599 | 12 374 | 11 671 | 9 702 | 9 447 | 11 072 | 12 448 |
| KVB | 2 334 | 2 345 | 2 335 | 2 420 | 2 597 | 2 460 | 2 760 | 3 066 |
| KKT | 3 752 | 3 774 | 3 783 | 3 778 | 3 755 | 3 764 | 4 648 | 5 405 |
| HLK | 2 448 | 2 299 | 2 101 | 2 013 | 1 800 | 1 630 | 1 809 | 2 142 |
| AKU | 186 | 115 | 232 | 259 | 305 | 253 | 211 | 181 |
| KDI | 819 | 851 | 998 | 1 181 | 1 379 | 1 333 | 1 413 | 1 446 |
| Sum klinikker | 26 189 | 25 389 | 25 140 | 24 608 | 23 009 | 22 079 | 25 418 | 28 546 |
| Diff vs. 2013 | | | | | -3 180 | -3 310 | 278 | 3 938 |
| Diff % | | | | | -12 % | -13 % | 1 % | 16 % |

Antall ventende = ikke avviklede henvisningsperioder



2.2 Gjennomsnittlig ventetid til avvikling

RYDDIG AV DATAGRUNNLAG ETTER OPPSTART DIPS ER IKKE AVSLUTTET



| Gj.sn. v.tid til avvikling | 2013 | | | | 2014 | | | |
|----------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | aug | sep | okt | nov | aug | sep | okt | nov |
| PHA | 48 | 49 | 35 | 43 | 52 | 51 | 42 | 62 |
| MED | 60 | 64 | 61 | 67 | 64 | 63 | 77 | 82 |
| KKN | 127 | 124 | 125 | 137 | 113 | 122 | 131 | 113 |
| KVB | 60 | 69 | 62 | 64 | 65 | 78 | 72 | 74 |
| KKT | 78 | 91 | 91 | 87 | 90 | 85 | 109 | 91 |
| HLK | 101 | 116 | 121 | 116 | 100 | 111 | 104 | 103 |
| AKU | 77 | 96 | 89 | 138 | 134 | 159 | 94 | 89 |
| KDI | 28 | 31 | 30 | 33 | 57 | 90 | 94 | 41 |
| OUS | 87 | 94 | 93 | 99 | 87 | 93 | 96 | 89 |
| Diff vs. 2013 | | | | | 0 | -1 | 3 | -10 |
| Diff % | | | | | 0% | -1% | 3% | -10% |

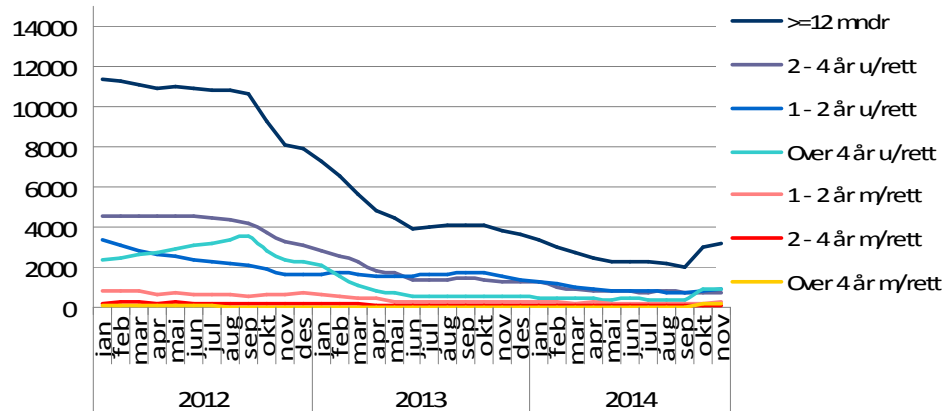
Gjennomsnittlig ventetid er oppgitt i dager.



2.2 Langtidsventende (≥ 12 mnd)

RYDDIG AV DATAGRUNNLAG ETTER OPPSTART DIPS ER IKKE AVSLUTTET

Ventetidskategorier ventende ≥ 12 mndr.



| Antall ventet ≥ 1 | 2013 | | | | 2014 | | | |
|------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | aug | sep | okt | nov | aug | sep | okt | nov |
| PHA | 6 | 2 | 2 | 3 | 19 | 6 | 8 | 11 |
| MED | 57 | 48 | 59 | 64 | 16 | 8 | 12 | 19 |
| KKN | 3 729 | 3 774 | 3 710 | 3 407 | 2 059 | 1 904 | 2 344 | 2 441 |
| KVB | 34 | 32 | 34 | 48 | 27 | 17 | 268 | 272 |
| KKT | 55 | 76 | 94 | 91 | 52 | 62 | 280 | 325 |
| HLK | 71 | 63 | 57 | 50 | 26 | 24 | 36 | 56 |
| AKU | 2 | 2 | 3 | 3 | - | - | - | 1 |
| KDI | 83 | 99 | 128 | 151 | 3 | 1 | 6 | 14 |
| Sum | 4 037 | 4 096 | 4 087 | 3 817 | 2 207 | 2 026 | 2 956 | 3 141 |
| Diff vs. 2013 | | | | | -1 830 | -2 070 | -1 131 | -676 |
| Diff % | | | | | -45 % | -51 % | -28 % | -18 % |

Gjennomsnittlig ventetid er oppgitt i dager.



2.2 Antall langtidsventende (≥ 12 mnd) per fagområde

RYDDIG AV DATAGRUNNLAG ETTER OPPSTART DIPS ER IKKE AVSLUTTET

| Fagområde | Klinikk med mer enn 20 | Over 1 år |
|---|------------------------|--------------|
| 010 Generell kirurgi | KKT | 49 |
| 050 Ortopedisk kirurgi (inkludert revmakirurgi) | KKN | 578 |
| 070 Urologi | KKT | 58 |
| 080 Kjevækirurgi og munnhulesykdom | KKN | 42 |
| 090 Plastikk-kirurgi | KKN | 1 255 |
| 100 Nevrokirurgi | KKN | 54 |
| 140 Fordøyelsesykdommer | KKT | 45 |
| 150 Hjertesykdommer | HLK | 35 |
| 200 Kvinnesykdommer og elektiv fødselshjelp | KVB | 119 |
| 220 Barnesykdommer | KVB | 137 |
| 240 Hud og veneriske sykdommer | KKT | 55 |
| 250 Nevrologi | KKN | 170 |
| 290 Øre-nese-hals sykdommer | KKN | 136 |
| 300 Øyesykdommer | KKN | 86 |
| 320 Psykisk helsevern voksne | KKN | 30 |
| 340 Transplantasjon, utredning og kirurgi | KKT | 34 |
| 999 Ukjent | KKN | 118 |
| SUM TOTALT | | 3 141 |
| Sum for fagområder med mer enn 20 langtidsventende | | 3 001 |

Merknad:

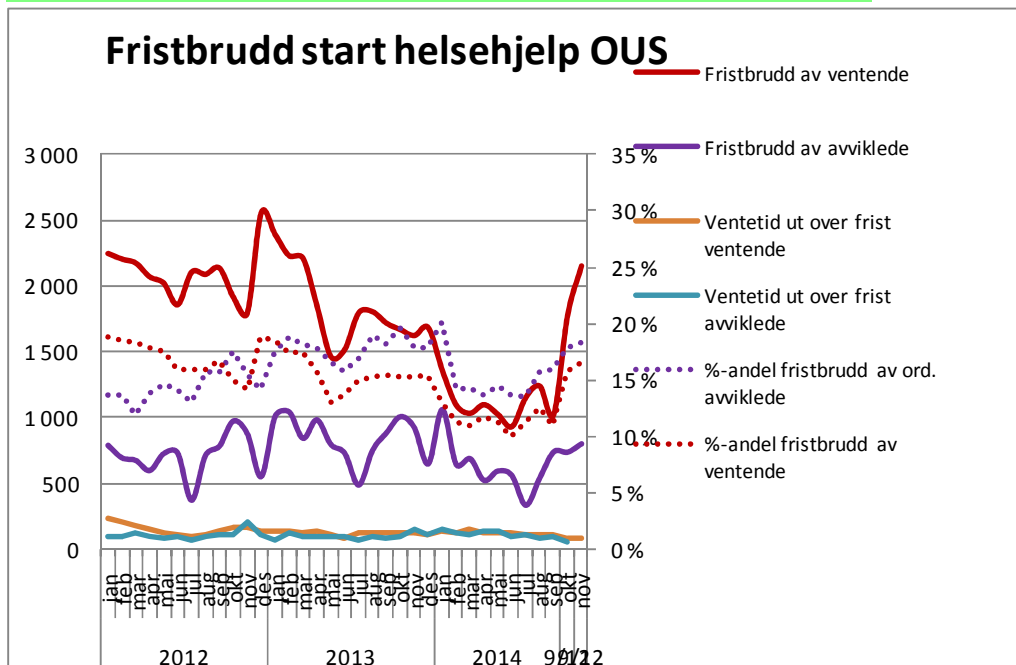
Tabellen omfatter kun fagområder med mer enn 20 langtidsventende per 30. november 2014.



2.3 Utvikling fristbrudd

Datagrunnlag oktober og november per 9/12

RYDDIG AV DATAGRUNNLAG ETTER OPPSTART DIPS ER IKKE AVSLUTTET



| Fristbrudd ordinært | 2013 | | | | 2014 | | | | |
|----------------------|------------|------------|--------------|------------|------------|------------|------------|------------|---------------|
| | aug | sep | okt | nov | Antall | | | | Andel |
| | Antall | | | | aug | sep | okt | nov | nov |
| PHA | 7 | 15 | 2 | 3 | 4 | 3 | 7 | 8 | 4 % |
| MED | 93 | 77 | 86 | 64 | 99 | 96 | 85 | 123 | 17 % |
| KKN | 325 | 393 | 472 | 484 | 271 | 384 | 332 | 277 | 22 % |
| KVB | 47 | 90 | 89 | 37 | 33 | 53 | 79 | 97 | 16 % |
| KKT | 181 | 192 | 246 | 213 | 104 | 153 | 189 | 245 | 20 % |
| HLK | 96 | 111 | 107 | 117 | 29 | 48 | 43 | 48 | 16 % |
| AKU | 0 | 3 | 1 | 1 | - | - | - | - | 0 % |
| KDI | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 % |
| Sum | 749 | 881 | 1 003 | 919 | 540 | 737 | 735 | 798 | 18,3 % |
| Diff vs. 2013 | | | | | -209 | -144 | -268 | -121 | |
| Diff % | | | | | -28 % | -16 % | -27 % | -13 % | |

| Fristbrudd ventende | 2013 | | | | 2014 | | | | |
|----------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|
| | aug | sep | okt | nov | Antall | | | | Andel |
| | Antall | | | | aug | sep | okt | nov | nov |
| PHA | 16 | 2 | 7 | 13 | 8 | 7 | 8 | 14 | 4 % |
| MED | 70 | 55 | 41 | 55 | 109 | 76 | 102 | 142 | 8 % |
| KKN | 1 277 | 1 290 | 1 294 | 1 177 | 833 | 726 | 1 245 | 1 534 | 25 % |
| KVB | 98 | 46 | 28 | 29 | 47 | 33 | 105 | 89 | 7 % |
| KKT | 157 | 173 | 146 | 154 | 179 | 145 | 252 | 274 | 11 % |
| HLK | 180 | 149 | 150 | 189 | 61 | 33 | 63 | 101 | 13 % |
| AKU | 3 | 0 | 0 | 5 | - | - | - | - | 0 % |
| KDI | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 % |
| Sum | 1 802 | 1 716 | 1 667 | 1 622 | 1 238 | 1 021 | 1 777 | 2 155 | 16.5 % |
| Diff vs. 2013 | | | | | -564 | -695 | 110 | 533 | |
| Diff % | | | | | -31 % | -41 % | 7 % | 33 % | |

Fristbrudd avviklede: Frist var overskredet på tidspunkt for avvikling.

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

2.3 Fristbrudd per fagområde

RYDDIG AV DATAGRUNNLAG ETTER OPPSTART DIPS ER IKKE AVSLUTTET

| Fagområde | Klinikk med mer enn 20 | Antall fristbrudd |
|---|------------------------|-------------------|
| 020 Barnekirurgi (under 15 år) | KKT | 27 |
| 030 Gastroenterologisk kirurgi | KKT | 46 |
| 050 Ortopedisk kirurgi (inkludert revmakirurgi) | KKN | 425 |
| 070 Urologi | KKT | 34 |
| 090 Plastikk-kirurgi | KKN | 113 |
| 100 Nevrokirurgi | KKN | 302 |
| 105 Mamma- og para-/tyreoideakirurgi | KKT | 3 |
| 140 Fordøyelsesykdommer | MED | 99 |
| 150 Hjertesykdommer | HLK | 54 |
| 170 Lungesykdommer | HLK | 29 |
| 190 Revmatiske sykdommer (reumatologi) | KKT | 27 |
| 200 Kvinnesykdommer og elektiv fødselshjelp | KVB | 27 |
| 220 Barnesykdommer | KVB | 53 |
| 230 Fysikalsk medisin og (re) rehabilitering | KKN | 64 |
| 240 Hud og veneriske sykdommer | KKT | 36 |
| 250 Nevrologi | KKN | 178 |
| 260 Klinisk nevrofysiologi | KKN | 49 |
| 290 Øre-nese-hals sykdommer | KKN | 245 |
| 300 Øyesykdommer | KKN | 69 |
| 320 Psykisk helsevern voksne | KKN | 27 |
| 853 Onkologi | KKT | 53 |
| 999 Ukjent | KKN | 47 |
| SUM TOTAL | | 2 155 |
| Sum for fagområder med mer enn 20 fristbrudd | | 2 004 |

Merknad:

Tabellen omfatter kun fagområder med mer enn 20 fristbrudd per 30. november 2014



2.4 Nasjonale kvalitetsindikatorer

| Nasjonale kvalitetsindikatorer | Andel 1. tertial 2014 | | | Andel 2. tertial 2014 | | |
|--|-----------------------|---------------|-------|-----------------------|---------------|-------|
| | Hele landet | Helse Sør-Øst | OUS | Hele landet | Helse Sør-Øst | OUS |
| Somatisk helse | | | | | | |
| Pasienter med blodpropp i hjernen som får trombolysebehandling | 14,7 | 14,4 | 19,5 | 13,6 | 12,2 | 13,3 |
| Korridorpasienter | 1,5 | 1,5 | 0,8 | 1,4 | 1,3 | 1,0 |
| Utsettelse av planlagte operasjoner | 5,9 | 5,7 | 7,5 | 6,0 | 5,9 | 9,4 |
| Lårhalsbrudd operert innen 48 timer (UTGÅR fra 2. tertial) | 93,8 | 94,0 | 90,4 | - | - | - |
| Andel hoftebrudd ikke operert innen 48 timer (NY indikator fra 2. tertial) | - | - | - | 4,5 | 4,3 | 4,3 |
| Individuell plan for barnehabilitering | 26,3 | 23,8 | 1,4 | 29,1 | 26,1 | 7,8 |
| Keisersnitt | 16,3 | 17,3 | 19,9 | 16,2 | 17,2 | 19,2 |
| Startet behandling av brysttkreft innen 20 arbeidsdager | 53,9 | 49,9 | 43,9 | 52,1 | 48,1 | 33,7 |
| Startet behandling av lungekreft innen 20 arbeidsdager | 38,0 | 31,6 | 21,3 | 38,9 | 34,5 | 26,4 |
| Startet behandling av tykktarmskreft innen 20 arbeidsdager | 58,6 | 55,2 | 57,6 | 59,0 | 53,3 | 41,0 |
| Oppdaterte ventetider på fritt sykehusvalg (fysisk helse) | 90,4 | 95,4 | 96,0 | 92,7 | 94,3 | 94,9 |
| Brudd på vurderingsgaranti - somatisk helsetjeneste | 1,1 | 1,0 | 3,2 | 1,1 | 1,0 | 3,3 |
| | | | | | | |
| Psykisk helse og rus | | | | | | |
| Oppdaterte ventetider på fritt sykehusvalg (BUP) | 96,2 | 96,5 | 100,0 | 93,3 | 90,6 | 66,7 |
| Oppdaterte ventetider på fritt sykehusvalg (VOP) | 93,4 | 93,0 | 100,0 | 96,3 | 96,0 | 95,2 |
| Oppdaterte ventetider på fritt sykehusvalg (TSB) | 95,1 | 95,6 | 100,0 | 95,1 | 95,9 | 100,0 |
| Brudd på vurderingsgaranti PHV | 2,8 | 2,0 | 2,8 | 2,5 | 1,6 | 2,6 |
| Brudd på vurderingsgaranti TSB | 5,4 | 4,4 | 9,9 | 4,3 | 3,9 | 5,9 |
| Barne- og ungdomsgarantien: Vurdering innen 10 dager | 95,5 | 94,5 | 95,9 | 97,0 | 95,9 | 96,3 |
| Barne- og ungdomsgarantien: Behandling innen 65 dager | 99,0 | 98,9 | 99,6 | 97,4 | 97,4 | 96,8 |
| Registrering av hovedtilstand TSB | 87,5 | 88,0 | 85,5 | 88,5 | 89,9 | 85,5 |
| Registrering av hovedtilstand PHBU | 84,8 | 84,4 | 79,3 | 86,7 | 86,8 | 83,6 |
| Registrering av hovedtilstand PHV | 95,4 | 96,1 | 97,6 | 95,6 | 96,2 | 97,8 |
| Registrering av lovgrunnlag PHV | 76,0 | 75,1 | 17,6 | 74,9 | 73,2 | 17,9 |



3.1 Økonomisk resultat

| Tall i hele 1000 kr | Budsjett 2014 | November | | | | Hittil i 2014 | | | |
|---|---------------|---------------|---------------|----------------|--------------|---------------|---------------|----------------|---------------|
| | | Resultat | Budsjett | Avvik budsjett | Avvik i % | Resultat | Budsjett | Avvik budsjett | Avvik i % |
| Basisramme | -11 151 802 | 969 717 | 968 199 | 1 518 | 0,2 % | 10 204 678 | 10 197 095 | 7 583 | 0,1 % |
| Aktivitetsbaserte inntekter | -7 160 551 | 639 211 | 636 259 | 2 953 | 0,5 % | 6 612 115 | 6 591 928 | 20 187 | 0,3 % |
| Andre inntekter | -1 807 922 | 197 238 | 152 774 | 44 464 | 29,1 % | 1 925 178 | 1 665 039 | 260 139 | 15,6 % |
| Sum driftsinntekter | -20 120 275 | 1 806 166 | 1 757 231 | 48 935 | 2,8 % | 18 741 971 | 18 454 062 | 287 910 | 1,6 % |
| Lønn -og innleiekostnader | 13 884 836 | 1 236 322 | 1 197 901 | -38 420 | -3,2 % | 12 896 057 | 12 667 372 | -228 684 | -1,8 % |
| Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen | 2 578 750 | 240 461 | 225 299 | -15 162 | -6,7 % | 2 489 142 | 2 366 680 | -122 462 | -5,2 % |
| Andre driftskostnader | 3 636 059 | 301 202 | 311 857 | 10 655 | 3,4 % | 3 307 217 | 3 324 220 | 17 004 | 0,5 % |
| Sum driftskostnader | 20 099 645 | 1 777 985 | 1 735 058 | -42 928 | -2,5 % | 18 692 415 | 18 358 272 | -334 143 | -1,8 % |
| Driftsresultat | 20 630 | 28 181 | 22 174 | 6 007 | 0,3 % | 49 556 | 95 789 | -46 233 | -0,3 % |
| Netto finans | 20 630 | -1 101 | -1 900 | 799 | 42,1 % | 3 153 | -20 649 | 23 802 | 115,3 % |
| Resultat OUS | 0 | 27 080 | 20 274 | 6 806 | 0,4 % | 52 709 | 75 140 | -22 431 | -0,1 % |

3.2 Kommentarer til økonomisk resultat

| Art_ØBAK | Regnskap | Budsjett | Avvik | Kommentarer til de største avvikene |
|---------------------------------------|-------------------|-------------------|----------------|---|
| Basisramme | 10 204 678 | 10 197 095 | 7 583 | Awiket knyttes til tilleggsbevilgning som kompensasjon for reduserte takster for PET-analyser. |
| ISF egne pasienter | 2 772 793 | 2 819 722 | -46 929 | De totale ISF-inntektene er 43,5 mnok lavere enn budsjettert. Awiket knyttes til lavere aktivitet enn budsjettert ved de somatiske enhetene hittil i år. Inntekt knyttet til budsjettert meraktivitet er budsjettert under Andre inntekter med omlag 5 mnok per måned. |
| ISF somatisk poliklinisk aktivitet | 433 026 | 417 326 | 15 700 | Estimert tap knyttet til avgivningsutvalgets sak ang. flere konsultasjoner samme dag inngår i resultatet t.o.m. oktober. |
| ISF-refusjon kommunal medfinansiering | 557 009 | 572 242 | -15 233 | |
| ISF-inntekt kostnadskrevene | 37 947 | 35 043 | 2 904 | |
| Utskrivningsklare pasienter | 1 451 | 3 762 | -2 311 | Antall utskrivningsklare pasienter er lavere enn forventet, derfor også lavere inntekt. |
| Gjeste pasienter | 564 296 | 544 186 | 20 110 | Gjeste pasientinntekter for pasienter fra andre regioner er 20 mnok høyere enn budsjettert. Det er positivt avvik både innen somatikk og psykisk helse. |
| Salg av konserninterne helsetjenester | 1 726 753 | 1 696 644 | 30 109 | Samlede konserninterne gjestepasientinntekter er 30 mnok høyere enn budsjettert hittil i år. Det er et positivt avvik innen psykisk helse, lab/røntgen og poliklinisk behandling innen somatikken, mens det innen somatikken for øvrig er negativt avvik (dag-/døgnbehandling og kurdøgn ved SSE). |
| Polikliniske inntekter | 518 840 | 503 003 | 15 838 | De polikliniske inntektene er 16 mnok høyere enn budsjettert. Det er et positivt avvik innenfor lab.rtg.-området, mens det er et negativt avvik innenfor psykisk helse. Somatikken for øvrig er om lag som budsjettert. |
| Øremerkede tilskudd raskere tilbake | 35 035 | 38 508 | -3 473 | Det er inntektsført noe lavere inntekter enn budsjettert for Raskere tilbake. Awiket skyldes i hovedsak lavere aktivitet innenfor Klinik for kirurgi og nevrofag og Klinik for psykisk helse og avhengighet. |
| Andre øremerkede tilskudd | 1 019 731 | 938 907 | 80 824 | Nivå for inntektsføring av øremerkede tilskudd er høyere enn budsjettert. Inntektene føres i takt med faktisk forbruk (kostnadene). |
| Andre driftsinntekter | 870 412 | 687 624 | 182 789 | Inntektsføring av refusjon for legemiddelet lpliumab med 35 mnok, inntektsført refusjon for frikjøp til DIPS-prosjektet med om lag 80 mnok (gir tilsvarende økt lønnskostnad) og gevinst ved salg av eiendom med 52 mnok, bidrar til positivt avvik. Noe lavere aktivitet enn budsjettert gir isolert negativt avvik. |
| Sum driftsinntekter | 18 741 971 | 18 454 062 | 287 910 | |
| Kjøp av off helsetjenester | 52 363 | 39 287 | 13 077 | Kostnadene til kjøp av offentlige helsetjenester er 13 mnok høyere enn budsjettert og gjelder i hovedsak kjøp av gjestepasienttjenester fra andre regioner. |
| Kjøp av private helsetjenester | 232 183 | 223 060 | 9 123 | Kostnadene til kjøp av private helsetjenester er om lag 9 mnok høyere enn budsjettert og kan relateres til kjøp av behandling i utlandet. |
| Varekostnader | 2 148 958 | 2 070 617 | 78 342 | Varekostnadene er om lag 78 mnok høyere enn budsjettert. Kostnader til lpliumab er ikke budsjettert og inngår med om lag 35 mnok (se også Andre inntekter). Dette i tillegg til høye kostnader til blant annet medikamenter (H-resepter) og medisinske forbruksvarer i enkelte av klinikkene. |
| Innleid arbeidskraft | 204 689 | 98 119 | 106 570 | Innleiekostnadene er ikke redusert som forutsatt i budsjettert og er om lag 33 mnok høyere enn for samme periode i 2013. Merforbruket er størst innenfor nevrokirurgisk avdeling, nyfødtintensiv, PO/intensiv og barnemedisin. Det jobbes med tiltak for å redusere innleiekostnadene. |
| Kjøp av konserninterne helsetjenester | 55 637 | 33 717 | 21 921 | Kjøp av konserninterne helsetjenester er 22 mnok høyere enn budsjettert. Awiket gjelder i all hovedsak psykisk helsevern (VOP og TSB). |
| Lønn til fast ansatte | 8 634 837 | 8 645 400 | -10 563 | For samlede lønnskostnadene er det et merforbruk på om lag 122 mnok. Awiket må ses i forhold til at det er høyere lønnskostnader enn budsjettert for øremerkede midler på omlag 104 mnok. Awik for lønn til fast ansatte må også sees i sammenheng med innleiekostnadene. Det er refundert lønnskostnader til klinikkene knyttet til DIPS-prosjektet med omlag 80 mnok. Pensjon er bokført som budsjettert i påvente av nye NRS-beregninger for 2014. |
| Overtid og ekstrahjelp | 1 042 567 | 847 479 | 195 088 | |
| Pensjon | 2 059 702 | 2 059 691 | 11 | |
| Off tilskudd og ref vedr arbeidskraft | -556 800 | -486 285 | -70 515 | |
| Annen lønn | 1 511 063 | 1 502 969 | 8 094 | |
| Avskrivninger | 755 252 | 769 889 | -14 637 | Avskrivningene er noe lavere enn budsjettert. Faktiske avskrivninger henger sammen med tidspunkt for ibrukttagelse. |
| Nedskrivninger | 43 237 | 0 | 43 237 | Nedskrivning som følge av kartlegging av endret arealbruk. |
| Andre driftskostnader | 2 508 728 | 2 554 331 | -45 603 | I avvik for andre driftskostnader inngår merkostnader knyttet til pasientreiser, vedlikehold av bygg mv. IKT-kostnadene og kostnader til energi er noe lavere enn budsjettert og bidrar til et positivt avvik. I tillegg bidrar oppløsning av avsetning i forbindelse av etablering av RH i 2002 med 29 mnok i positivt avvik. |
| Sum driftskostnader | 18 692 415 | 18 358 272 | 334 143 | |
| Finansinntekter | 83 038 | 93 045 | -10 007 | |
| Finanskostnader | 79 885 | 113 694 | -33 809 | Awiket skyldes lavere rentekostnader enn forutsatt i budsjettert og positivt bidrag fra datterselskapene (5,4 mnok). |
| Netto finans | -3 153 | 20 649 | 23 802 | |
| TOTALT | -52 709 | -75 140 | -22 431 | |

3.3 Økonomisk resultat – per klinikk

| Rapportering November 2014 tall i hele 1000 kr | November | | | | Hittil i år | | | |
|---|---------------|---------------|--------------|--------------|---------------|---------------|----------------|---------------|
| Økonomisk resultat | Resultat | Budsjett | Avvik | Avvik i % | Resultat | Budsjett | Avvik | Avvik i % |
| Klinikk psykisk helse og avhengighet | 9 822 | 0 | 9 822 | 5,4 % | 39 588 | 0 | 39 588 | 2,2 % |
| Medisinsk klinikk | -7 572 | 0 | -7 572 | -6,5 % | -34 563 | 0 | -34 563 | -3,2 % |
| Klinikk for kirurgi og nevrofag | -23 564 | 0 | -23 564 | -10,6 % | -139 802 | 0 | -139 802 | -6,7 % |
| Kvinne- og barneklubben | -10 606 | 0 | -10 606 | -6,5 % | -34 191 | 0 | -34 191 | -2,2 % |
| Klinikk for kreft, kirurgi og transplantasjon | -24 429 | 0 | -24 429 | -9,7 % | -65 893 | 0 | -65 893 | -2,8 % |
| Hjerte-, lunge- og karklubben | -4 194 | 0 | -4 194 | -3,9 % | -52 167 | 0 | -52 167 | -5,1 % |
| Akuttklubben | -2 137 | 0 | -2 137 | -1,0 % | -22 086 | 0 | -22 086 | -1,0 % |
| Klinikk for diagnostikk og intervensjon | -1 949 | 0 | -1 949 | -0,8 % | 58 512 | 0 | 58 512 | 2,9 % |
| Oslo sykehusservice | 8 043 | 0 | 8 043 | 4,3 % | 19 940 | 0 | 19 940 | 1,0 % |
| Konsern | 351 | 2 315 | -1 964 | - | 13 813 | 8 444 | 5 369 | - |
| Fellesposter | 77 038 | 17 959 | 59 079 | -229,5 % | 222 714 | 66 696 | 156 017 | 20,7 % |
| Direktørensstab | 6 277 | 0 | 6 277 | 5,4 % | 46 844 | 0 | 46 844 | 3,5 % |
| Sum OUS | 27 080 | 20 274 | 6 806 | 0,4 % | 52 709 | 75 140 | -22 431 | -0,1 % |



3.4 Kommentarer til klinikkens avvik

| Klinikk | Avvik i mill kr | Overordnet beskrivelse av avvik |
|---|-----------------|---|
| Klinikk psykisk helse og avhengighet | 40 | Avviket skyldes i hovedsak at driftsinntektene er 42 mnok høyere enn budsjettert. I dette inngår høyere gjestepasientinntekter med om lag 45 mnok. Klinikken driftskostnader er om lag som budsjettert. |
| Medisinsk klinikk | -35 | Om lag 15 mnok av avviket skyldes lavere aktivitet enn budsjettert (vesentlig øyeblikkelig hjelp- virksomhet, som er vanskelig å styre). Aktiviteten følges nøye. Øvrig avvik skyldes i stor grad høyere lønnskostnader (25 mnok) enn budsjettert og avvik på andre driftskostnader (7 mnok) som for eksempel tolketjeneste og kjøp av mindre utstyr mv. |
| Klinikk for kirurgi og nevrofag | -140 | Klinikken avvik knyttes i stor grad til lavere aktivitet enn budsjettert. Dette følges tett opp samtidig som det er fokus på avvikling av fristbrudd og langtidsventende. Kostnadene til innleie er hittil i år om lag 28 mnok høyere enn budsjettert, sum lønnskostnader har et negativt avvik på 19 mnok. Videre er andre driftskostnader om lag 15 mnok høyere enn budsjettert mens varekostnadene er om lag som budsjettert. |
| Kvinne- og barneklivnikken | -34 | Hittil i år har klinikken et negativt avvik på 34 mnok som i hovedsak skyldes lavere aktivitet enn plan (13 mnok), merforbruk på innleie (21 mnok) og varekostnader/medikamenter (9 mnok), som delvis blir kompensert av mindreforbruk på lønn på 5 mnok. |
| Kreft-, kirurgi og transplantasjons-klinikken | -66 | Klinikken har en aktivitet hittil i år som er 0.4 % under budsjettert nivå. Personalkostnadene er noe over budsjett, men har i tillegg vesentlige avvik på innleid arbeidskraft pga. pleiekrevende pasienter og høy aktivitet i enkelte avdelinger. Varekostnadene i klinikken er klart over budsjett (medikamenter/cytostatika). Kostnader til medikamentet ipilimumab inngår i kostnadene med 35 mnok. Det er også vesentlig avvik på instrumenter og medisinske forbruksvarer knyttet til operasjonsaktiviteten i klinikken. |
| Hjerte-, lunge- og karklinikken | -52 | Hovedårsak til avvik er lavere aktivitet enn budsjettert. Dette skyldes i stor grad forsinkelser i levering av utstyr til Kardiologisk avdeling og nedgang i pasienter til operasjon innenfor hjertekirurgi, samt få transplantasjoner. |
| Akuttlinikken | -22 | Klinikken har et mindreforbruk på lønn (9 mnok) som må ses i sammenheng med merforbruk på innleie (24 mnok). Klinikken har fortsatt problemer med rekruttering på PO/Intensiv og Operasjon. Pasientreiser har et akkumulert merforbruk på 3 mnok. Dette skyldes nye anbudspriser fra februar og aktivitetsvekst. |
| Klinikk for diagn. og intervensjon | 59 | Klinikken er over plan inntektsmessig, med spesiell god aktivitet på AMG. På kostnadssiden er det negativt avvik på varekostnader knyttet til avdelinger med høy aktivitet, stamcellehøsting (blir internfakturert KVB og KKT), samt ikke-implementerte BC. Klinikken har et positivt avvik knyttet til lønn grunnet færre årsverk enn budsjettert gjennom året. |
| Oslo sykehusservice | 20 | Resultat noe bedre enn budsjettert. |
| Stab | 47 | Avvik skyldes ubesatte stillinger og generelt lavere driftskostnader enn budsjettert. |
| Fellesposter mv | 161 | Avvik skyldes i hovedsak budsjettert reserve, noe reversering av avsetninger fra 2013 (kostnad bokført på klinikk), tilbakebetaling fra Sykehuspartner, lavere avskrivningskostnader og netto finans. I tillegg bidrar gevinst fra salg av eiendom med 52 mnok. Både nedskrivning av eiendom og oppløsning av forpliktelse fra etablering av Rikshospitalet er bokført under Fellesposter. |
| Samlet avvik | -22 | |



3.5 Lønnskostnader ekskl. pensjon

| Total lønn ekskl. pensjon i 1000 kr. Inklusive øremerkede midler | nov 2014 | | | HiÅ | | | HiF | Endring | |
|---|------------------|-----------------------|---------------|-------------------|-----------------------|---------------|------------------|----------------|--------------|
| | Resultat | Avvik fra budsjett | Avvik i % | Resultat | Avvik fra budsjett | Avvik i % | Resultat | I 1000 kr | i % |
| PHA | 133 935 | -5 238 | -4,1 % | 1 312 088 | -10 251 | -0,8 % | 1 242 413 | 69 674 | 5,6 % |
| MED | 81 012 | -3 394 | -4,4 % | 760 961 | -25 836 | -3,5 % | 720 513 | 40 448 | 5,6 % |
| KKN | 148 244 | -7 212 | -5,1 % | 1 361 300 | -22 286 | -1,7 % | 1 284 300 | 77 000 | 6,0 % |
| KVB | 115 530 | -3 219 | -2,9 % | 1 081 451 | 5 332 | 0,5 % | 1 011 497 | 69 954 | 6,9 % |
| KKT | 161 003 | -11 369 | -7,6 % | 1 496 462 | -62 662 | -4,4 % | 1 403 999 | 92 463 | 6,6 % |
| HLK | 61 538 | -3 332 | -5,7 % | 578 619 | -14 132 | -2,5 % | 543 311 | 35 308 | 6,5 % |
| AKU | 151 343 | -3 204 | -2,2 % | 1 495 550 | 444 | 0,0 % | 1 389 412 | 106 137 | 7,6 % |
| KDI | 147 759 | -3 661 | -2,5 % | 1 273 585 | 12 124 | 0,9 % | 1 178 903 | 94 682 | 8,0 % |
| OSS | 86 004 | -7 552 | -9,6 % | 830 994 | -23 655 | -2,9 % | 761 116 | 69 878 | 9,2 % |
| STAB | 24 442 | -2 434 | -11,1 % | 229 573 | 439 | 0,2 % | 243 577 | -14 004 | -5,7 % |
| FPO | -94 928 | 25 998 | -37,7 % | 126 655 | 14 136 | 10,0 % | 43 283 | 83 371 | 192,6 % |
| OUS | 1 026 002 | -25 486 | -2,5 % | 10 631 666 | -122 104 | -1,2 % | 9 894 901 | 736 766 | 7,4 % |

3.5 Innleiekostnader

| Innleie i 1000 kr. Inklusive øremerkede midler | nov 2014 | | | HiÅ | | | HiF | Endring | |
|---|---------------|--------------------|-----------------|----------------|--------------------|-----------------|----------------|---------------|---------------|
| | Resultat | Avvik fra budsjett | Avvik i % | Resultat | Avvik fra budsjett | Avvik i % | Resultat | I 1000 kr | i % |
| PHA | 857 | -857 | 0,0 % | 4 400 | -4 400 | 0,0 % | 1 011 | 3 389 | 335,4 % |
| MED | 1 712 | -543 | -46,5 % | 11 036 | -1 198 | -12,2 % | 12 004 | -968 | -8,1 % |
| KKN | 3 693 | -2 700 | -272,1 % | 39 102 | -28 270 | -261,0 % | 34 635 | 4 467 | 12,9 % |
| KVB | 4 377 | -2 531 | -137,1 % | 46 778 | -21 206 | -82,9 % | 33 834 | 12 943 | 38,3 % |
| KKT | 1 771 | -858 | -94,0 % | 22 247 | -12 422 | -126,4 % | 18 926 | 3 321 | 17,5 % |
| HLK | 2 758 | -1 728 | -167,7 % | 23 719 | -12 981 | -120,9 % | 23 563 | 157 | 0,7 % |
| AKU | 6 236 | -3 179 | -104,0 % | 54 299 | -23 733 | -77,6 % | 44 030 | 10 269 | 23,3 % |
| KDI | 155 | -87 | -128,6 % | 2 183 | -1 434 | -191,6 % | 4 630 | -2 447 | -52,9 % |
| OSS | 449 | -449 | 0,0 % | 925 | -925 | 0,0 % | 17 | 909 | 5464,4 % |
| STAB | | | 0,0 % | 379 | -379 | 0,0 % | - | - | - |
| FPO | | | | | | | -9 | 9 | |
| OUS | 22 008 | -12 933 | -142,5 % | 204 689 | -106 570 | -108,6 % | 172 640 | 32 049 | 18,6 % |

3.5 Varekostnader per klinikk

| Varekostnader knyttet til FG i 1000 kr. Inklusive øremerkede midler | nov | | | HiÅ | | | HiF | Endring | |
|---|----------------|--------------------|---------------|------------------|--------------------|---------------|------------------|----------------|--------------|
| | Resultat | Avvik fra budsjett | Avvik i % | Resultat | Avvik fra budsjett | Avvik i % | Resultat | I 1000 kr | i % |
| PHA | 5 230 | 198 | 3,7 % | 55 886 | 3 990 | 6,7 % | 62 866 | -6 980 | -11,1 % |
| MED | 12 553 | -2 016 | -19,1 % | 119 547 | -4 959 | -4,3 % | 112 107 | 7 440 | 6,6 % |
| KKN | 33 769 | 313 | 0,9 % | 335 420 | 691 | 0,2 % | 317 358 | 18 061 | 5,7 % |
| KVB | 8 234 | 793 | 8,8 % | 102 623 | -8 962 | -9,6 % | 89 962 | 12 661 | 14,1 % |
| KKT | 41 588 | -5 625 | -15,6 % | 441 028 | -65 780 | -17,5 % | 366 844 | 74 184 | 20,2 % |
| HLK | 29 833 | -3 361 | -12,7 % | 271 560 | 4 548 | 1,6 % | 266 553 | 5 008 | 1,9 % |
| AKU | 16 529 | -1 594 | -10,7 % | 165 973 | -9 220 | -5,9 % | 178 732 | -12 759 | -7,1 % |
| KDI | 48 901 | -3 571 | -7,9 % | 455 803 | -7 457 | -1,7 % | 432 994 | 22 809 | 5,3 % |
| OSS | 12 815 | -158 | -1,3 % | 136 480 | -3 687 | -2,8 % | 132 211 | 4 269 | 3,2 % |
| STAB | 1 137 | -1 084 | -206,7 % | 1 337 | -791 | -144,9 % | -2 421 | 3 758 | -155,2 % |
| FPO | 9 507 | -2 572 | -37,1 % | 63 300 | 13 286 | 17,3 % | 40 097 | 23 203 | 57,9 % |
| OUS | 220 095 | -18 678 | -9,3 % | 2 148 958 | -78 342 | -3,8 % | 1 997 303 | 151 655 | 7,6 % |

3.5 Andre driftskostnader per klinikk

| Andre driftskostnader i 1000 kr. Inklusive øremerkede midler. | nov | | | HiÅ | | | HiF | Endring | |
|---|----------------|--------------------|---------------|------------------|--------------------|--------------|------------------|----------------|--------------|
| | Resultat | Avvik fra budsjett | Avvik i % | Resultat | Avvik fra budsjett | Avvik i % | Resultat | I 1000 kr | i % |
| PHA | 11 310 | 593 | 5,0 % | 117 580 | 17 939 | 13,2 % | 123 607 | -6 027 | -4,9 % |
| MED | 4 818 | -2 375 | -97,2 % | 33 506 | -6 625 | -24,6 % | 35 184 | -1 677 | -4,8 % |
| KKN | 6 361 | -2 353 | -58,7 % | 58 644 | -14 541 | -33,0 % | 52 690 | 5 953 | 11,3 % |
| KVB | 7 129 | -356 | -5,3 % | 68 211 | 4 923 | 6,7 % | 45 636 | 22 575 | 49,5 % |
| KKT | 12 434 | -4 606 | -58,8 % | 99 060 | -13 573 | -15,9 % | 94 801 | 4 259 | 4,5 % |
| HLK | 2 149 | 601 | 21,9 % | 28 097 | 1 940 | 6,5 % | 26 614 | 1 483 | 5,6 % |
| AKU | 19 903 | 2 928 | 12,8 % | 247 596 | -10 954 | -4,6 % | 243 883 | 3 713 | 1,5 % |
| KDI | 12 954 | -4 219 | -48,3 % | 106 455 | -10 716 | -11,2 % | 90 421 | 16 034 | 17,7 % |
| OSS | 69 478 | 13 933 | 16,7 % | 791 948 | 23 569 | 2,9 % | 809 901 | -17 953 | -2,2 % |
| STAB | 81 306 | 3 552 | 4,2 % | 944 329 | 13 651 | 1,4 % | 789 142 | 155 187 | 19,7 % |
| FPO | -23 063 | 22 781 | -8101,4 % | -16 717 | 26 460 | 271,6 % | 10 901 | -27 618 | -253,4 % |
| OUS | 208 745 | 30 512 | 12,8 % | 2 508 728 | 45 603 | 1,8 % | 2 361 123 | 147 605 | 6,3 % |

3.5 Resultat for AS'ene

| AS'ene i 1 000 kr | Årsbudsjett | Budsjett Regnskap | | Avvik HiÅ |
|------------------------------------|----------------|-------------------|----------------|--------------|
| | | HiÅ | HiÅ | |
| Barnehagebygg AS | -374 | -343 | -297 | -46 |
| MEDINNOVA | -1 440 | -1 384 | | -1 384 |
| Norsk Medisinsk Syklotronsenter AS | -1 050 | -980 | -367 | -613 |
| Radpark AS | -1 959 | -1 796 | -3 852 | 2 056 |
| SMOS | -6 617 | -3 398 | -8 297 | 4 899 |
| Sykehotell AS | -592 | -543 | -999 | 456 |
| Totalt | -12 032 | -8 444 | -13 813 | 5 369 |

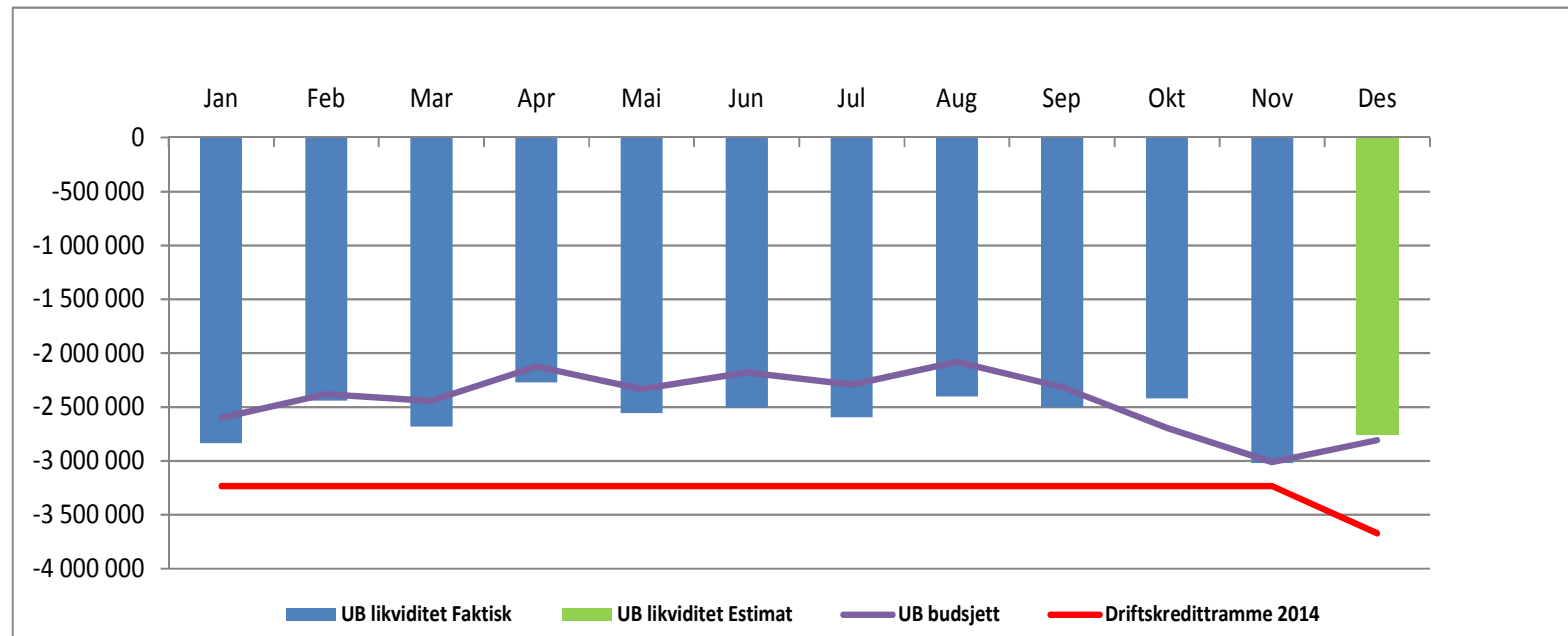
3.6 Tiltaksgjennomføring per november

| | Kroner (i 1000) | | | |
|--------|-----------------|-----------------------------------|---------------------------------|---------|
| | Bud helår | Bud effekt per rapp mnd (1000 kr) | Realisert øk effekt (i 1000 kr) | Avvik |
| KPHA | 20 300 | 18 598 | 12 180 | -6 418 |
| MED | 13 143 | 11 930 | 6 911 | -5 020 |
| KKN | 66 409 | 60 875 | 23 352 | -37 523 |
| KVB | 37 840 | 34 859 | 18 915 | -15 944 |
| KKT | 26 535 | 23 942 | 17 953 | -5 989 |
| HLK | 10 500 | 9 630 | 6 663 | -2 967 |
| AKU | 28 659 | 26 110 | 14 862 | -11 249 |
| KDI | 34 584 | 31 287 | 23 591 | -7 696 |
| OSS | 17 275 | 15 704 | 14 478 | -1 226 |
| Totalt | 255 246 | 232 935 | 138 904 | -94 032 |

3.7 Likviditet

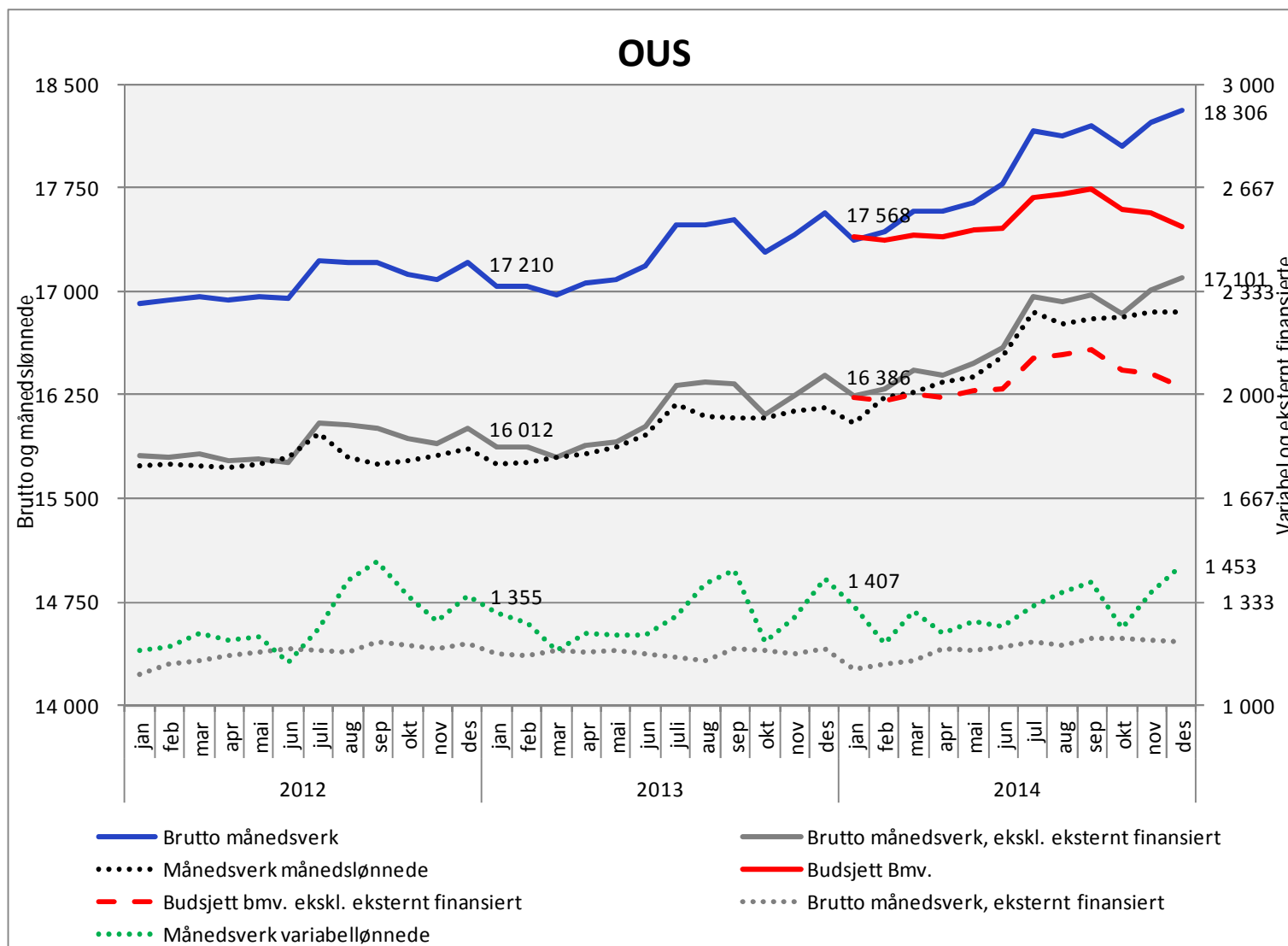
Utvikling likviditet

(utgående saldo ved periodeslutt)



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

4.1 Bemanningsutvikling



4.2 Bemanningsindikatorer

| OUS | | | | | | | | | | | |
|---|--------|--------|------|--------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|
| | | | | | | | | | | | |
| Brutto månedsverk | 18 306 | 17 470 | 836 | 17 868 | 17 517 | 351 | 2,0 % | 739 | 4,0 % | 610 | 3,4 % |
| Brutto månedsverk, ekskl. eksternt finansiert | 17 101 | 16 308 | 793 | 16 687 | 16 355 | 332 | 2,0 % | 714 | 4,2 % | 596 | 3,6 % |
| Brutto månedsverk, eksternt finansiert | 1 205 | 1 162 | 43 | 1 182 | 1 162 | 20 | 1,7 % | 24 | 2,0 % | 14 | 1,2 % |
| Innleie fra vikarbyrå | 221 | 100 | 121 | 190 | 97 | 93 | 96,5 % | 17 | 8 % | 29 | 18,1 % |
| Månedsverk månedslønnede | 16 853 | 16 343 | 510 | 16 558 | 16 348 | 210 | 1,3 % | 692 | 4,1 % | 586 | 3,5 % |
| Månedsverk variabellønnede | 1 453 | 1 127 | 327 | 1 310 | 1 169 | 142 | 12,1 % | 46 | 3,2 % | 24 | 1,9 % |
| Netto månedsverk nasj. ind. | 15 208 | - | - | 14 320 | - | - | - | 841 | 5,5 % | 518 | 3,6 % |
| Sykefraværspersent | 7,0 | 7,4 | -0,4 | 7,1 | 7,4 | -0,3 | -4,0 % | -0,2 | -1,7 % | -0,3 | -4,1 % |

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

| | 2 198 | 1 946 | 251 | 2 156 | 2 054 | 101 | 4,9 % | 96 | 4,4 % | 76 | 3,5 % |
|--|-------|-------|-----|-------|-------|-----|--------|-----|-------|-----|-------|
| | 1 267 | 1 200 | 68 | 1 250 | 1 197 | 53 | 4,5 % | 36 | 2,9 % | 44 | 3,5 % |
| | 2 219 | 2 111 | 108 | 2 158 | 2 109 | 48 | 2,3 % | 77 | 3,5 % | 65 | 3,0 % |
| | 1 704 | 1 646 | 58 | 1 654 | 1 652 | 2 | 0,1 % | 73 | 4,3 % | 34 | 2,1 % |
| | 2 277 | 2 203 | 75 | 2 237 | 2 176 | 62 | 2,8 % | 66 | 2,9 % | 80 | 3,6 % |
| | 844 | 793 | 51 | 823 | 800 | 22 | 2,8 % | 26 | 3,1 % | 25 | 3,0 % |
| | 2 406 | 2 312 | 94 | 2 332 | 2 310 | 22 | 1,0 % | 104 | 4,3 % | 76 | 3,2 % |
| | 2 040 | 2 039 | 0 | 1 990 | 2 013 | -23 | -1,1 % | 98 | 4,8 % | 82 | 4,1 % |
| | 1 933 | 1 837 | 97 | 1 877 | 1 826 | 51 | 2,8 % | 160 | 8,3 % | 129 | 6,9 % |

4.3 Månedsværk fordelt på stillingskategorier

| (1) Administrasjon/Ledelse | 3 096 | 3 122 | 3 056 | 2 970 | 84 | 2,7 % | 86 | 2,8 % | 17,1 % | 17,2 % | 2,9 % | |
|-----------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|------------|--------------|------------|--------------|--------------|----------------|--------------|--|
| (2) Pasientrettede stillinger | 1 502 | 1 516 | 1 518 | 1 496 | 26 | 1,7 % | 22 | 1,4 % | 8,5 % | 8,7 % | 1,5 % | |
| (3) Leger | 2 385 | 2 401 | 2 342 | 2 265 | 117 | 4,9 % | 78 | 3,3 % | 13,1 % | 13,1 % | 3,4 % | |
| (3a) Overleger | 1 465 | 1 475 | 1 428 | 1 378 | 84 | 5,7 % | 49 | 3,5 % | 8,0 % | 8,0 % | 3,6 % | |
| (3b) LIS-leger | 883 | 890 | 880 | 852 | 31 | 3,5 % | 28 | 3,2 % | 4,9 % | 4,9 % | 3,3 % | |
| (3c) Turnusleger | 38 | 36 | 34 | 34 | 1 | 3,0 % | -0 | -0,4 % | 0,2 % | 0,2 % | -0,4 % | |
| (4) Psykologer | 270 | 271 | 265 | 254 | 15 | 5,4 % | 11 | 4,0 % | 1,5 % | 1,5 % | 4,2 % | |
| (5) Sykepleier | 5 956 | 5 959 | 5 754 | 5 526 | 300 | 5,0 % | 228 | 4,0 % | 32,2 % | 32,0 % | 4,1 % | |
| (6) Helsefagarbeider/hjelpepleier | 567 | 574 | 569 | 571 | 4 | 0,7 % | -2 | -0,4 % | 3,2 % | 3,3 % | -0,4 % | |
| (7) Diagnostisk personell | 1 483 | 1 483 | 1 454 | 1 371 | 75 | 5,1 % | 84 | 5,7 % | 8,1 % | 7,9 % | 6,1 % | |
| (8) Apotekstillinger | 3 | 3 | 3 | 3 | - | 0,0 % | 0 | 14,1 % | 0,0 % | 0,0 % | 23,9 % | |
| (9) Drifts/teknisk personell | 1 551 | 1 564 | 1 528 | 1 485 | 57 | 3,6 % | 43 | 2,8 % | 8,6 % | 8,6 % | 2,9 % | |
| (10) Ambulansepersonell | 502 | 521 | 489 | 467 | 35 | 6,7 % | 22 | 4,5 % | 2,7 % | 2,7 % | 4,7 % | |
| (11) Forskning | 850 | 852 | 827 | 799 | 24 | 2,8 % | 28 | 3,4 % | 4,6 % | 4,6 % | 3,5 % | |
| (99) Ukjente | 34 | 19 | 50 | 50 | -8 | -43,7 % | 1 | 1,3 % | 0,3 % | 0,3 % | 2,7 % | |
| SUM | 18 217 | 18 306 | 17 869 | 17 258 | 739 | 4,0 % | 610 | 3,4 % | 100 % | 100,0 % | 3,5 % | |

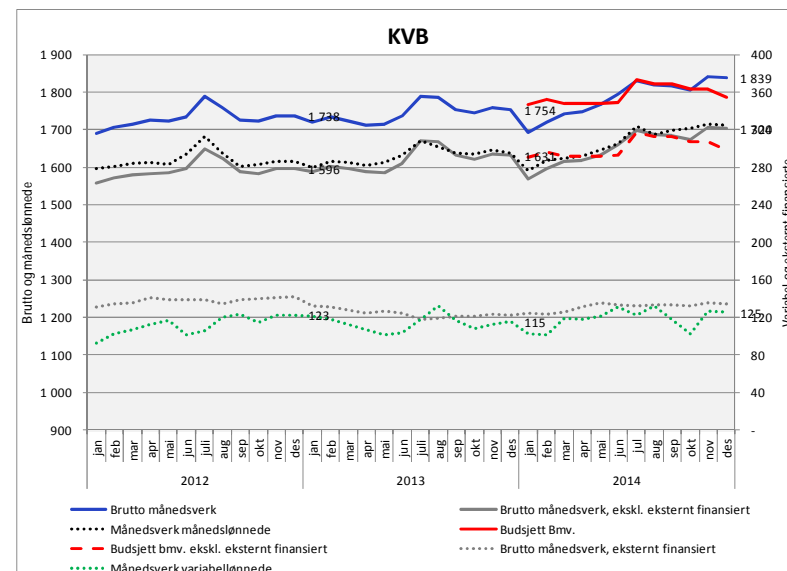
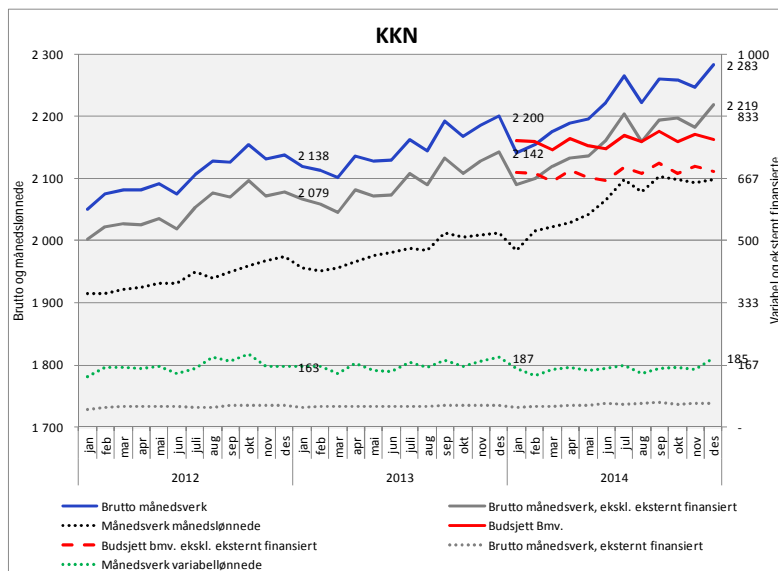
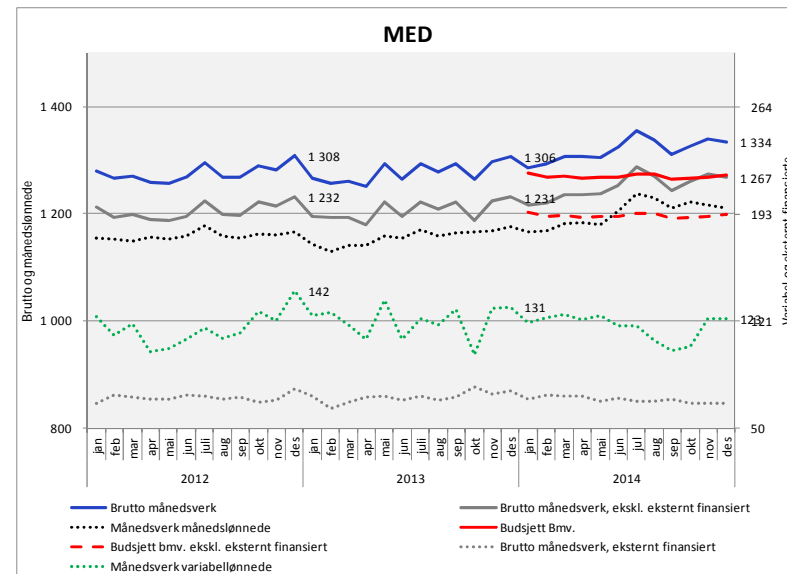
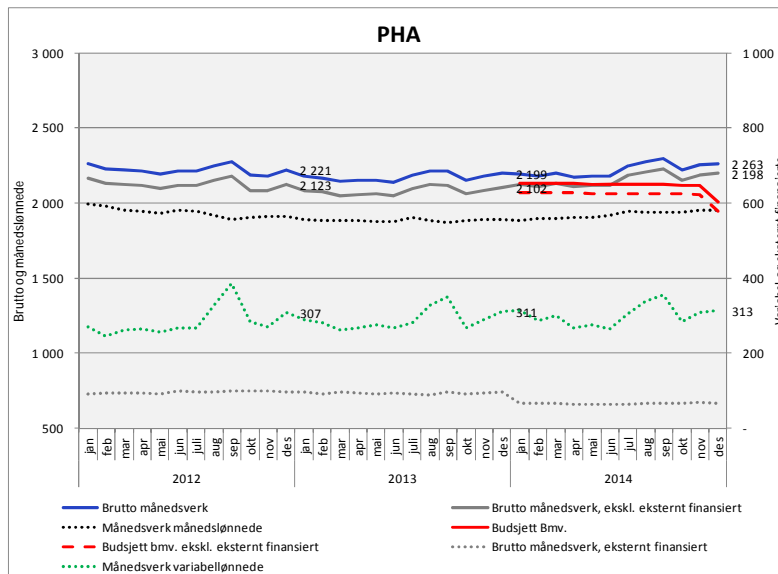


4.4 Andel deltid per klinikk

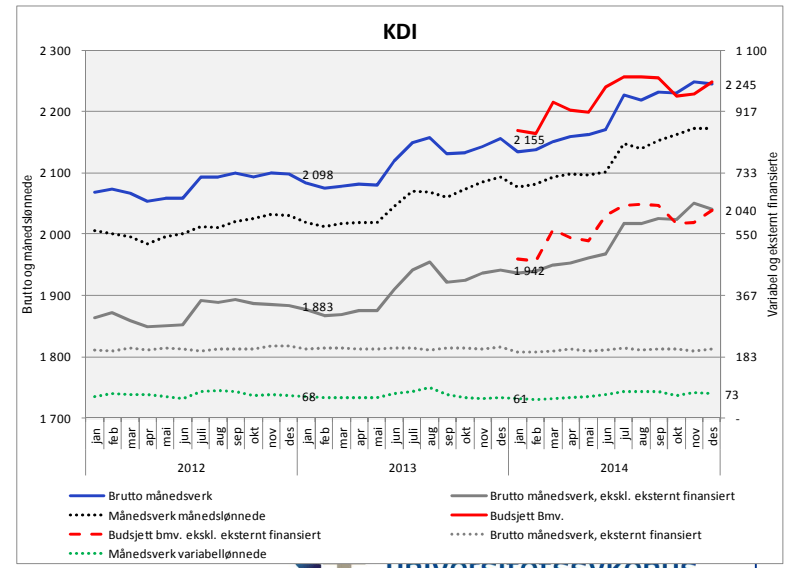
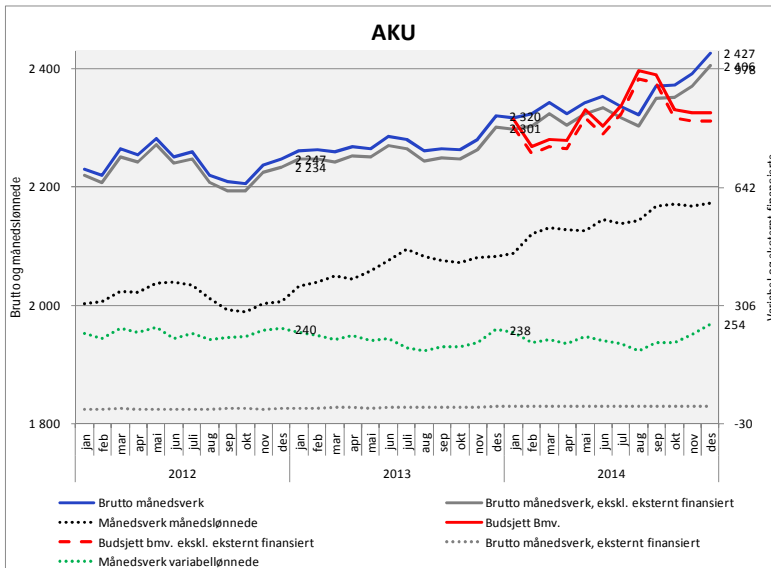
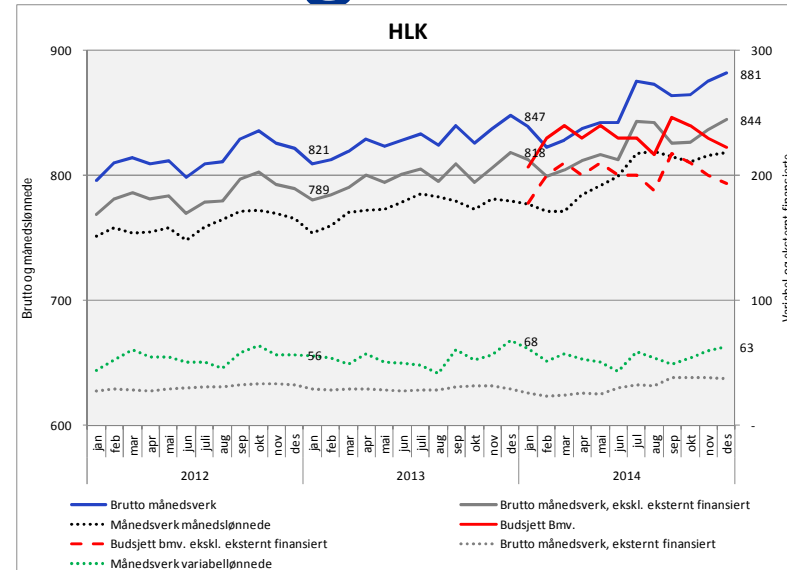
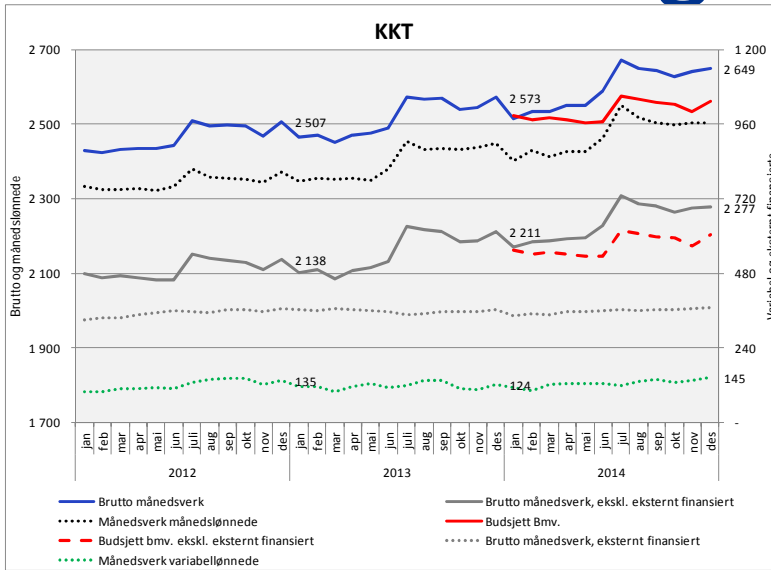
| Deltid - fast ansatte - Totalt des | | | | | | |
|------------------------------------|----------------|---------------|--------------|---------------------------------------|------------------------|------------------------------------|
| Klinikk | Antall ansatte | Hvorav deltid | Andel deltid | Gj.snittlig juridisk stillingsprosent | Korrigert andel deltid | Gj.snittlig korr. Stillingsprosent |
| PHA | 3 273 | 516 | 15,8 % | 93,4 % | 15,9 % | 94,3 % |
| MED | 1 694 | 393 | 23,2 % | 92,2 % | 24,5 % | 93,2 % |
| KKN | 2 611 | 670 | 25,7 % | 92,8 % | 18,5 % | 93,9 % |
| KVB | 2 383 | 752 | 31,6 % | 91,8 % | 27,7 % | 93,1 % |
| KKT | 3 005 | 589 | 19,6 % | 96,2 % | 13,0 % | 97,2 % |
| HLK | 1 007 | 152 | 15,1 % | 97,7 % | 7,7 % | 98,9 % |
| AKU | 3 106 | 488 | 15,7 % | 97,9 % | 9,9 % | 98,5 % |
| KDI | 2 475 | 363 | 14,7 % | 97,1 % | 6,5 % | 98,1 % |
| OSS | 3 547 | 308 | 8,7 % | 97,2 % | 5,0 % | 97,7 % |
| STAB | 288 | 28 | 9,7 % | 97,3 % | 5,6 % | 97,8 % |
| OUS | 22 755 | 4 104 | 18 % | 95,8 % | 13,9 % | 96,7 % |



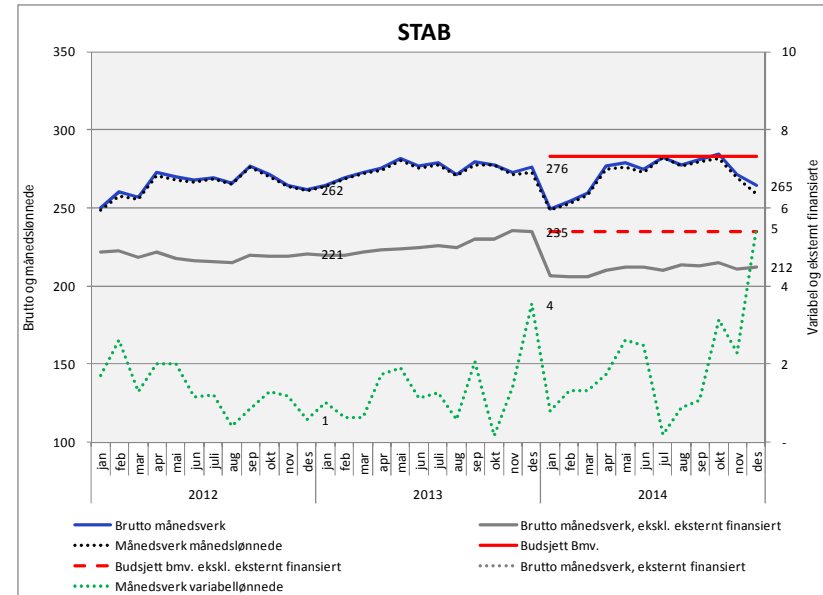
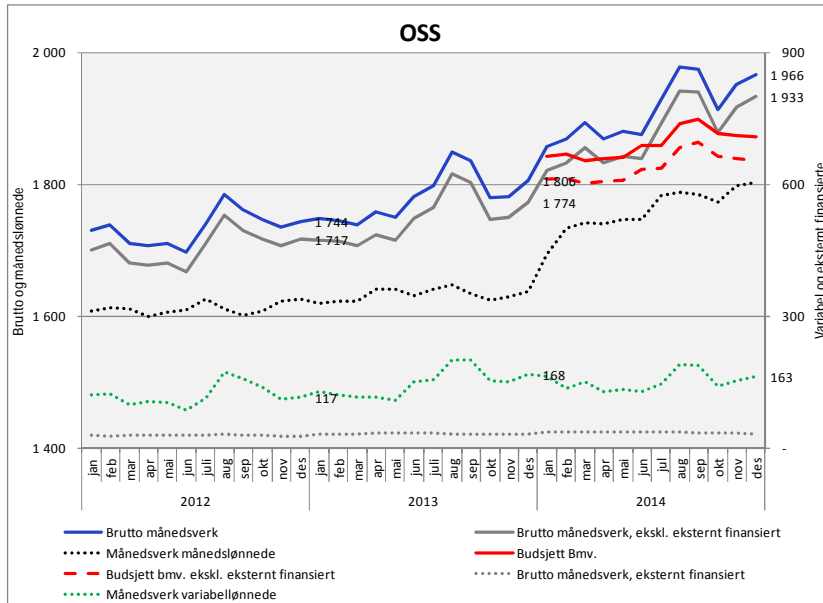
4.5 Bemanningsutvikling klinikk



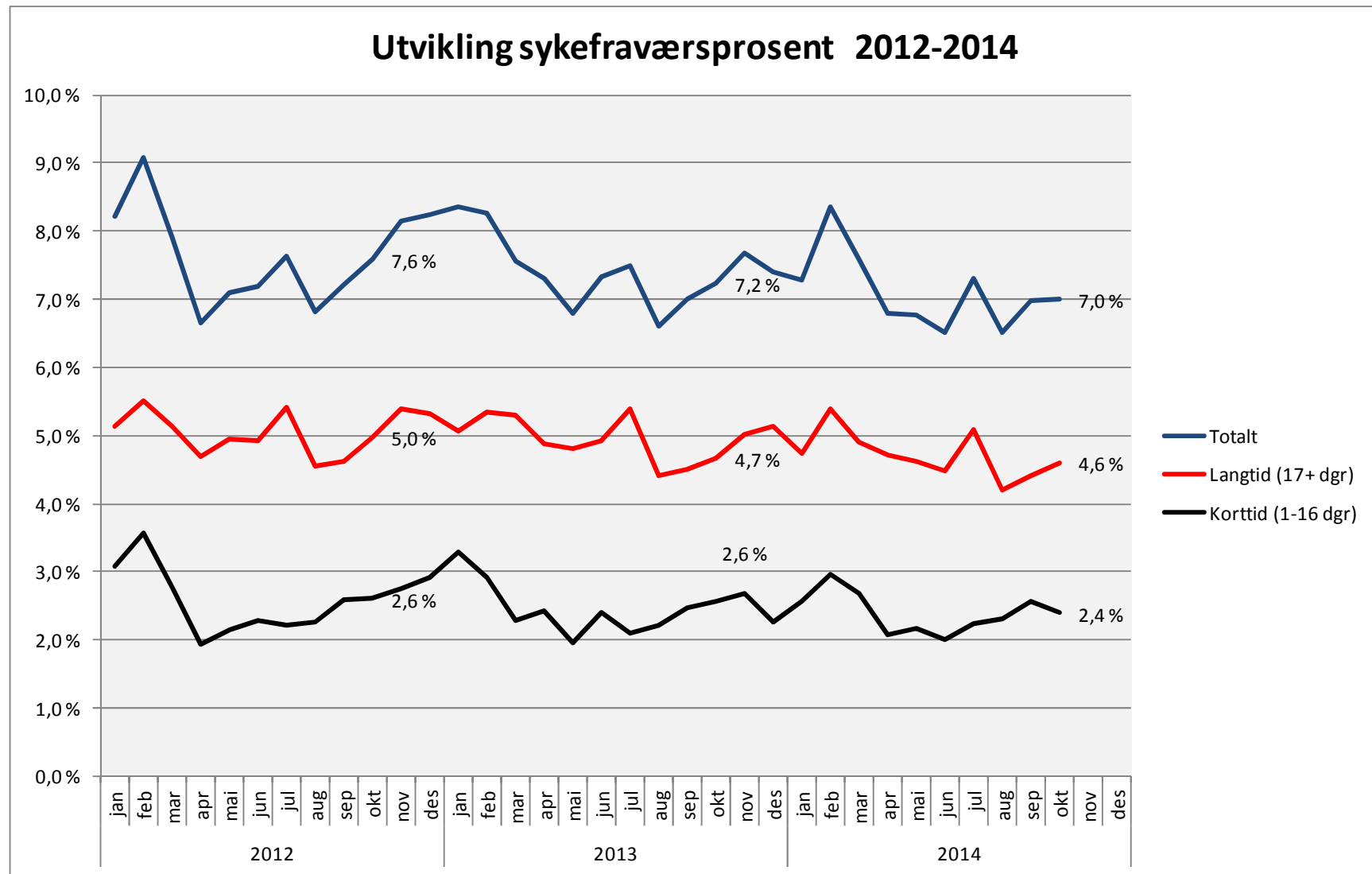
4.5 Bemanningsutvikling klinikk



4.5 Bemanningsutvikling klinikk



4.6 Sykefravær



4.7 Sykefravær per klinikk

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

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



Definisjoner årsverksindikatorer

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

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

| | |
|----------------|---|
| Dato møte: | 18. desember 2014 |
| Saksbehandler: | Viseadministrerende direktør økonomi og finans |
| Vedlegg: | 1. Budsjettdokument 2. Områdeplan IKT 3. Drøftingsprotokoll |

SAK 66/2014 BUDSJETT 2015

Forslag til vedtak:

1. *Styret legger til grunn et positivt økonomisk resultat på 175 millioner kroner eller bedre som økonomisk styringsmål for 2015.*
2. *Styret vedtar budsjett for Oslo universitetssykehus HF for 2015 slik det fremgår av tabellene 1, 2 og 3 i styresak 66/2014. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å disponere budsjettet i samsvar med beslutninger i foretaksmøte for Oslo universitetssykehus HF, vedtak i styret i Oslo universitetssykehus HF og gitte fullmakter.*
3. *Styret ber administrerende direktør legge områdeplanen for IKT til grunn for videre arbeid på IKT-området.*
4. *Administrerende direktør gis fullmakt til å ta opp langsiktige lån fra Helse Sør-Øst RHF og inngå nødvendige leieavtaler for å finansiere investeringer i samsvar med tabell 3 og innenfor gitte fullmakter gitt av Helse Sør-Øst RHF.*
5. *Administrerende direktør gis sammen med styreleder fullmakt til å reinvestere pensjonsmidler i Statens pensjonskasse.*

Oslo den 11. desember 2014

Bjørn Erikstein

1. INNLEDNING

Denne styresaken med vedlegg gir grunnlag for styrets beslutning om budsjett for 2015 for Oslo universitetssykehus HF. De eksterne rammebetingelser i form av rammetildelinger, aktivitetskrav og andre forutsetninger fra Helse Sør-Øst RHF er innarbeidet i de foreslåtte budsjettene.

Saken inneholder tabeller som viser de budsjetter som foreslås gjort gjeldende for styring av virksomheten i 2015 (tabellene 1-3) og som dermed foreslås vedtatt av styret.

Saken inneholder videre et mer omfattende budsjettokument (vedlegg 1) som redegjør nærmere for forutsetningene og oppbyggingen av driftsbudsjettet. Videre gis det en gjennomgang av arbeidet med effektiviseringstiltak i dette vedlegget. I tabelldelen av dette vedlegget er budsjettforslagene i tabellene 1-3 sammenliknet med budsjett for 2014, estimat for 2014 og tallgrunlaget fra økonomisk langtidspan 2015-2018 som ble behandlet av styret i april i år.

Vedlegg 2 inneholder områdeplan for IKT for Oslo universitetssykehus HF.

Vedlegg 3 er protokoll fra drøftingsmøte med foretakstillitsvalgte tirsdag 9. desember.

2. TIDLIGERE VEDTAK

Det ble fattet følgende vedtak i Oslo universitetssykehus HF i sak 57/2014 Budsjett 2015 den 30. oktober 2014:

Styret tar redegjørelsen om budsjett 2015 til orientering.

Det ble fattet følgende vedtak i Oslo universitetssykehus HF i sak 47/2014 Budsjett 2015 den 25. september 2014:

Styret tar saken til orientering.

Det ble fattet følgende vedtak i Oslo universitetssykehus HF i sak 39/2014 Budsjett 2015 den 26. juni 2014:

- 1. Styret ber administrerende direktør fortsette en dialog med Helse Sør-Øst RHF om å sikre tilstrekkelig finansiering av investeringer i 2015.*
- 2. Styret konstaterer at det fortsatt er en betydelig utfordring å gjennomføre driften slik at det oppnås en resultatforbedring med overskudd i 2015, men at dette er nødvendig for å sikre finansiering av investeringer.*

Det ble fattet følgende vedtak i Oslo universitetssykehus HF i sak 23-2014 Økonomisk langtidspan 2015-2018 (35) den 24. april 2014:

1. *Styret gir sin tilslutning til forslaget til økonomisk langtidsplan.*
2. *Styret konstaterer at kravet til resultatforbedring er krevende, men nødvendig for å sikre tilstrekkelig finansiering av nødvendige investeringer i bygg og medisinsk teknisk utstyr.*
3. *Styret ber administrerende direktør innlede en dialog med Helse Sør-Øst RHF om å sikre tilstrekkelig finansiering av investeringer gjennom disponering av budsjettert overskudd og tilgang på ekstraordinære lån.*

3. ADMINISTRERENDE DIREKTØRS VURDERING

Styret behandlet første gang budsjett for 2015 ved behandling av økonomisk langtidsplan 2015-2018 (styresak 23/2014). Administrerende direktør konstaterer at de økonomiske forutsetningene for Oslo universitetssykehus HF nå er svekket etter behandling av økonomisk langtidsplan 2015-2018. Videre har foretaket gjennom 2014 ikke klart å redusere kostnadene som forutsatt i budsjettet for 2014 og den underliggende driften er derfor i området 50-100 millioner kroner svakere enn forventet. Gjennomføring av driften i 2015 med om lag samme økonomiske resultatmål som forutsatt i økonomisk langtidsplan er derfor mer krevende enn tidligere lagt til grunn. Det er derfor en betydelig resultatrisiko for 2015 budsjettet knyttet til å nå et overskudd med 175 millioner kroner i 2015. Resultatet krever gjennomføring av resultatforbedrende tiltak på om lag 3 pst av påvirkbare kostnader. For å oppnå forventet resultatforbedring er det derfor nødvendig med ytterligere konkretisering av handlingsplaner for gjennomføring av drift både innenfor de enkelte klinikkene og gjennom samarbeid på tvers av klinikkene. Administrerende direktør vil ha en tett oppfølging av både planlegging og gjennomføring av drift for 2015 med den enkelte klinikk og med klinikkene samlet.

Ved behandling av økonomisk langtidsplan 2015-2018 ble det meldt inn et omfattende investeringsbehov for 2015 som forutsatte betydelig tilførsel av likviditet fra Helse Sør-Øst RHF. Planen var å forsere utbedringer av bygningsmassen og utskifting av medisinsk teknisk utstyr. Det er imidlertid ikke tilstrekkelig tilgjengelig likviditet i foretaksgruppen til å finansiere denne investeringsplanen for 2015. Helse Sør-Øst RHF har tildelt ekstraordinær finansiering av vedlikeholdsinvesteringer og medisinsk teknisk utstyr med 200 millioner kroner. I statsbudsjettet åpnes det nå imidlertid opp for inngåelse av langsiktige leieavtaler noe som isolert sett vil bedre muligheten for å gjennomføre nødvendige investeringer.

Oslo universitetssykehus HF står fortsatt overfor store utfordringer som følge av nødvendige oppgraderinger av gammel bygningsmasse, fortsatt satsning på fornyelse av MTU og IKT og omstillinger av driften både i det kommende året og i årene framover. Hovedtrekkene i det flerårige utfordringsbildet som ble tegnet i økonomisk langtidsplan står derfor fortsatt ved lag: Foretaket må effektivisere driften vesentlig for å kunne frigjøre midler til den fortsatte satsningen på investeringer i bygninger, MTU og IKT. Investeringene i bygninger, MTU og IKT vil reelt sett være finansiert av lån (eller reduserte fordringer) og vil medføre økte kapitalkostnader i årene framover.

Administrerende direktør understreker derfor viktigheten av at det flerårige arbeidet med forbedringer i driften må fortsette. Administrerende direktør tar sikte på å starte arbeidet med budsjett 2016 tidlig inn i neste år og prioritere arbeid med tiltak som bidrar til varig driftsforbedring. Samtidig må det arbeides for å øke inntektene til Oslo universitetssykehus HF ytterligere på varig basis.

4. BUDSJETT FOR OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF 2015

På grunn av utfordringene fra fusjonen i 2009 og senere overføringen av oppgaver til Akershus universitetssykehus HF fra 2011 har Oslo universitetssykehus HF i samråd med Helse Sør-Øst RHF budsjettert med et underskudd i driften fram til og med budsjett 2013. I årene 2009-2013 ble det økonomiske resultatet i tillegg svakere enn styringsmålet.

Hovedstrategien i Økonomisk langtidsplan (ØLP) for perioden 2015-2018 var rettet inn mot å sette helseforetaket i stand til å kunne finansiere de investeringene i MTU, bygg mv som det er behov for på både kort og lang sikt og dermed sikre en bærekraftig økonomisk utvikling i årene fremover for Oslo universitetssykehus HF. For å realisere dette er det lagt til grunn en utvikling i økonomisk resultat i årene fremover som vist i tabellen under. Denne utviklingen krever en betydelig effektivisering av virksomheten både på kort og lang sikt.

| År | Budsjettert resultat |
|------|---|
| 2011 | - 400 millioner kroner (økt lån) |
| 2012 | - 400 millioner kroner (økt lån) |
| 2013 | - 200 millioner kroner (økt lån) |
| 2014 | Nullresultat |
| 2015 | + 175 millioner kroner (Investeringer) |
| 2016 | + 300 millioner kroner (Investeringer) |
| 2017 | + 450 millioner kroner (Redusert lån/investeringer) |
| 2018 | + 600 millioner kroner (Redusert lån/investeringer) |

4.1 Overordnet om oppdrag og bestilling

Oppdrag og bestilling 2015 planlegges vedtatt på foretaksmøte i februar 2015. Dokumentet vil inneholde det formelle oppdraget til Oslo universitetssykehus HF om gjennomføring av virksomheten i 2015 samt tildele midler for å gjennomføre dette. Styret i Helse Sør-Øst RHF vil til møtet 18. desember bli forelagt forslag til resultatkrav for helseforetakene for 2015. Administrasjonen i Helse Sør-Øst RHF har i dialogen om økonomisk langtidsplan og videre dialog om budsjett 2015 forutsatt at Oslo universitetssykehus HF planlegger ett resultat med overskudd 175 millioner kroner for budsjett 2015.

Oslo universitetssykehus HF skal i 2015 gjennomføre forventede oppgaver innenfor pasientbehandling, forskning, pasientopplæring og undervisning med høy kvalitet og innenfor det nevnte økonomiske styringsmålet. Helse Sør-Øst RHF stiller krav om at helseforetakene må ta ansvar for finansiering av egne

investeringer og dermed må realisere positive økonomiske resultater for å kunne finansiere disse. Positive økonomiske resultater for Oslo universitetssykehus HF i 2015 og i årene framover vil dermed være av vesentlig betydning for foretakets mulighet til å gjennomføre egne arealplaner for utvikling av eiendomsmassen og planer for utskifting av medisinskteknisk utstyr med videre på kort og lang sikt.

Styret i Helse Sør-Øst RHF har ved planlegging av det økonomiske opplegget for 2015 tatt utgangspunkt i Plan for strategisk utvikling 2013-2020 i Helse Sør-Øst med den flerårige satsningen på kvalitet og pasientsikkerhet samt digital fornying.

Styret i Helse Sør-Øst RHF besluttet følgende mål for helseforetakene for 2015:

- Ventetiden er redusert og pasienten opplever ikke fristbrudd
- Sykehusinfeksjoner er redusert til under 3 prosent
- Pasienten får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning
- Alle medarbeidere skal involveres i oppfølging av medarbeiderundersøkelsen med etablering av forbedringstiltak for egen enhet
- Det er skapt økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer

4.1. Aktivitet

Statsbudsjettet for 2015 legger til rette for en økning i somatisk aktivitet (ISF-finansiert) på om lag 1 pst. fra aktivitetsnivået i 2014. Samtidig er det ikke satt et tak for aktivitet i 2015.

Det er fremdeles betydelige ventelister i Oslo universitetssykehus HF, særlig innenfor avdelinger med stor kirurgisk aktivitet. I budsjettet for 2014 ble støttelinikkens budsjetter styrket for å øke tilgjengeligheten til radiologiske undersøkelser, korte ned svartid for patologiske undersøkelser og lette tilgangen til anestesiresurser. Styrkingen videreføres i 2015 budsjettet og for disse områdene vil vekst i 2014 få helårseffekt i 2015. For 2015 er det i tillegg planlagt å sette i drift nye operasjonsstuer. Dette skal legge til rette for en vekst i aktivitet innen somatikken. Oslo universitetssykehus HF planlegger dermed med en reell vekst i den somatiske aktiviteten på knapt 3 prosent fra estimert aktivitetsnivå i 2014.

For psykisk helsevern for voksne planlegges det også noe høyere aktivitet i 2015 enn i 2014. For barn og unge legges det opp til vekst i poliklinisk aktivitet fra 2014 til 2015. Innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling er det budsjettet med høyere registrert (inntektsgivende) poliklinisk aktivitet. Hovedforklaringen på dette er imidlertid av mer teknisk karakter (lydisolering av kontorene ved Seksjon ruspoliklinikker gjør at disse blir godkjent som refusjonsberettigede konsultasjoner).

4.2. Ventelister og fristbrudd

Oslo universitetssykehus HF har et kontinuerlig fokus på å redusere ventelistene og å unngå fristbrudd. Med aktivitetsmålene for 2015 og de tiltak som er beskrevet (jfr. vedlegg 1 kapittel 4) er det forventet at ventetidene fortsatt skal

kunne reduseres og at et stort antall langtidsventende skal få tilbud. Samtidig skal det arbeides mot målet om at pasientene ikke skal oppleve fristbrudd. Oppfølgingen av avdelingene baserer seg på fastlagte indikatorer og rapporter slik at utviklingen følges nøye.

Det er nedlagt et betydelig arbeid for at organisasjonen skal være oppdatert på lovverk og regler samt bruk av pasientadministrative systemer, og det er vektlagt at prioriteringsveilederne skal legges til grunn for enhetlig vurdering av rett til prioritert helsehjelp. Det arbeides for at ventelistene fortløpende skal være ajourførte slik at de representerer et godt verktøy i planleggingen av driften opp mot tilgjengelig kapasitet. Det er videre fokus på å bedre langtidsplanlegging med etablering av timebøker minst 12 mnd frem i tid. Etter overgangen til nytt PAS/EPJ inngår det nå pasienter i ventelistene som tidligere er blitt håndtert og ikke skal inngå. Det ryddes nå systematisk i de pasientadministrative dataene for å håndtere denne overgangsproblematikken.

Sykehuset har også fokus på driftsendringer som bedrer kapasitet, inkl oppgavedeling med andre sykehus og tilpasning av kapasitet til behov ved overordnet prioritering.

4.3. Driftsbudsjett

Under behandling av Økonomisk langtidsplan 2015-2018 mottok Oslo universitetssykehus HF en foreløpig tildeling av inntektsrammer for 2015. Denne tildelingen viste en reell økning i basisrammen på om lag 150 millioner kroner. Denne økningen er om lag videreført i den endelige tildeling Oslo universitetssykehus HF har fått for budsjett 2015.

Det er i hovedsak to forhold som har endret utfordringsbildet for 2015 etter behandling av økonomisk langtidsplan 2015-2018:

- Aktivitetsbaserte inntekter: Pris per DRG-poeng er redusert for 2014 og pris for 2015 er underregulert med 1,1 pst. Laboratorietakstene blir ikke lønns- og prisregulert for 2015. Totalt utgjør dette om lag 120 millioner kroner i lavere inntekter enn beregnet i økonomisk langtidsplan. På den annen side vil effekt av DRG-vekter og grupperingslogikk for 2015 forventes å bli positiv med om lag 20 til 30 millioner kroner og motvirker derfor deler av den negative effekten av underregulert DRG-pris.
- Resultat 2014: Ved utarbeidelse av økonomisk langtidsplan var det lagt til grunn at Oslo universitetssykehus HF vil kunne oppnå et økonomisk resultat i 2014 tilsvarende det budsjetterte nullresultatet. Foretaket har gjennom 2014 ikke klart å redusere kostnadene som forutsatt i budsjettet for 2014. Blant annet salg av eiendom har gitt engangsgevinster i 2014. Selv om det økonomiske resultatet kan bli om lag i henhold til budsjett for 2014 er derfor den underliggende driften i området 50-100 millioner kroner svakere enn forventet.

Det er enkelte endringer i andre utgiftsposter sammenliknet med det som ble lagt til grunn i økonomisk langtidsplan. Blant annet forventes noe reduserte avskrivninger og noe økte IKT- kostnader, mens samlet sett er disse budsjettene likevel om lag på nivå med det som ble anslått i økonomisk langtidsplan. Det er nå budsjettet med en betydelig økning i pensjonskostnadene for 2015, men disse kostnadene blir nesten fullt ut finansiert med økt basisbevilgning og påvirker derfor i liten grad kravet til effektivisering av drift.

Vurderingen av utfordringsbildet under behandlingen av økonomisk langtidsplan 2015-2018 tilsa et krav til effektivisering av drift fra 2014 til 2015 med om lag 1 ½ pst. Med de nye driftsforutsetningene for budsjett 2015 er det i foreliggende forslag til budsjett et anslått krav til resultatforbedring på om lag 3 pst. Klinikkerne har drøftet tiltak som imøtekommer om lag halvparten av dette kravet til resultatforbedring. I tillegg forventer klinikkerne at stram styring og oppfølging skal bidra til ytterligere resultatforbedring.

Administrerende direktør har tidligere bedt klinikkerne om å konsentrere innsatsen for å effektivisere driften rundt 4 områder:

- Øke aktiviteten i de kliniske klinikker i størst mulig grad innen dagens bemanning ved at flaskehalsen i støtteklinikkerne fjernes / reduseres
- Øke operativ kapasitet (Akuttklinikken)
 - Nye operasjonsstuer stuer med nye operasjonsteam
 - Effektiv utnyttelse av stuekapasiteten og ansatte
 - Oppgavefordeling
- Øke MR kapasitet
- Sengepostsamarbeid i helger

Disse områdene var ikke en ettårig strategi, men vil også følges opp i 2015. I tillegg vil det rettes særskilt fokus på ytterligere 5 områder der styret løpende vil holdes orientert om fremdrift:

- Vurderinger av vaktordninger for leger
- Økt poliklinisk aktivitet
- Oppfølging variabel lønn
- Helgearbeid deles på flest mulig ansatte med relevant fagkompetanse
- Effekt av nye IKT systemer (PAS/EPJ, GAT og innkjøp) kartlegges og følges opp

4.4. Investeringsbudsjett

Sammendrag

Det har vært en omfattende dialog mellom Oslo universitetssykehus HF og Helse Sør-Øst RHF om investeringer for 2015, jf vedtaket i forbindelse med behandling av økonomisk langtidsplan. Som det fremgår av vedlagt tabell 3 legges det nå til grunn et samlet investeringsnivå på 1 016 millioner kroner for Oslo universitetssykehus HF for 2015. I tillegg regnes det med at det vil bli gjennomført regionalt finansiert IKT-prosjekter for om lag 400 millioner kroner som gir nytte for Oslo universitetssykehus HF. Det understrekes at rammen for IKT-investeringer ikke er endelig besluttet i Helse Sør-Øst RHF. Investeringene i

IKT blir formelt besluttet i Helse Sør-Øst RHF og legges derfor ikke fram til formell beslutning i styret i Oslo universitetssykehus HF.

Styret vedtok i Økonomisk langtidsplan 2015-2018 et investeringsbudsjett for om lag 1 800 millioner kroner for 2015 (utenom regionalt finansiert investeringsprosjekter). Budsjettet inneholdt forsert plan for utskifting av medisinsk teknisk utstyr og forsert plan for utbedring av bygningsmasen ved Oslo universitetssykehus HF. Planen forutsatte finansiering ut over den ordinære likviditetstildeling fra Helse Sør-Øst RHF på om lag 900 millioner kroner. På grunn av andre prioriteringer har imidlertid ikke Helse Sør-Øst RHF tilgjengelig likviditet til å bidra til et slikt investeringsnivå. Helse Sør-Øst RHF har for budsjett 2015 besluttet ekstraordinær finansiering for 200 millioner kroner for 2015. I tillegg er det åpnet opp for langsiktig leie til finansiering av investeringer der det planlegges for anskaffelser for utstyr og modulbygg for i alt om lag 300 millioner kroner.

Leieavtaler

I statsbudsjettet for 2015 åpnes det opp for inngåelse av langsiktige leieavtaler (jf følgende omtale under kapittel 732):

”Fra 2015 vil helseforetakene bli gitt økt fleksibilitet knyttet til å inngå langsiktige leieavtaler, og helseforetakenes vedtekter vil gi åpning for å inngå leieavtaler for inntil 100 millioner kroner per avtale. Departementet vil følge med på omfang og utvikling i bruken av slike avtaler.”

Oslo universitetssykehus HF vedtekter regulerer muligheten for å ta opp lån:

”§ 11 Låneopptak

Oslo universitetssykehus HF kan ikke oppta lån fra andre enn Helse Sør-Øst RHF. Eventuelle låneopptak skal godkjennes av styret i Helse Sør-Øst RHF

Oslo universitetssykehus HF gis anledning til å inngå langsiktige leieavtaler med andre offentlige virksomheter i tilknytning til samhandlingstiltak. Inngåelse av slike leieavtaler er omfattet av de til enhver tid gjeldende retningslinjer og fullmakter.”

Oslo universitetssykehus HF er ikke nå kjent med hvordan vedtektene vil bli endret, men legger til grunn at det vil bli gjennomført endringer i vedtektene som åpner for langsiktige leieavtaler i samsvar med omtale i statsbudsjettet.

Tiltak i eksisterende bygg i 2015

Idéfaserapport OUS – Campus Oslo er under behandling, men utredninger, beslutninger og gjennomføring vil ta tid og det er forventet at nye bygg i noe vesentlig omfang tidligst kan stå ferdige om 6-7 år. Som følge av bygnings- og vedlikeholdsmessige utfordringer har sykehuset i dag et stort antall pålegg fra tilsynsmyndigheter (Oslo brann og redningsetat, Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap, Arbeidstilsyn mv) som skal lukkes i løpet av få år og som ikke kan vente til nye bygg står ferdige. Så godt som alle myndighetspålegg er knyttet til ivaretagelse av sikkerhet for pasienter og ansatte.

Nivået for oppgraderinger gjøres for å sikre et forsvarlighetsnivå, men har et midlertidig preg da det er forventet at nye bygg på sikt vil erstatte store deler av dagens bygningsmasse.

Det vil i 2015 budsjettet bli prioritert investeringsmidler til særskilt fire områder:

- Elektrotilsyn: Det er et stort investeringsbehov innenfor elektro, estimert til om lag 500 millioner kroner totalt. Oslo universitetssykehus HF er i dialog med tilsynet om prioritering av investeringer for 2015.
- IKT-fiber med kjøling: Implementering av felles basisplattform stiller andre krav til yteevne.
- Investeringer som følge av ny medisinskteknisk utstyr (MTU): For å gjennomføre et investeringsnivå på 357 millioner kroner i MTU må det tilrettelegges med bygginvesteringer for flere av anskaffelsene.
- Trykkammer: Bygginvesteringene for å få på plass ett nytt trykkammer i Oslo universitetssykehus HF. MTU-delen av denne investeringen inngikk i budsjett for 2013.

Investeringsnivået for tiltak i eksisterende bygg for å håndtere myndighetspålegg blir mindre i 2015 med det foreliggende investeringsbudsjettet enn nivået i 2014. Sykehuset anser størrelsen på bygginvesteringer 2015 krevende mtp å få lukket nødvendige tilsynskrav. Man er i 2015 nødt til å gjøre en prioritering og kun gjennomføre det som er mest kritisk. Som følge av det krevende investeringsbudsjettet legges det opp til at modulbygg anskaffes som leieobjekt.

For å sikre nødvendig omfang av tiltakene i 2016 og årene etter vil det i en egen styresak (jamfør sak 67-2014) bli fremmet forslag om en lånesøknad til Helse- og omsorgsdepartementet via Helse Sør-Øst RHF.

Medisinsk teknisk utstyr

Det er i forslag til investeringsbudsjett 2015 samlet sett disponert midler til investeringer og leie av medisinsk teknisk utstyr (MTU) for 357 millioner kroner i anskaffelseskostnad. Dette er i overensstemmelse med styrets beslutning om en flerårig investeringsplan for MTU med 350 millioner kroner per år. Forslag til gjennomføring av 2015-budsjettet opprettholder med knapp margin snittalder på utstyret i Oslo universitetssykehus HF.

Som følge av det krevende investeringsbudsjettet legges det opp til at godt vel halvparten av anskaffelsene innenfor MTU må anskaffes som leieobjekter. Dette er en ny praktisering for Oslo universitetssykehus HF og innebærer derfor en risiko. Oslo universitetssykehus HF har derfor startet arbeidet med å forberede utlysninger som skal sikre sammenlignbare tilbud fra leverandører. Oslo universitetssykehus HF vil legge til grunn at bruk av langsiktige leieavtaler ikke skal innebære vesentlig økonomisk ulempe som kan følge av både administrative kostnader og leverandørenes rentebetingelser.

IKT

Områdeplan IKT skal brukes som underlag for IKT prioriteringene i Oslo universitetssykehus HF. Vedlagt følger områdeplan for IKT 2015-2020. Dokumentet legger også grunnlag for kommunikasjonen med Helse Sør-Øst RHF

og Sykehuspartner om Oslo universitetssykehus HFs planer og behov for perioden.

Det er i områdeplanen gjort en prioritering av nye lokale investeringsmidler som summeres opp til 25 millioner kroner. Omfanget av IKT-prosjekter rettet mot Oslo universitetssykehus HF er imidlertid betydelig høyere ettersom flere større prosjekter i 2015 forventes å bli finansiert med regionalt tilført likviditet (se tabell 3).

Det legges til grunn at Oslo universitetssykehus HF i 2015 vil bruke om lag 265 millioner kroner av regionale investeringsmidler til infrastrukturmodernisering (IMP). I tillegg er det budsjettert med 15 millioner kroner i lokale driftsmidler. Fra 2016 vil den totale avskrivningen av aktivitetene gjennomført av IMP medføre økte avskrivninger på om lag 70 millioner kroner per år i en femårsperiode.

Regional EPJ ved OUS Fase 2

Våren 2012 ble det gjennomført en DIPS foranalyse. Foranalysens formål var å utrede konsekvensene ved å innføre DIPS i Oslo universitetssykehus HF. Styret besluttet 10. august 2013 å gjøre avrop på rammeavtalen med DIPS. Det ble gjennomført et forprosjekt høsten 2012. Leveransen fra forprosjektet ble vedtatt på styremøtet 14. februar 2013, og det ble på dette møtet vedtatt gjennomføringsfasen (fase 1). Det har vært jevnlig rapportert til styret om fremdrift av gjennomføringsfasen. DIPS ble innført på Oslo universitetssykehus HF 20. oktober 2014 og ble overlevert til forvaltning 01. desember 2014 i henhold til prosjektdirektiv.

Som nevnt i sakspapiret til sak 007/2013 så forutsettes det en fase 2 for stabilisering av løsningen og optimalisering av arbeidsprosessene og innføring av funksjonalitet som var ønskelig, men ikke mulig i fase 1. Fase 2 vil bidra til en betydelig bedre måloppnåelse og bedre utbytte av den store innsatsen som er nedlagt i fase 1.

Fase 2 består av: Stabilisere og optimalisere løsningen og arbeidsprosessene som nå er innført/åpnet mulighet for, klinisk dokumentasjon for sykepleie, innføring av DIPS operasjonsplan (erstatte Albert), lage og innføre en Arena-versjon av DIPS som erstatning for Hippokrates (Olafiaklinikkens journalsystem), slik at de kommer inn i den felles løsningen, innføre DIPS vekstkurve, tilrettelegge for uthenting av data til forskning, innføre flere integrasjoner i samarbeid med RKD/Digital fornying. Det vil bli en prosess for prioritering av integrasjoner ved oppstart fase 2. I samarbeid med regionalt/lokalt samhandlingsprosjekt vil eksterne meldingsutveksling forbedres.

Fase 2 bygger på samme prinsipper for fordeling mottaksprosjekt (Oslo universitetssykehus HF)/leveranseprosjekt (Helse Sør-Øst RHF) og drift/investering som vedtatt for fase 1. Mottaksprosjektet er budsjettert med 55 millioner kroner i driftsbudsjettet for Oslo universitetssykehus HF for 2015. Det meste av mottaksprosjektet utgjøres av frikjøp av ansatte ved Oslo universitetssykehus HF. All prosjektaktivitet knyttet til å planlegge, bygge og levere løsningen karakteriseres som leveranseprosjekt. Den regionalt finansierte ressurstilgangen til dette vil være av størrelsen 125 millioner kroner til

investeringer og 13 millioner kroner til drift. Endelig beslutning om ressurstildeling er ennå ikke fattet. Fase 2 har lav økonomisk risiko da optimalisering/ stabilisering og integrasjoner kan tilpasses økonomi, klinisk dokumentasjon for sykepleie og operasjonsplanlegging har kommet et godt stykke på veg og en er mye mindre avhengig av tredje parts leverandører enn i fase 1.

Andre investeringer

Midler til investeringer i annet utstyr inkluderer i hovedsak investeringer i ambulanser og behandlingshjelpemidler. Andre mindre investeringer som inngår er biler, lastebiler, trucker, vogner, vaskemaskiner, kjøkkenutstyr, inventar etc.

4.5. Likviditet og finansiering

På grunn av endringer i pensjonskostnadene i 2014 har det til nå ikke blitt utarbeidet et oppdatert likviditetsbudsjett for 2015. Det vil bli utarbeidet et likviditetsbudsjett som forelegges styret den 13. februar.

4.6. Fullmakter

Utover fullmakt til å gjennomføre drift og investeringer i samsvar med vedtatt budsjett foreslås det følgende eksplisitte fullmakter til administrerende direktør:

Fullmakt til å ta opp lån fra Helse Sør-Øst RHF.

Det ligger an til at Oslo universitetssykehus HF må ta opp lån i Helse Sør-Øst RHF for å finansiere deler av omstillingsinvesteringene i 2015. Finansieringskildene til disse investeringene er tredelt: Låneopptak fra Helse Sør-Øst RHF med foreløpig ramme på 825 millioner kroner (2012-kroner) behandlet i statsbudsjettet for 2012 og 2014 (inkluderer 75 millioner kroner samhandlingsarena Aker), tilbakebetaling av fordring Oslo universitetssykehus HF har på Helse Sør-Øst RHF og salg av eiendom.

Fullmakt til å inngå langsiktige leieavtaler

Oslo universitetssykehus HF planlegger med inngåelse av langsiktige leieavtaler for anskaffelse av anleggsmidler i 2015 i henhold til tabell 3. Hver avtale er begrenset til maksimalt 100 millioner kroner. Anskaffelsene forutsetter endringer i vedtektene til Oslo universitetssykehus HF. Anskaffelsene gjennomføres i henhold til fullmaktregimet i Helse Sør-Øst RHF.

Fullmakt til å reinvestere pensjonsmidler i Statens pensjonskasse.

Ansatte i Oslo universitetssykehus HF er tilsluttet fire pensjonskasser. Statens pensjonskasse (SPK) er eneste pensjonskasse der Oslo universitetssykehus HF tar stilling til plassering av pensjonsmidlene. Statens pensjonskasse forelegger begrensede valg. Administrerende direktør innhenter råd fra Stab økonomi, juridisk og IKT i Oslo universitetssykehus HF og råd fra ekstern pensjonsrådgiver før beslutning om investeringsvalg (ref styresak 75/2014 - Administrerende direktørs orienteringer). Som for 2014 legges det opp til at styreleder forelegges plasseringsvalget før beslutning.

4.7. Risikovurdering av gjennomføring av budsjett 2015

Risikomatrissene som følger til slutt i denne styresaken tar utgangspunkt i den risikovurderingen som ble presentert for styret i styresak 55/2014 - Ledelsens gjennomgang 2. tertial. Det er denne gangen vurdert hvorvidt det enkelte risikomoment blir påvirket av gjennomføringen av budsjett 2015 slik det nå foreligger. Det er lagt på heltrukken pil for de risikomomentene der det er stor grad av sikkerhet for at gjennomføring av det foreslåtte budsjettet vil medføre en endring. Det er lagt på stiplet pil der effekten er mer usikker. Nedenfor kommenteres de enkelte risikomomentene som antas å bli påvirket:

Responstid kapasitet AMK

Enheten er blitt tilført 13 stillinger i løpet av 2014. Det vil også bli tilført ytterligere 2 stillinger i løpet av 2015. AMK-sentralen får dessuten noe reduserte oppgaver når planlagte (såkalte grønne) turer skal håndteres av Pasientreiser. Økende bemanning og noe reduksjon i oppgaver forventer å gi bedre kapasitet og kortere responstid i AMK. Fra oktober 2015 vil AMK sentralen også betjene Østfold sykehusområde. Overtakelsen er under planlegging og det er satt av ekstra budsjettmidler for å sikre opplæring før overtakelse.

Forløpstider, ventelister, fristbrudd- og behandlingsskapasitet

Det er tilført midler til klinikkene for å kunne planlegge med økt vekst i poliklinisk og operativ virksomhet med forventning om lavere antall strykninger på operasjonsprogram, kortere ventetider og færre fristbrudd. Det er prioritert særskilt tildeling for vekst i Akuttklinikken for å sikre tilstrekkelig operasjonsskapasitet. Klinikken for diagnostikk og intervensjon fikk tildelt betydelige vekstmidler i budsjett 2014. Risikoen for at deres tjenester innen radiologi og patologi skal bli en flaskehals er derfor redusert for 2015. Det er prioritert tildelinger til koordinatorstillinger for å sikre bedre gjennomføring av pakkeforløp. Med disse tiltakene skal det være mulig å redusere ventelister, antall fristbrudd og tid fra henvisning mottas til behandling blir gitt (forløpstiden).

Operasjonsskapasitet

Det kirurgiske driftsstyret vil i 2015 arbeide videre for å bedre den samlede utnyttelsen av Oslo universitetssykehus HF sin operative kapasitet. I tillegg til oppfølging av oppstart og stueutnyttelse er det spesielt to forhold som vil redusere risikoen knyttet til den operative kapasiteten:

Det ene forholdet er at det i 2015 vil være tilgjengelig større operasjonsstuearealer enn i 2014. Dette er både et resultat av ferdigstillingen av to operasjonsstuer ved Rikshospitalet (en klar i september 2014 og en i februar 2015), fire nye stuer i Akuttbygningen ved Ullevål sykehus og flyttingen av ortopedisk kirurgi fra Aker og tilbake til oppgraderte arealer i legevakten i Storgaten. Etter flytting av ortopedisk kirurgi fra Aker vil dagkirurgi flyttes fra Ullevål sykehus til Aker og da vil de siste to stuen i bygg 31 på Ullevål sykehus stenges. Flere av operasjonsstuenes spesielt på Ullevål sykehus har betydelige oppussingsbehov.

-

Det andre forholdet er at det iverksettes tiltak for å sørge for tilstrekkelig bemanning. Det er krevende å rekruttere operasjonssykepleiere og

intensivsykepleiere. Oslo universitetssykehus HF har etablert 100 nye utdanningsstillinger innen spesialsykepleie fra 2015 hvorav 19 er innen operasjonssykepleie og 38 innen intensivsykepleie. I tillegg jobbes det for at arbeidstiden til ulike yrkesgrupper synkroniseres og antallet praksisplasser for studenter innen operasjonssykepleie vil økes til en per operasjonsstue.

Kapasitet radiologi og svartider patologi

Det er satt av midler til økning i antallet postoperative senger i 2015 ifm ombygging i arealer i tilknytning til Akuttbygningen på Ullevål. Det er gjennom 2013 og 2014 disponert midler til økning av intensivkapasiteten (bl.a åpnet 6 nye intensivsenger på RH i august 2014). Dette gir også effekt inn i 2015.

Intensiv- og postoperative senger

Det er satt av midler til økning i antallet postoperative senger i 2015 ifm ombygging i arealer i tilknytning til Akuttbygningen på Ullevål. Det er gjennom 2013 og 2014 disponert midler til økning av intensivkapasiteten (bl.a åpnet 6 nye intensivsenger på Rikshospitalet i august 2014). Dette gir også effekt inn i 2015.

Spesialsykepleiere og annet personell

Det prioriteres også for budsjettet 2015 betydelige midler til utdanningsstillinger innen spesialsykepleie. Dette sikrer rekruttering til utdanning og kandidater er fra 2015 på vei inn i operativ virksomhet.

Systembortfall kliniske IKT-systemer

Det er innført nytt PAS/EPJ og budsjettet med Fase 2 i 2015. Det er også budsjettet med tiltak i forhold til radiologisystem på Radiumhospitalet. I tillegg er det budsjettet med fiberkabling knyttet til omlegging av IKT-plattform.

Drift med nytt PAS/EPJ (Nytt risikoområde)

Nytt PAS/EPJ ble innført i oktober. Det er en risiko knyttet til riktig bruk av systemet. Det er etablert og budsjettet med et Fase 2 prosjekt for å sikre optimalisering av bruken av systemet samt innføring av ytterligere funksjonalitet.

Svikt i oppfølging av pasienter i overgang til primærhelsetjenesten.

Det er i Fase 2 av PAS/EPJ-prosjektet planlagt med forbedringer knyttet til elektronisk epikrise og PLO-meldinger for å sikre bedre samhandling med primærhelsetjenesten i 2015.

Bygg- og brannteknisk standard

Det mest kritiske innen brannteknisk standard blir håndtert. Spesielt el-teknisk standard er kritisk i flere bygg og det er planlagt med flere elektro-tiltak. I tillegg er det budsjettet med noen oppgraderinger av bygg for 2015, men innen alle kategorier er det planlagt med færre tiltak enn det som ble gjennomført i 2014. De forhold som er kategorisert som de mest alvorlige utbedres først. Det er innenfor budsjett 2015 også budsjettet med modulbygg på Ullevål. I tillegg vil enkelte bygg på Radiumhospitalet fraflyttes når OCCI-bygget tas i bruk i 2015. Behovet for bygningsmessig vedlikehold er stort og påvirkes i mindre grad av ett års budsjett. Det er nødvendig å sikre finansiering av oppgraderinger i ett flerårig perspektiv for å redusere dette risikomomentet og det tas hensyn til gjennom lånesøknad som omtales i egen styresak.

Sviktende IKT-støtte og manglende leveranser fra Sykehuspartner

Det budsjetteres med betydelig økte IKT-kostnader i driftsavtale med Sykehuspartner for 2015. Økt bemanning i Sykehuspartner forventes å gi bedre IKT-støtte fra 2015.

Kapasitet og standard MTU

Det planlegges gjennomført betydelige investeringer i medisinsk teknisk utstyr i 2015 og på linje med styrets vedtak om 350 millioner kroner i årlige MTU-investeringer for årene 2013-15. Samtidig er utstyrsporteføljen i Oslo universitetssykehus HF meget stor. Investeringsnivået er derfor ikke tilstrekkelig til å redusere gjennomsnittlig levetid for utstyret, men den gjennomsnittlige levetid vil om lag opprettholdes og ikke øke ytterligere. Det forventes ingen vesentlig endring i risikobildet for medisinsk teknisk utstyr som følge av 2015-budsjettet.

Arbeidsbelastninger

Det forventes en positiv påvirkning av det psykososiale/organisatoriske arbeidsmiljøet som følge av en bedret pasientbehandling med kortere ventetider, kortere forløpstider og dermed bedre arbeidsflyt. Det er usikkerhet med hensyn til når effekten av tiltakene kan forventes.

Økt aktivitet i 2015 må i hovedsak løses med bemanningsnivået fra 2014. Budsjettet stiller derfor krav til mer effektiv drift. Arbeidsbelastningen for den enkelte vil kunne øke dersom man ikke finner gode virkemidler for å bedre arbeidsflyten.

Vedlikeholdsetterslep bygningsmassen

Det planlagte investeringsnivået vil bidra til noe redusert etterslep i vedlikehold av bygningsmassen ved Oslo universitetssykehus HF. Omfanget av etterslep er imidlertid så omfattende at det totalt sett blir relativt lite påvirket av ett års investeringsbudsjett.

Økonomisk bærekraft

Den langsiktige økonomiske bærekraft for Oslo universitetssykehus HF er noe svekket som følge av at budsjettforutsetningene for 2015 er strammere enn forutsatt i økonomisk langtidsplan og må forutsettes å bli det i årene framover med den kunnskapen vi nå har. Dette medfører et større krav til effektivisering både for 2015 og for årene framover enn forutsatt i økonomisk langtidsplan dersom målene om positive økonomisk resultater skal nås. Dersom Oslo universitetssykehus HF lykkes i å levere et resultat i henhold til budsjett i 2015 må det antas at en større del av potensialet for effektivisering er tatt ut enn det som tidligere er blitt forutsatt i økonomisk langtidsplan.

Økonomisk resultat 2015 (nytt risikoområde)

Det er betydelig økonomisk risiko knyttet til å gjennomføre 2015-budsjettet når krav til effektivisering med endrede inntektsforutsetninger er på om lag 3 pst. Kravet til mer effektiv drift er betydelig høyere enn forutsetningene som lå til grunn for 2014-budsjettet og for 2015 i økonomisk langtidsplan.

Oslo universitetssykehus HF's arbeidsmiljøutvalg

Forslag til innhold i budsjett 2015 er lagt frem for arbeidsmiljøutvalget som har følgende vurdering av hvordan budsjett 2015 vil påvirke arbeidsmiljøet:

"Budsjett 2015 er stramt og med et betydelig krav til effektivisering på 3%. Det er differanse mellom ØLP og investeringsbudsjett 2015 og som vil svekke sykehusets evne til å lukke avvik/pålegg. AMU er derfor bekymret for at gjennomføringen både av drifts- og investeringsbudsjett 2015 vil kunne påvirke arbeidsbelastning og arbeidsmiljø.

AMU vil påpeke at gjennomføring av mange av de aktivitetsfremmende tiltakene er avhengig av god planlegging, gjennomføringsevne og ikke minst et godt samarbeid mellom personellgrupper i sykehusene.

Klinikkene må fremdeles arbeide med tiltak for å redusere risikoen for resultatavvik i 2015. AMU vil derfor også påpeke at arbeidsmiljømessige konsekvenser av nye tiltak må vurderes i hvert enkelt tilfelle. AMU ber om å bli holdt godt orientert om dette arbeidet."

4.8.Drøfting

Det ble gjennomført drøfting av budsjett med sentrale tillitsvalgte og verneombud den 9. desember. De forhold som ble tatt opp i møtet er forsøkt hensyntatt i styresaken og/eller vedlagt budsjettdokument.

Protokoll fra drøfting med tillitsvalgte følger som vedlegg 3.

Tabell 1 – Aktivitet

| Pasientbehandling | Budsjett 2015 |
|--|----------------------|
| Antall utskrevne pasienter - døgnbehandling | 105 244 |
| Antall liggedøgn - døgnbehandling | 479 298 |
| Antall dagbehandling | 70 728 |
| Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner | 756 463 |

| DRG-poeng | Budsjett 2015 |
|---|----------------------|
| DRG-poeng for pasienter fra Helse Sør-Øst | 213 397 |
| DRG-poeng for pasienter fra andre regioner mv | 16 331 |
| DRG-poeng totalt | 229 728 |

| Psykisk helsevern | Budsjett 2015 |
|--------------------------|----------------------|
|--------------------------|----------------------|

| Psykisk helsevern for voksne (VOP) | |
|--|--------|
| Psykisk helsevern for voksne (VOP) Sum DPS og sykehus | |
| Antall liggedøgn døgnbehandling | 73 322 |
| Antall utskrevne pasienter døgnbehandling | 1 701 |
| Antall oppholdsdager dagbehandling | - |
| Antall polikliniske konsultasjoner | 82 532 |

| Barne - og ungdomspsykiatri | |
|---|--------|
| Antall liggedøgn døgnbehandling | 5 163 |
| Antall utskrevne pasienter - døgnbehandling | 131 |
| Antall oppholdsdager dagbehandling | 2 994 |
| Antall polikliniske konsultasjoner | 50 720 |

| Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbrukere | |
|---|--------|
| Antall liggedøgn døgnbehandling | 27 448 |
| Antall utskrevne pasienter - døgnbehandling | 2 999 |
| Antall oppholdsdager dagbehandling | 300 |
| Antall polikliniske konsultasjoner | 14 052 |

Tabell 2 – Driftsbudsjett

| Resultatbudsjett | Budsjett 2015 |
|---|----------------------|
| Basisramme | 12 023 257 |
| Kvalitetsbasert finansiering | 66 088 |
| ISF-refusjon dag- og døgnbehandling | 3 598 713 |
| ISF-refusjon somatisk poliklinisk aktivitet | 784 338 |
| ISF-refusjon kommunal medfinansiering | 0 |
| ISF-refusjon kostnadskrev.legemidler utenfor sykehus | 40 882 |
| Utskrivningsklare pasienter | 1 580 |
| Gjestepasienter | 607 647 |
| Salg av konserninterne helsetjenester (gjestepasienter) | 1 945 659 |
| Polikliniske inntekter | 641 887 |
| Øremerket tilskudd "Raskere tilbake" | 42 075 |
| Andre øremerkede tilskudd | 1 085 641 |
| Andre driftsinntekter | 783 506 |
| Sum driftsinntekter | 21 621 273 |
| Kjøp av offentlige helsetjenester | 64 164 |
| Kjøp av private helsetjenester | 223 948 |
| Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen | 2 429 511 |
| Innleid arbeidskraft | 141 296 |
| Kjøp av konserninterne helsetjenester (gjestepasienter) | 69 135 |
| Lønn til fast ansatte | 9 913 633 |
| Overtid og ekstrahjelp | 957 482 |
| Pensjon inkl arbeidsgiveravgift | 2 755 318 |
| Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft | -548 932 |
| Annen lønn | 1 704 206 |
| Avskrivninger | 862 000 |
| Andre driftskostnader | 2 861 953 |
| Sum driftskostnader | 21 433 714 |
| Driftsresultat | 187 559 |
| Finansinntekter | 86 441 |
| Finanskostnader | 99 000 |
| Finansresultat | -12 559 |
| Ordinært resultat | 175 000 |

Tabell 3 – Investeringsbudsjett

| Investeringsbudsjett (ekskl. byggelånsrenter) millioner kroner | | Budsjett 2015 |
|--|------------------------|---------------|
| Investeringer innenfor ordinær likviditetstildeling | MTU | 57 |
| | Bygg | 138 |
| | Annet | 25 |
| | Egenkapital pensjon | 24 |
| | IKT | 25 |
| | SUM | 269 |
| Investeringsbehov ut over ordinær likviditetstildeling (ekskl. omstilling) | MTU | 50 |
| | Bygg (tilsyn og infr.) | 150 |
| | Annet | |
| | IKT | |
| | SUM | 200 |
| Omstilling Fase 1 (1 575 mill kroner) | MTU | 50 |
| | Bygg | 175 |
| | Annet | |
| | IKT | |
| | SUM | 225 |
| Nye leieavtaler utstyr og bygg | MTU | 200 |
| | Bygg | 112 |
| | Annet (ambulansse) | 10 |
| | SUM | 322 |
| TOTAL | MTU | 357 |
| | Bygg | 575 |
| | Annet | 35 |
| | Egenkapital pensjon | 24 |
| | IKT | 25 |
| | SUM | 1 016 |

| | | Budsjett 2015 |
|---|--|---------------|
| Regionale IKT investeringer ¹⁾ | Prosjekter innenfor området klinisk, forskningsstøtte og samhandling | 131 |
| | Prosjekter innenfor området infrastruktur | 265 |
| | SUM | 396 |

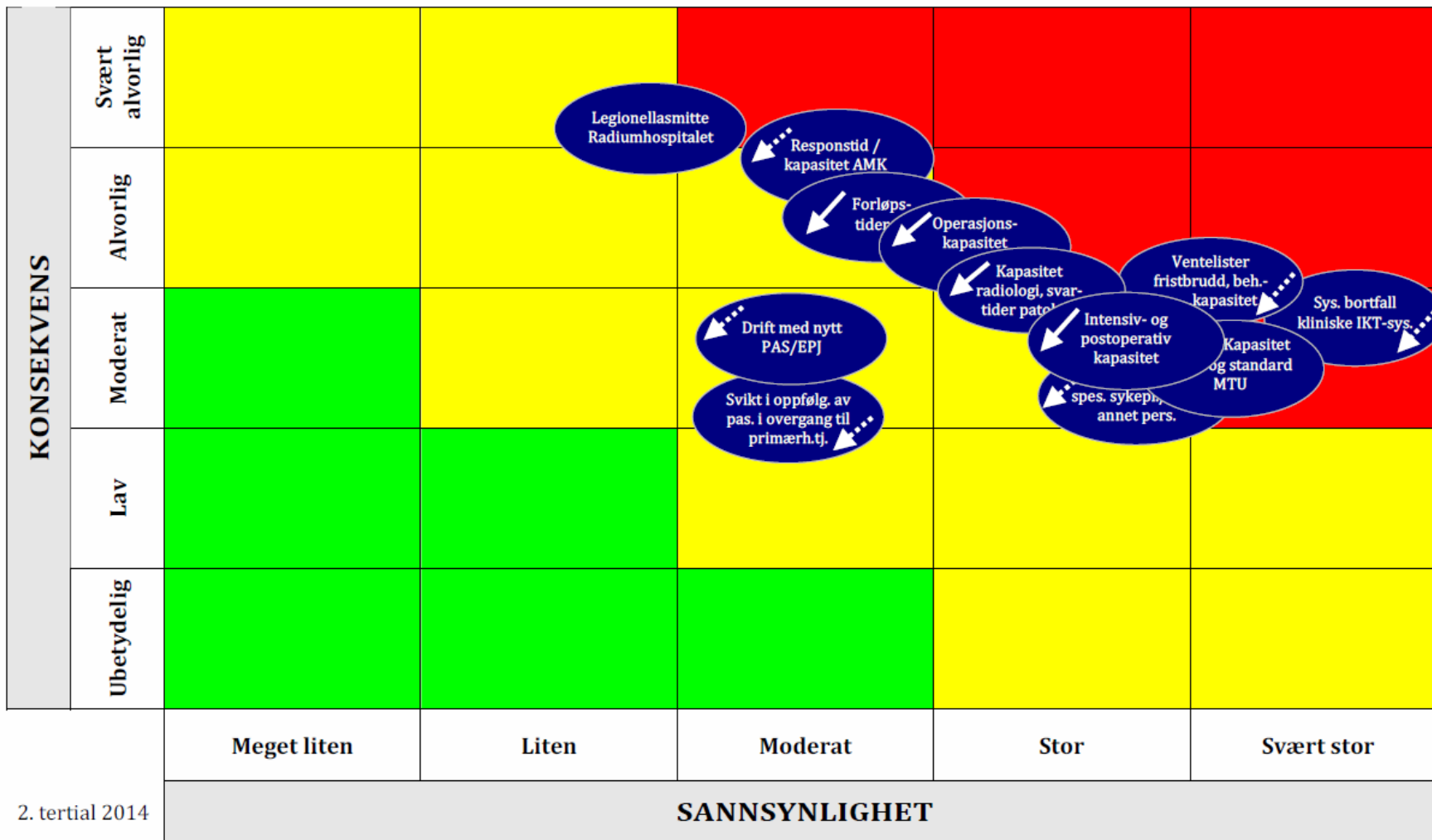
1) Det understrekes at rammen for IKT-investeringer ikke er endelig besluttet i Helse Sør-Øst RHF. Investeringene i IKT blir formelt besluttet i Helse Sør-Øst RHF og legges derfor ikke fram til formell beslutning i styret i Oslo universitetssykehus HF.

Budsjett 2015 – tiltakenes påvirkning på risikobildet for sykehuset

Pasientbehandlingen

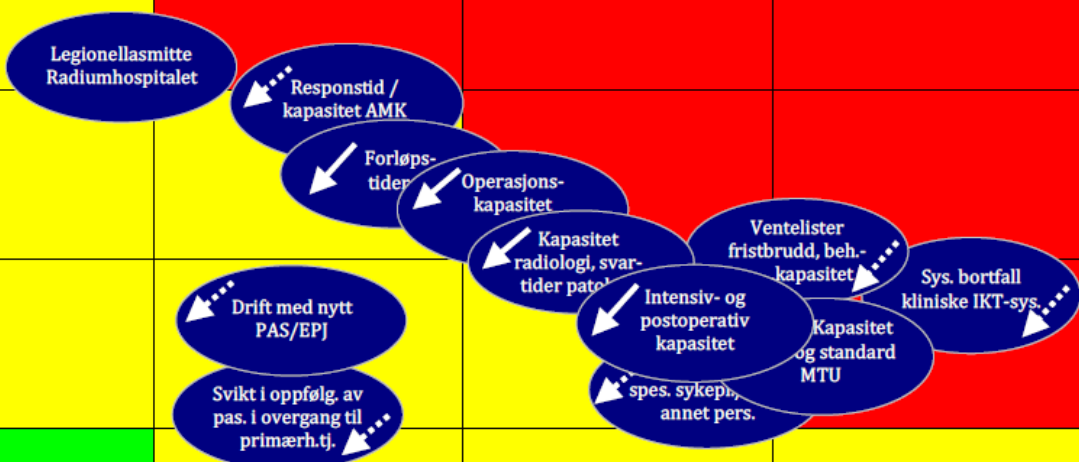


Gjelder all medisinsk og helsefaglig virksomhet: Diagnostikk, behandling, pleie og pasientopplæring samt MTU, samhandling, pasientadm. og annet pasientrelatert arbeid.



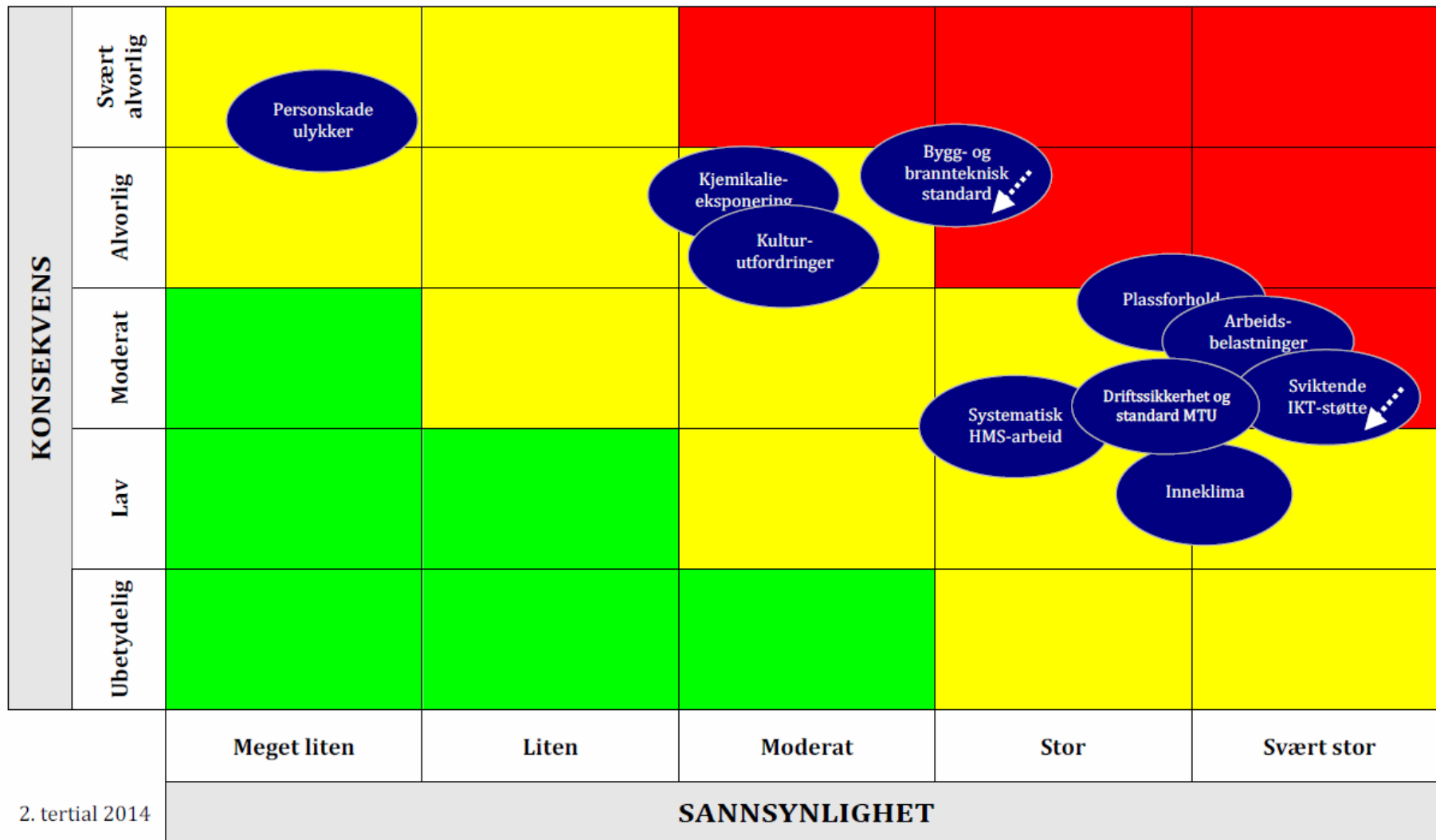
= Forventet reduksjon av risiko
 = Usikker reduksjon av risiko

Risikokartet viser identifisert risiko før nye tiltak – 2. tertial 2014.



Arbeidsmiljøet

Inkluderer også HMS-, HR- og personalarbeid



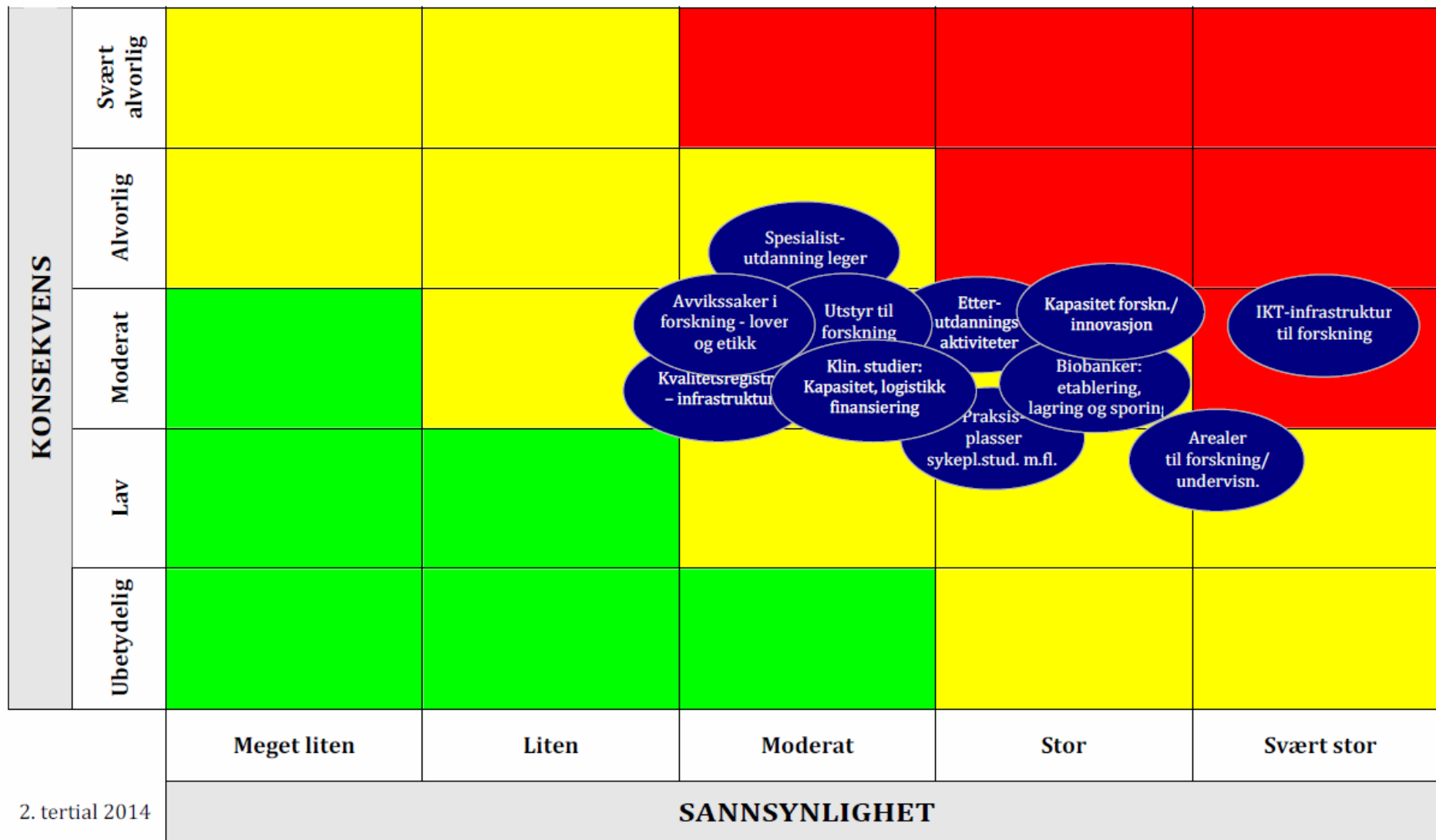
↙ = Forventet reduksjon av risiko

↘ = Usikker reduksjon av risiko

Risikokartet viser identifisert risiko før nye tiltak - 2. tertial 2014.

Forskning, innovasjon og utdanning

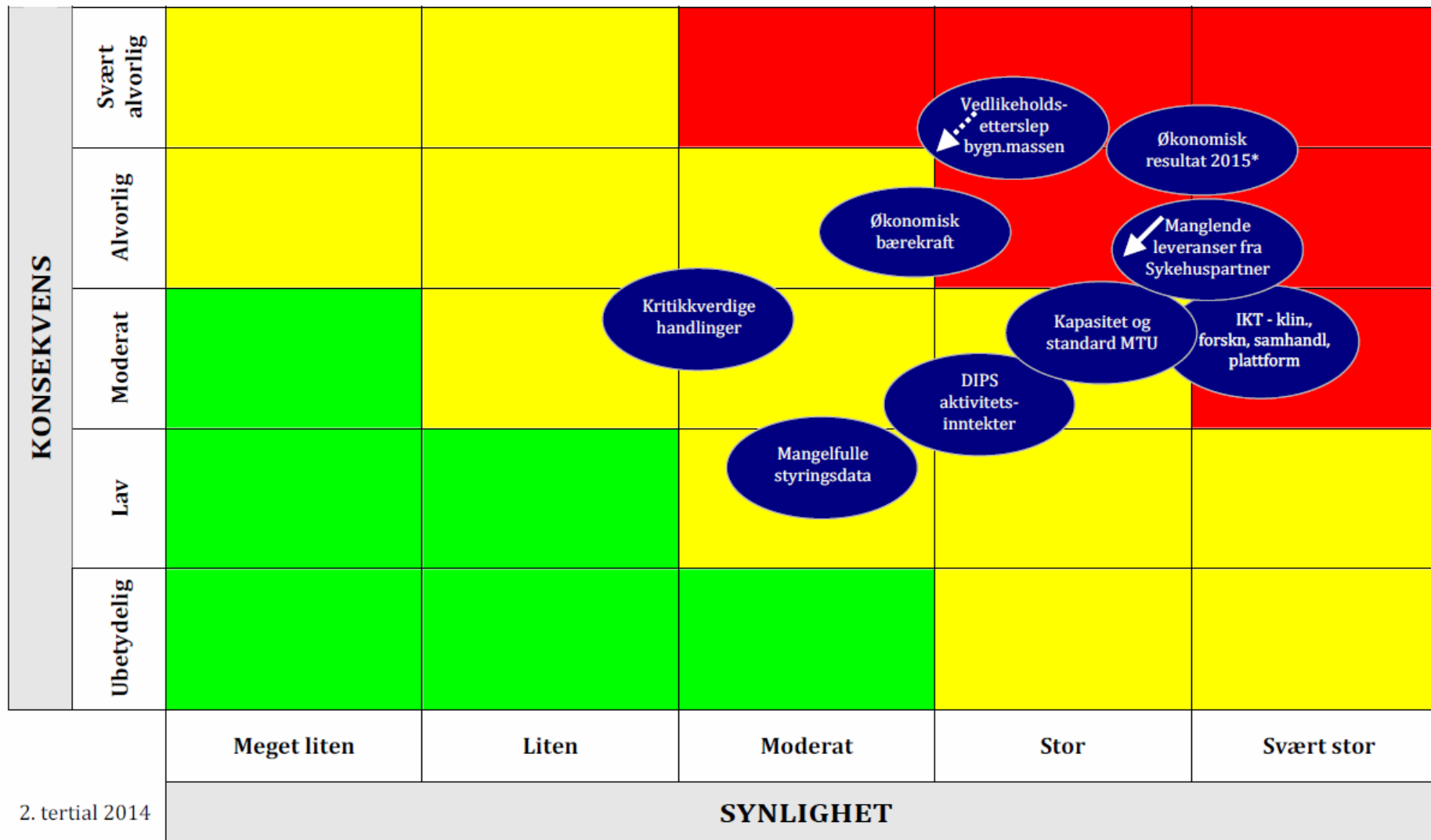
Inkluderer også fagutvikling, kompetanseutvikling og undervisning.





Risikokartet viser identifisert risiko før nye tiltak – 2. tertial 2014.

Økonomi og infrastruktur

Inkluderer også generell administrasjon, innkjøp, IKT, bygninger, lokaler, transport, kjøkken, tekniske og andre interne tjenester



 = Forventet reduksjon av risiko
  = Usikker reduksjon av risiko
 *Risikoområde identifisert i budsjettprosessen
 Risikokartet viser identifisert risiko før nye tiltak - 2. tertial 2014.

VEDLEGG 1

Budsjettdokument: Budsjett 2015 for Oslo universitetssykehus HF – forutsetninger og detaljer

1. Innledning / hovedtrekk

Hovedstrategien i økonomisk langtidsplan 2015-2018 var rettet inn mot å sette helseforetaket i stand til å kunne finansiere de investeringene i MTU, bygg mv som det er behov for på både kort og lang sikt og dermed sikre en bærekraftig økonomisk utvikling i årene fremover for Oslo universitetssykehus HF. For å realisere dette var det i økonomisk langtidsplan 2015-2018 lagt til grunn et positivt resultatkrav i 2015 med 150 mill kroner, 300 mill kroner i 2016, 450 mill kroner i 2017 og 600 mill kroner i 2018.

Styret i Helse Sør-Øst RHF har besluttet følgende mål for sykehusene i 2015:

- Ventetiden er redusert og pasienten opplever ikke fristbrudd
- Sykehusinfeksjoner er redusert til under 3 prosent
- Pasienten får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning
- Alle medarbeidere skal involveres i oppfølging av medarbeiderundersøkelsen med etablering av forbedringstiltak for egen enhet
- Det er skapt økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer

I samsvar med økonomisk langtidsplan er det budsjettert med et overskudd for 2015. Helse Sør-Øst RHF har økt resultatkravet fra 150 mill kroner til 175 mill kroner etter forutgående dialog med Oslo universitetssykehus HF.

I tabellvedlegg til slutt i dette budsjettdokumentet er følgende tabeller:

1. Inntektsramme fra Helse Sør-Øst RHF 2015
2. Økonomiske forutsetninger 2015
 - 3.1 Aktivitetsmål for somatikk 2015
 - 3.2 Aktivitetsmål for aktivitet innen psykisk helsevern og TSB 2015
 - 4.1 Resultatbudsjett 2015 – Hovedtall
 - 4.2 Resultatbudsjett 2015 – ØBAK-linjer
5. Rammetildeling til klinikkene 2015
6. Bemanningsbudsjett for 2015
7. Investeringsbudsjett for 2015

I mange av tabellene sammenliknes budsjett-tall for 2015 med tall for budsjett 2014, estimat 2014 og tall for 2015 fra økonomisk langtidsplan 2015-2018. Det gjøres oppmerksom på at alle økonomi-tallene fra økonomisk langtidsplan 2015-2018 var i 2014-priser.

2. Rammeforutsetninger for budsjett 2015 for Oslo universitetssykehus HF

2.1. Totale driftsinntekter

2.1.1. Rammetildeling fra Helse Sør-Øst RHF

Styret i Helse Sør-Øst RHF behandlet i sak nr 075-2014 - Budsjett 2015, fordeling av midler til drift og investering. Styret sluttet seg til premisser, mål og prioriteringer for budsjett 2015 slik det var lagt frem i administrerende direktørs saksfremstilling. Helseforetakenes og sykehusenes inntektsrammer for 2015, herunder forskningsmidler, vilkår for bevilgningen, øvrige krav og rammebetingelser i 2015 vil bli fastsatt i Oppdrag og bestilling 2015 som forventes vedtatt på foretaksmøte tidlig i februar 2015.

Inntektssiden i budsjett 2015 for Oslo universitetssykehus HF er basert på oppdatert inntektsramme mottatt fra Helse Sør-Øst RHF (siste versjon mottatt 05.12.2014). Eventuelle endringer i foretakets inntekter som kommer i forbindelse med beslutning av Oppdrag og bestilling 2015 i foretaksmøtet vil måtte innarbeides når dette er kjent.

Alle elementer i tildelingen fra Helse Sør-Øst RHF fremkommer i vedlagte tabell 1. Nedenfor gis en oversikt over de viktigste reelle endringene fra 2014 til 2015:

| Inntektstype (kommentarer i teksten under) | Beløp i millioner kroner |
|---|--------------------------|
| Pris- og lønnsvekst | + 342,9 |
| Justering inntektsmodell 2014 | - 31,8 |
| Regional inntektsmodell – omfordeling 2015, inkl ny Sunnaas-løsning | + 86,2 |
| Uttrekk nasjonal inntektsmodell | - 4,3 |
| Effektiviseringskrav (0,6 pst) | - 68,4 |
| Økt basis sfa effektiviseringsreformen | + 75,2 |
| Finansiering av økte pensjonskostnader | + 477,8 |
| Netto uttrekk kvalitetsbasert finansiering | - 7,8 |
| Basisramme PET-scan (videreføring fra 2014) | + 18,6 |
| Midler til økt aktivitet | + 94,9 |
| Psykisk helsevern- vridning fra døgn til dag | - 3,9 |
| Virksomhetsoverdragelse av Medisinsk bibliotek til KUD | - 16,2 |
| Kreftlegemidler, overført til ISF | - 8,8 |
| Regional kompetansesenter innkjøp MTU | + 4,0 |

Lønns- og prisvekst

Det er budsjettert med en gjennomsnittlig lønns- og prisvekst i 2015 på 3,1 pst, fordelt på prisvekst med 2,7 pst og lønnsvekst med 3,3 pst. Dette er innarbeidet i basisrammen for 2015. For ISF-inntekter er det en underregulering av justering for lønns- og prisvekst på 1,1 pst fra endelig DRG-pris 2014. Refusjonstakstene for laboratorieanalyser justeres ikke i 2015. Øvrige inntekter er i hovedsak prisjustert med 3,1 pst. Poliklinisk virksomhet for øvrig justeres med 2,6 pst.

Fremskrivning av inntektsforutsetninger inntektsmodell mv

Det er gjennomført oppdateringer og korreksjoner i inntektsmodellene fra 2014 til 2015 i Helse Sør-Øst RHF som har gitt en netto positiv effekt for inntektene til Oslo universitetssykehus HF i 2015 på om lag 54 millioner kroner.

Uttrekk som følge av nasjonal inntektsmodell:

Systemet for fordeling av basisbevilgningen mellom de fire regionale helseforetakene er bygd opp i henhold til den såkalt Magnussen-modellen. Midlene fordeles på grunnlag av befolkningsutvikling, kostnadsandeler og utviklingen i sosiale kriterier i helseregionene. Lavere Magnussen-andel fra 2014 til 2015 innebærer at Helse Sør-Øst RHF får redusert sin bevilgning med 27,2 millioner kroner, hvorav 4,3 millioner kroner er trukket fra rammen til Oslo universitetssykehus HF.

Gjestepasientoppgjør innenfor regionen

Budsjettering av kjøp og salg mellom helseforetakene er regulert av Helse Sør-Øst RHF via budsjettskriv nr 5-2015. Gjestepasientoppgjør internt i regionen videreføres i hovedsak som i 2014. Det er følgende unntak:

- Det skal ikke være fakturering mellom helseforetakene for ambulansetransport av gjestepasienter da dette nå er hensyntatt i inntektsmodellen.
- Tidligere gjestepasientordning ved Sunnaas sykehus HF opphører og erstattes av en ny fordelingsmodell. Den nye modellen baserer seg på sykehusområdenes faktiske bruk av Sunnaas sykehus HF i perioden 2011-2013. I henhold til ny modell skal helseforetak, med unntak av Sunnaas sykehus HF, Sykehuspartner og Sykehusapotekene HF, betale 30 pst av enhetspris DRG til Helse Sør Øst RHF. Kostnadene for Oslo universitetssykehus HF er lagt inn i budsjettet med 7,1 millioner kroner for 2015.
- Legemiddelet Ipilimumab inngår ikke i ISF-ordningen for 2015. For dette medikamentet skal det derfor gjennomføres fakturering mellom foretak på lik linje med praktiseringen for dyre biologiske legemidler som blir gitt på sykehus. For alle heleforetakene/sykehusene (unntatt Sørlandet HF som allerede dekker disse kostnadene for pasienter fra eget område) er det derfor budsjettert med en inntekt knyttet til estimert forbruk av dette legemiddelet i 2015.
- Endring i fakturering av bruk av sykehotell som følge av at Oslo universitetssykehus HF fra 1. januar 2015 er pålagt å ta betaling fra pasienten for opphold av ett døgn varighet i forbindelse med reise mellom hjemstedet og sykehuset. Dette er en konsekvens av at det i 2008 ble innført en endring i "Forskrift om rett til dekning av utgifter ved pasienters reise" (syketransportforskriften) som medførte at pasienter skulle betale for opphold i forbindelse med reise mellom hjemsted og sykehus. Oslo universitetssykehus HF har frem til nå fakturert pasientreisekontoret i bostedskommunen, selv om praksis ved sykehus i andre regioner i Norge ble endret ut fra endringen i syketransportforskriften. Ved en nasjonal samordning av tjenester for pasienter, ble det i 2013 bestemt at alle sykehus skal følge samme praksis. Endringen implementeres fra 1. januar 2015 og innebærer at pasientene må betale for opphold av ett døgn varighet, og at de i etterkant får delere av dette refundert.
- Helse Sør-Øst RHF har presisert at kostnader knyttet til vedlikehold av cochlea-implantater inngår som en del av det interne gjestepasientoppgjøret i foretaksgruppen. Dette vil si at Oslo universitetssykehus HF kan viderefakturere

denne kostnaden til øvrige helseforetak.

Nærmere om Ipilimumab

I statsbudsjettet for 2014 ble det Nasjonalt satt av 110 millioner kroner til forskningsstudie av Ipilimumab, et nytt legemiddel for behandling av føflekkreft med spredning. Studien ble vedtatt startet opp gjennom Stortingets behandling av Prop. 149 S (2012–2013). Oslo universitetssykehus HF startet allerede våren 2013 bruk av det nye legemiddelet og påløpte kostnader i 2013 og 2014 i forbindelse med studien har blitt kompensert. For 2015 forutsettes det i statsbudsjettet at eventuell bruk av legemiddelet i pasientbehandling dekkes innenfor den foreslåtte veksten. Legemiddelet Ipilimumab inngår ikke i ISF-ordningen for 2015. For dette medikamentet må det derfor iverksettes fakturering mellom foretak som beskrevet over.

Pasientadministrerte kreftlegemidler

Finansieringsansvaret for pasientadministrerte kreftlegemidler ble fra 2014 overført fra folketrygden, og foretakenes/sykehusenes basisrammer ble økt som en følge av dette. For Oslo universitetssykehus HF var økningen 23 millioner kroner. Dette er i sin helhet budsjettet i Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken. Fra 2015 er det besluttet at også pasientadministrert legemiddelbehandling av kreft skal inkluderes i ISF-ordningen, noe som innebærer en økning i antall DRG-poeng. Dette er innarbeidet i budsjettet til Oslo universitetssykehus HF med 583 DRG-poeng. Med forbehold om endelig ISF-regelverk mv for 2015 (foreligger januar 2015) kan det påregnes samme oppfølging av H-resepter for kreftlegemidlene som det de senere år har vært knyttet til H-resepter for dyre biologiske legemidler.

Avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen

Som en del av regjeringens avbyråkratiserings- og effektiviseringsreform er de regionale helseforetakene trukket med 0,6 pst av basisbevilgningen. For Oslo universitetssykehus HF utgjør dette et trekk i basisrammen på 68 millioner kroner. For å gi rom til blant annet investeringer og anskaffelser er det lagt tilbake 75 millioner kroner i basisrammen til helseforetaket. Reformen innebærer imidlertid at også andre poster på statsbudsjetter får en reduksjon på 0,6 pst, jfr omtale ovenfor, herunder ISF, poliklinikk og de ulike tilskuddspostene.

ISF-inntekter og tilhørende gjestepasientinntekter mv er i tillegg underregulert med 0,6 prosent. Avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen og underregulering bidrar til om lag 120 millioner kroner i lavere aktivitetsbaserte inntekter.

Midler til økt aktivitet

Det er i statsbudsjettet foreslått å tildele Helse Sør-Øst RHF 711 millioner kroner til å finansiere økt aktivitet. I tråd med planleggingsforutsetningene i økonomisk langtidsplan for 2015 fordeles midlene i regionen som følger:

- 65 millioner kroner fordeles via inntektsmodellen for forskning
- 435 millioner kroner fordeles i inntektsmodellen, herunder med en forutsetning om økte avregninger på om lag 70 millioner kroner til kjøp fra private leverandører

Oslo universitetssykehus HF er tildelt 94,9 millioner kroner av midler tildelt til økt aktivitet i 2015.

Kvalitetsbasert finansiering

Kvalitetsbasert finansiering ble etablert som en nasjonal forsøksordning i 2014. Ordningen innebærer at en del av budsjettet gjøres avhengig av måloppnåelse på kvalitetsindikatorer. Samlet for Helse Sør-Øst RHF er det et netto tap på 21 millioner kroner. I budsjettet for 2015 er andelen av dette som må dekkes av Oslo universitetssykehus HF 7,8 millioner kroner.

Helse Sør-Øst RHF arbeider med å etablere en regional incentivordning knyttet til tilgjengelighetsparametre som fristbrudd og ventetider, med sikte på implementering av tilgjengelighetsbasert finansiering fra 1. januar 2016.

Psykisk helsevern: Vridning fra døgn til dag

Som et insitament for å øke den polikliniske aktiviteten innen psykisk helsevern er det for Helse Sør-Øst RHF trukket ut 27 millioner kroner fra basisrammen. Internt i regionen er dette uttrekket fordelt i henhold til behovsandelen i inntektsmodellen for psykisk helsevern og basisrammen for Oslo universitetssykehus HF er redusert med 3,9 millioner kroner.

Økt gebyr for manglende oppmøte til poliklinikk

Gebyret for manglende oppmøte er foreslått doblet i 2015, fra 320 til 640 kroner. For Oslo universitetssykehus HF er dette beregnet å gi en inntektsøkning på 2,5 millioner kroner. Basistilskuddet fra eier er redusert tilsvarende. Det er presisert at ordningen i utgangspunktet gjelder alle tjenesteområder, men i henhold til Prop 1S skal rusavhengige og mennesker med psykiske lidelser skjermes for gebyret i de tilfeller dette vurderes nødvendig.

Øremerkede tilskudd via statsbudsjettet

Oslo universitetssykehus HF mottar følgende statlige tilskudd som utbetales via Helse Sør-Øst RHF, men som ikke inngår i basistilskuddet:

| Tilskudd | Beløp i millioner kroner |
|--|---------------------------------|
| Narkolepsi hos barn (Nasjonalt forskningsprosjekt) | 3,200 |
| Særreaksjonsordning for dømte til behandling | 1,600 |
| Tilskudd til turnustjeneste | 1,598 |
| Kreftregisteret | 105,400 |
| Behandlingsreiser til utlandet | 119,677 |
| Arbeidsmedisinske avdelinger | 4,974 |
| Forsøksordning tannhelsetjenester (foreløpig) | 1,900 |
| Skadelig bruk av doping | 4,200 |
| Biobank CFS/ME | 1,000 |

Tilskuddene nevnt over er budsjettert som øremerkede midler og behandles regnskapsmessig ut fra dette.

Tilskudd til prostatasentre er videreført, men lagt inn i basisrammen, med 4,232 millioner kroner.

2.1.2. Innsatsstyrt finansiering i somatikken (ISF)

Enhetsprisen for innsatsstyrt finansiering for 2015 er satt til kr 41 462. Ved fastsettelse av enhetsprisen er det lagt til grunn at enhetsprisen for 2014 er fastsatt 122 kroner for høyt. Enhetsprisen er videre prisomregnet med 3,1 pst. En enhetspris på 41 462 kroner tilsvarer en underregulering av enhetsprisen med 0,5 pst i 2015. Det er videre innarbeidet konsekvensene av redusert bevilgning knyttet til avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen. Dette innebærer at enhetsprisen er redusert med ytterligere 0,6 pst.

Dette innebærer at enhetsprisen samlet kun er økt med 1,7 pst fra budsjett 2014 til budsjett 2015.

Den statlige refusjonssatsen videreføres med 50 pst av enhetsprisen.

Hvert år justeres DRG-vektene, og det gjøres andre endringer i ISF-regelverket mv. Gjeldende regelverk, priser og DRG-vekter mv fremkommer av regelverk for ISF som oppdateres hvert år. For 2015 er det lagt ut et foreløpig regelverk for innsatsstyrt finansiering. Basert på oppdaterte DRG-vekter og andre regelverksendringer har Helsedirektoratet beregnet at Oslo universitetssykehus HF øker antall DRG-poeng med 0,43 pst, gitt samme reelle aktivitet som i 2014. Dette er lagt til grunn i budsjettet. Erfaringsmessig kan det imidlertid komme endringer i det foreløpige regelverket, og det knytter seg på denne bakgrunn noe usikkerhet til den økonomiske effekten av ISF-regelverket for 2015. Effekt av justert ISF-regelverk er foreløpig budsjettert sentral, men vil bli fordelt til klinikkene når endelig regelverk foreligger.

I 2015 avvikles systemet med styringsmål fra eier for antall DRG-poeng. Det er lagt til grunn at meraktivitet finansieres med 50 pst ISF-refusjon og de til enhver tid gjeldende satser for gjestepasientoppgjør for pasienter fra andre opptaksområder og andre regioner.

Ordningen med at deler av ISF-inntektene budsjetteres og utbetales som kommunal medfinansiering (KMF) avvikles fra 1. januar 2015. Dette har ikke betydning for samlet inntektsnivå for Oslo universitetssykehus HF.

2.1.3. Øremerkede inntekter

Forskningsprosjekter finansiert av Helse Sør-Øst RHF, Forskningsrådet og EU, Kreftregisteret, behandlingsreiser til utlandet, nasjonale kompetansesentre mv er aktiviteter som er finansiert av øremerkede inntekter.

Øremerkede inntekter er inntekter som kun kan anvendes til gitte formål bestemt av tilskuddsgiver. Det forutsettes at aktiviteten styres innenfor tildelte inntekter. Eventuelle innbetalinger utover registrerte kostnader vil bli ført mot balansen som en tilsvarende forpliktelse slik at virksomhet basert på øremerkede inntekter isolert sett ikke skal påvirke det økonomiske utfordringsbildet. Oslo universitetssykehus HF fakturerer dekningsbidrag på en stor del av virksomheten som finansieres av øremerkede inntekter.

For Raskere tilbake er det budsjettert med 33 millioner kroner. Dette er en videreføring av nivået fra 2014.

Av budsjetterte driftsinntekter på 21 621 millioner kroner er 1 242 millioner kroner,

tilsvarende 5,75 pst, definert som øremerkede. Erfaringsmessig kan inntekter og kostnader definert som øremerkede bli noe høyere enn budsjettet.

2.2. Lønnskostnader og pensjon

Det er budsjettet med en lønnsvekst i henhold til forutsetningene i statsbudsjettet for 2015, dvs 3,3 pst.

| Resultatbudsjett | Budsjett 2014 | Estimat 2014 Rapportert pr. oktober 2014 | Budsjett 2015 |
|------------------------|---------------|--|---------------|
| Innleid arbeidskraft | 107 907 | 204 747 | 141 296 |
| Lønn til fast ansatte | 9 477 711 | 9 477 711 | 9 913 633 |
| Overtid og ekstrahjelp | 926 431 | 1 086 431 | 957 482 |

Totalt budsjett for lønn og innleie i 2015 er 14 923 millioner kroner. Dette er en økning på 1 038 millioner kroner fra budsjett 2014 og 876 millioner kroner fra estimat 2014. I økningen inngår pensjonskostnader med 507 millioner kroner. Tabellen ovenfor viser endringene fra estimat 2014 til budsjett 2015 fordelt på innleie, lønn til fast ansatte og overtid/ekstrahjelp. Av totalt budsjett til lønn og innleie er 141 millioner kroner innleie. Innleie utgjør 0,9 pst av samlet lønnsbudsjett.

For 2015 budsjetterer foretaket med en samlet pensjonskostnad for Oslo universitetssykehus HF på 2 755 millioner kroner. Dette er en økning fra budsjett 2014 på om lag 500 millioner kroner. Økningen forklares i hovedsak med økt tariff for dødelighet. Nye regler for uføre er delvis innarbeidet og reduserer pensjonskostnadene isolert sett. Effekten er imidlertid mindre enn effekten av økt tariff for dødelighet. Det er også vedtatt nye regler for levealderjustering, og det forventes at de regnskapsmessige avklaringene knyttet til dette foreligger innen utgangen av 2015. Effekten av dette er imidlertid ikke innarbeidet i budsjettet pensjonskostnad for 2015.

Budsjettet pensjonskostnad for 2015 er basert på beregninger fra pensjonskassene fra juni 2014 og det forventes at endelig pensjonskostnad, som skal regnskapsføres for 2015, vil bli annerledes som følge av nye regler for levealderjustering og nye økonomiske forutsetninger. Det legges til grunn at vesentlige endringer som følge av de tre første punktene blir korrigert tilsvarende av Helse Sør-Øst RHF mot resultatmål eller finansiering.

Til og med 2013 ble klinikkene internt belastet med 12 pst pensjon som arbeidsgivers andel, i tillegg til arbeidstakers andel på 2 pst (ikke Oslo Pensjonsforsikring AS som har et nettolønnsprinsipp). For å synliggjøre den totale pensjonskostnaden på de enkelte kostnadsstedene ble arbeidsgivers andel økt til 18,2 pst, samtidig som tilsvarende budsjettmidler ble overført fra Fellesposter til klinikkene. Ved budsjettering for 2015 er satsen økt til 18,7 pst. Satsen vil ikke bli ytterligere økt i 2015 til tross for stor økning i pensjonskostnadene som beskrevet ovenfor. Den økte kostnaden på om lag 500 millioner kroner er derfor budsjettet på Fellesposter.

2.3. Varekostnader og andre driftskostnader

Det er budsjettert med 2 430 millioner kroner til varekostnader i 2015. Dette er en økning på om lag 118 millioner kroner (5,1 pst) fra estimat 2014. Tabellen under viser hvilke kostnader som inngår i budsjetterte varekostnader (kun arter med budsjettert beløp på over 10 millioner kroner er tatt med i tabellen):

| Art | Art_navn | Beløp i millioner kroner |
|------|---------------------------------------|--------------------------|
| 4000 | Medikamenter | 550,5 |
| 4001 | Cytostatika | 99,7 |
| 4003 | Dyre biologiske legemidler H-reseptor | 100,4 |
| 4010 | Kjøp av blodprodukter | 56,0 |
| 4020 | Implanter | 288,6 |
| 4030 | Instrumenter | 72,3 |
| 4040 | Tester og reagenser | 261,7 |
| 4041 | Laboratorerekvisita | 142,7 |
| 4050 | Røntgenprodukter | 150,7 |
| 4060 | Infusjons- og skyllevæsker | 32,4 |
| 4070 | Andre medisinske forbruksvarer | 501,0 |
| 4100 | Innkjøp mat og handelsvarer med 14% | 71,4 |
| 4120 | Frakt, toll og spedisjon | 15,2 |
| 4180 | Hygiene- og rengjøringsartikler | 17,3 |
| 4189 | Diverse andre forbruksvarer | 25,7 |

Det er budsjettert med 2 862 millioner kroner til andre driftskostnader i 2015. Dette er en økning på om lag 88 millioner kroner (vel 3 pst) fra estimat 2014. Tabellen under viser hvilke kostnader som inngår i budsjettet for andre driftskostnader (alle arter hvor budsjett 2015 er over 20 millioner kroner):

| Art | Art_navn | Beløp i millioner kroner |
|------|--|--------------------------|
| 6102 | Pasientreiser - drosje (interkommunale turer) | 160,7 |
| 6106 | Pasientreiser fly | 27,0 |
| 6300 | Leie lokaler | 192,9 |
| 6320 | Avgifter vann, avløp | 29,4 |
| 6340 | Elektrisk energi inkl nettleie | 167,9 |
| 6352 | Ikke-fossilt brensel (fjernvarme/bioenergi) | 40,0 |
| 6390 | Annen kostnad lokaler | 20,5 |
| 6400 | Leie av medisinsk teknisk utstyr | 26,3 |
| 6410 | Leie IKT-utstyr | 43,9 |
| 6500 | Anskaffelse av med.tekn. Utstyr | 24,5 |
| 6510 | Anskaffelse av IKT utstyr | 20,2 |
| 6602 | Løpende drift bygginstallasjoner | 66,2 |
| 6620 | Løpende drift medisinteknisk utstyr | 39,2 |
| 6621 | Planlagt vedlikehold medisinteknisk utstyr | 63,2 |
| 6630 | Vedlikehold maskiner, annet utstyr og inventar | 20,9 |
| 6642 | Planlagt vedlikehold IKT utstyr/infrastruktur | 172,4 |
| 6722 | Konsulenter, bygg og eiendom | 20,2 |
| 6729 | Andre konsulenttjenester | 168,5 |
| 6750 | Konsulenttjenester IKT | 35,0 |
| 6751 | Driftstjenester IKT | 638,4 |
| 6791 | Ekstern tjeneste - lønn | 82,2 |
| 6794 | Ekstern tjeneste - vaskeri | 24,9 |
| 6797 | Professorater | 37,4 |
| 6799 | Annen ekstern tjeneste | 88,9 |
| 6800 | Kontor- og datarekvisita | 33,8 |
| 6910 | Porto | 22,2 |
| 7140 | Reisekostnader, ikke oppg. pl. | 34,9 |
| 7400 | Kontingent | 23,4 |
| 7790 | Annen kostnad, ikke pasientrelatert | 41,9 |
| 7820 | Tap på fordringer | 24,0 |

I kostnader for ekstern tjeneste inngår både kostnader til ekstern revisor, innleie av merkantilt personell, kostnader til konsulenter, kjøp av tjenester (IKT og HR) fra Sykehuspartner mv. Kostnader knyttet til Sykehuspartner inngår både i Konsulenttjenester IKT og i Andre konsulenttjenester. Hoveddelen av tap på fordringer er knyttet til risioko for tap ved behandling av utenlandske pasienter.

2.4. Avskrivninger

Det er budsjettert med 862 millioner kroner til avskrivninger på bygninger og utstyr i 2015. Dette er en økning på 20 millioner kroner fra budsjett 2014. Budsjetterte avskrivninger tar hensyn til avskrivninger på anlegg som er i drift, anlegg under utførelse og planlagte investeringer. Økte avskrivninger forklares i hovedsak med investeringer i bygninger og medisinsk-teknisk utstyr.

Budsjetterte avskrivninger for 2015 er 34 millioner kroner lavere enn det som ble lagt til grunn i økonomisk langtidsplan 2015-2018. Dette skyldes betydelig lavere investeringsnivå i

2015 enn lagt til grunn den gang og at investeringer budsjettet i 2014 nå ser ut til å bli anskaffet senere enn antatt.

Det gjøres oppmerksom på at IKT-investeringer gjennomføres i regi av Sykehuspartner for helseforetakene i Helse Sør-Øst. Avskrivninger innen IKT kommer derfor ikke til uttrykk i Oslo universitetssykehus HF sitt regnskap som avskrivninger, men inngår i driftskostnader via tjenestepriis fra Sykehuspartner.

Foretaket har gjennomført noen investeringer (blant annet Forskningsbygget på Radiumhospitalet og noen mindre investeringer finansiert av regjeringens tiltakspakke i 2008/2009) som er helt eller delvis finansiert av investeringstilskudd. Regnskapsmessig ble investeringstilskuddene bokført som utsatt inntekt, og dette inntektsføres i takt med at investeringene avskrives. Det er budsjettet med inntektsføring av investeringstilskudd (utsatt inntekt) på 58 millioner kroner.

2.5. Salg og behov for nedskrivning av eiendom

Det er ikke budsjettet med verken gevinst fra salg av eiendom eller kostnader til nedskrivning av eiendom i 2015.

2.6. Finansinntekter og –kostnader

For 2015 er det budsjettet med 72 millioner kroner i renteinntekter og 99 millioner kroner i rentekostnader, dvs netto kostnader på 27 millioner kroner. Budsjetterte renteinntekter er om lag 20 millioner kroner lavere enn for 2014, som forklares med at det for 2014 ble budsjettet med for høye renteinntekter på mellomværende med Helse Sør-Øst RHF. Budsjetterte rentekostnader reduseres fra budsjett 2014 vesentlig som følge av lavere rentesats for 2015 enn benyttet ved utarbeidelse av budsjett 2014. Det er for 2015 budsjettet med 1.8 pst rente på de største finanspostene (driftskreditt og langsiktig fordring på HSØ RHF).

2.7. Datterselskaper og majoritetsandeler

Resultatbudsjett 2015 for foretaksgruppen Oslo universitetssykehus innholder også budsjettet resultat for datterselskapene (konsernbudsjett). I årsregnskapet vil det bli laget regnskap både for Oslo universitetssykehus HF og for foretaksgruppen Oslo universitetssykehus.

Oslo universitetssykehus HF eier helt eller delvis selskapene som fremkommer av tabellen under. For 2015 er det budsjettet med positive resultater i aksjeselskapene på til sammen 14,4 millioner kroner. Dette er en økning på 2,4 millioner kroner fra budsjett 2014.

| Navn | Budsjettert resultat i millioner kroner |
|---------------|---|
| Sophies Minde | 6,370 |
| Radpark | 2,488 |
| NMS | 1,060 |
| Sykehotell | 0,569 |
| Invent2 | 3,954 |
| Sum | 14,441 |

2.8. Øvrige sentrale budsjettposter

Under fellesposter er det budsjettert blant annet følgende forhold:

- Basistilskudd
- ISF-inntekter og gjestepasientinntekter somatikk
- Midler til lønnsoppgjør (fordeles senere til klinikk)
- Pensjon som ikke er fordelt til klinikk (i hovedsak økte kostnader fra 2014 til 2015)
- Avskrivninger og anslåtte leiekontrakter for MTU/bygg
- Netto finans
- Andre kostnader:
 - Noe midler til å håndtere økonomisk risiko
 - Samhandlingsreformen, KAD – kommunal akutt døgnetenhet (avsatt 24 millioner kroner til å finansiere Oslo universitetssykehus HF's andel av 50 senger)
 - Gjestepasientkostnader somatikk (59 millioner kroner). Budsjetterte midler omfatter kostnader for behandling av pasienter fra Oslo universitetssykehus opptaksområde både internt i regionen og i andre regioner, samt ny ordning for finansiering av Sunnaas-sykehus (ref pkt 2.1.1)
 - Dyre biologiske legemidler, H-reseptor (76 millioner kroner)
 - 15 millioner kroner til økt dagkirurgi i 2015

3. IKT-kostnader og større systemendringer

IKT-kostnadene har økt jevnt etter at Oslo universitetssykehus HF ble etablert og leveranse av IKT driftstjenester ble overført til Sykehuspartner; jfr tabell og figur nedenfor. For 2015 er det budsjettert med 1 047 millioner kroner (før fratrukk av inntekter) i driftskostnader innenfor IKT-området. Samlede IKT-kostnader utgjør dermed om lag 4,8 pst. av helseforetakets budsjetterte kostnader i 2015.

IKT-budsjettet inkluderer tjenestekjøp fra Sykehuspartner (880,1 millioner kroner), tjenestekjøp utenfor Sykehuspartner (7,8 millioner kroner), driftskostnader til gjennomføring av prosjekter (112 millioner kroner) og drift av sykehusets IKT stab (47,9 millioner kroner). I

tjenestekjøp fra Sykehuspartner inngår avskrivninger innenfor IKT-området.

Tabellen nedenfor viser utvikling i IKT-kostnader i perioden 2010-2015:

| Utvikling i kostnader | Resultat 2010 | Resultat 2011 | Resultat 2012 | Resultat 2013 | Budsjett 2014 | Prognose 2014 | Budsjett 2015 |
|---|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------|
| SUM IKT | 575,0 | 600,2 | 671,1 | 776,8 | 961,1 | 941,7 | 1 040,0 |
| | | | | | | | |
| Utvikling i % | Resultat 2010 | Resultat 2011 | Resultat 2012 | Resultat 2013 | Budsjett 2014 | Prognose 2014 | Budsjett 2015 |
| Total IKT budsjett - økning i % fra år til år | | 4,2 | 10,6 | 13,6 | 19,2 | 17,5 | 9,5 |
| Total IKT budsjett - i % av omsetning | 3,3 | 3,4 | 3,7 | 4,1 | 4,8 | 4,7 | 4,8 |

Merknad: Tabellen viser netto kostnader, dvs kostnader som finansieres av lønnsrefusjoner fra andre er ikke inkludert.

Budsjettet for 2014 innebærer en økning på omlag 98,3 millioner kroner fra prognose for 2014. Dette tilsvarer en økning på ca. 9,5 pst. Økningen knyttes i hovedsak til økt omfang av tjenestekjøp fra Sykehuspartner.

Tjenestekjøp fra Sykehuspartner har en budsjettert økning på om lag 110,8 millioner kroner fra 2014 til 2015. denne kostnadsøkningen skyldes i hovedsak at Sykehuspartner har foretatt en oppbemanning i løpet av 2015 som medfører økte kostnader for helseforetakene i Helse Sør-Øst, men som skal forbedre Sykehuspartners leveranseevne i 2015. Ut over dette har foretaket produksjonssatt flere større prosjekter gjennom 2014 (for eksempel Regional EPJ, Regional Elektronisk kurve, Regional Hjerterultralud og Regional Endoskopiløsning) som medfører økt driftspris og start av avskrivning på investeringsbeløpet. I tillegg øker tjenestepreisen som følge av dobbeltdrift av systemer inn i 2015 og frem mot sommeren. Den doble driften forventes terminert i løpet 2. kvartal 2015.

Driftsrelaterte prosjektkostnader går noe ned fra 2014 til 2015. Dette skyldes i hovedsak ferdigstilling av Regional EPJ (DIPS) fase 1. Det planlegges også gjennom 2015 en høy gjennomføringstakt på prosjektleveranser. I budsjettet for 2015 inngår blant annet 55 millioner kroner til gjennomføring av Regional EPJ fase.

For mer informasjon om de ulike prosjektene vises til vedlegg 2 til styresaken "Områdeplan IKT".

For 2014 er det satt av 25 millioner kroner til finansiering IKT-prosjekter fra lokale investeringsmidler. Øvrige investeringsprosjekter innenfor IKT finansieres av regionale investeringsmidler.

4. Interne faglige prioriteringer

4.1. Somatikk

Økonomisk langtidspan 2015-2018 ble det lagt til grunn en aktivitetsvekst for Oslo universitetssykehus HF i 2015 på 1,5 pst. Vekstforutsetningen var blant annet basert på følgende:

- Det skal oppnås reduksjon i ventelister (særlig langtidsventende) og antall fristbrudd
- Oslo universitetssykehus HF gir helsetjenester på nasjonalt -, regions-, flerområde-, område-, og lokalsykehusnivå, og forutsetter vekst i pasientbehandlingen iht demografisk utvikling både i Oslo og i regionen.
- Den etablerte funksjonsfordelingen mellom sykehusene i Oslo medfører at sykehuset får mye av veksten (barn, fødsler, kreft, akuttkirurgi, psykisk helse) og lite av effekten av samhandlingsreformen.
- Innen noen fagområder forventes det en vekst som går utover befolkningsveksten. Viktige eksempler på dette er kreft, øye (flerområdefunksjon også for A-hus) og nevrologi.

I planleggingen av aktivitetsbudsjettet for 2015 er det lagt til grunn at aktivitetsnivået i 2014 i perioder har vært noe redusert både som følge av midlertidige endringer i pasienttilstrømning på enkelte områder (for eksempel mild vinter), lavt antall tracheostomier og midlertidig reduksjon i kapasitet i forbindelse med innføringen av DIPS høsten 2014. Dette er forhold som ikke forventes å gi tilsvarende effekter i 2015.

I 2015 er det budsjettet med en samlet aktivitet tilsvarende 229 728 DRG-. Tidligere aktivitetstak er tatt bort, og budsjettet aktivitetsnivå er ment å ivareta endringer i behov (demografi og ventelister) og bedret utnyttelse av intern kapasitet innen for eksempel operativ kapasitet. Det er lagt til grunn at eventuell finansieres med de til enhver tid gjeldende satser for ISF-refusjon og satser for gjestepasienter. DRG-poeng for pasientadministrerte kreftlegemidler er innarbeidet i budsjettet med 583 DRG-poeng.

Forventet effekt av endringer i ISF-regelverket fra 2014 til 2015 (gjennomgående økte vekter for behandlinger ved Oslo universitetssykehus HF) er innarbeidet med 0,43 pst tilsvarende 988 DRG-poeng til Oslo universitetssykehus HF.

Tabellen under viser budsjettet aktivitet i antall DRG-poeng per klinikk for 2014 og 2015:

| Klinikk | | DRG-poeng | | |
|---------|---|-----------------------|-------------------------|--------------------------|
| | | 2014 Ordinær drift | 2015 Totalt budsjett | Endring 2014 til 2015 |
| B | Medisinsk klinikk | 26 817 | 27 190 | 373 |
| C | Klinikk for kirurgi og nevrofag | 63 600 | 64 885 | 1 285 |
| D | Kvinne- og barneklippen | 36 952 | 37 596 | 644 |
| E | Klinikk for kreft, kirurgi og transplantasjon | 58 803 | 61 746 | 2 943 |
| F | Hjerte-, lunge- og karklinikken | 32 547 | 32 222 | -325 |
| H | Akuttlinikken | 4 717 | 4 100 | -617 |
| I | Klinikk for diagnostikk og intervensjon | 151 | 155 | 4 |
| | Biologiske legemidler | 1 826 | 1 972 | 146 |
| | Fellesposter | -4 588 | -138 | 4 450 |
| | Sum Klinikker mv | 220 825 | 229 728 | 8 903 |

Det ble høsten 2012 oppdaget at det pasientadministrative systemet ved Oslo universitetssykehus HF var satt opp på en slik måte at det for samme pasient uriktig kunne rapporteres flere konsultasjoner samme dag. Rettelse av dette ville kreve så store og komplekse endringer i PasDoc at det ikke ville vært på plass før helseforetaket hadde tatt i bruk DIPS. Dette forholdet har dermed medført feil i NPR-meldingen frem til oktober 2014, da Oslo universitetssykehus tok i bruk DIPS. Ved rapportering til Helse Sør-Øst RHF har det blitt manuelt justert for dette. I budsjettet for 2014 var dette håndtert ved at det ble budsjettert med en negativ aktivitet (1.500 negative DRG-poeng og tilsvarende 45.000 negative konsultasjoner) på overordnet nivå. Inntil videre er imidlertid dette midlertidig budsjettert på samme måte som i 2014. Fra 20. oktober 2014 rapporteres dette nå korrekt fra DIPS, og klinikkenes måltall vil bli redusert slik at reduksjonen i antall rapporterte polikliniske konsultasjoner ikke øker klinikkenes reelle utfordring i 2015.

4.2. Laboratoriemedisin- og radiologi

Det er forventet at den somatiske aktiviteten reelt skal øke med om lag 3 prosent i 2015. Klinikker for diagnostikk og intervensjon er tilført 18 mill kroner for å kunne levere høyere aktivitet innenfor radiologi og laboratoriefagene. Krav til resultatforbedring fører imidlertid til at klinikken i stor grad må effektivisere inn forventet aktivitetsvekst. Ut over dette ble Avdeling for radiologi og nukleærmedisin styrket i 2014 for å redusere det underliggende kapasitetsproblemet. Full effekt av denne styrkingen skal være oppnådd i starten av 2015. Økningen er spesielt rettet mot CT og MR hvor det ventes at kapasiteten vil øke med anslagsvis 13 pst og 30 pst fra et 2013-nivå. Det er lagt som forutsetning at aktivitetsveksten skal gjennomføres innenfor dagens maskinpark. Det er imidlertid flere MR- og CT maskiner som nærmer seg breakdown. Noe av dette er under utskiftning, men et presset investeringsbudsjett fører til risiko for manglende måloppnåelse. Maskinkapasitet utnyttes der det er mulig på kveldstid samtidig som pasientgrupper flyttes mellom lokalisasjoner der det er hensiktsmessig.

I 2014 ble det også gitt rom for en styrking av Avdeling for patologi og Avdeling for medisinsk biokjemi. Disse avdelingene har vært forsinket med oppbemanning i 2014, men den økte bemanning er forventet å være på plass tidlig 2015. Dette vil bidra til bedret kapasitet på disse områdene i 2015.

4.3. Aktivitet psykisk helsevern

Innenfor psykisk helsevern for voksne har aktiviteten i 2014 vært høyere enn budsjettert for alle aktivitetsindikatorer. For 2015 er det budsjettert med en reduksjon i antall utskrivninger fra døgnvirksomheten på om lag 200 utskrivninger (10,5 pst) fra estimat 2014, mens antall liggedøgn videreføres om lag på nivå med 2014, hensyntatt redusert salg av døgnplasser til Akershus universitetssykehus HF fra 1.7. Endringen i antall utskrivninger skyldes i hovedsak redusert salg av døgnplasser til AHUS fra 1.7. Antall liggedøgn endres ikke tilsvarende fordi det forventes økt liggetid på øvrige døgnplasser.

Den polikliniske aktivitet innenfor voksenpsykiatrien forventes økt med 0,8 pst fra estimat 2014 og 3,6 pst fra budsjett 2014.

Innenfor psykisk helsevern for barn og unge er aktiviteten i 2014 høyere enn budsjettet både for døgnvirksomheten og antall utskrivinger, mens dagbehandlingen og den polikliniske aktiviteten er noe lavere enn budsjettet. For 2015 er det budsjettet med videreføring av aktivitetsnivået innenfor døgnvirksomheten, hvilket innebærer en økning fra budsjett 2014 for antall liggedøgn på om lag 900 og for antall utskrivinger 35. Økningen relateres til effekt av Front- og Styrk-team, igangsatt i 2014. Det har over lang tid vært arbeidet systematisk for å øke den polikliniske aktiviteten innenfor psykisk helsevern for barn og unge. For 2015 er det budsjettet med en økning fra budsjett 2014 på 2,8 pst og en økning fra estimat 2014 på 9,1 pst. En stor del av økningen er ved Barneavdeling for nevrofag - Psykokosomatikk og CL-barenepsykiatri i Kvinne- og barneklubben.

4.4. Aktivitet tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) har det i 2014 vært færre liggedøgn enn budsjettet, mens antall pasienter utskrevet fra døgnbehandling har vært høyere enn budsjettet. Den polikliniske aktiviteten har økt gjennom 2014 og forventes på årsbasis å bli høyere enn budsjettet. Antall liggedøgn forventes å videreføres på samme nivå som i budsjett 2014, hvilket innebærer en økning fra estimat 2014 med om lag 2.200 (9 pst). I budsjett 2015 er det lagt til grunn en økning i antall utskrevne pasienter fra døgnbehandling på om lag 3 pst (99 utskrivinger) fra budsjett 2014, hvilket er en reduksjon fra estimat 2014 på om lag 1,5 pst (46 utskrivinger). Dette knyttes til arbeidet med å øke andel pasienter som fullfører behandling, dvs reduksjon i antall drop-out. Den polikliniske aktiviteten innenfor TSB som rapporteres til Helse Sør-Øst RHF forventes å øke med mer enn 3 000 konsultasjoner fra estimat 2014. Økningen i antall polikliniske konsultasjoner som rapportertes skyldes i stor grad at en større andel av den polikliniske aktiviteten fra oktober 2014 er refusjonsberettiget enn tidligere. Dette som følge av faglige krav til lokalene, etter lydisolering/ombygging av eksisterende lokaler, nå er ivarettatt. Det vises her til informasjon i budsjett 2014 hvor det ble beskrevet et potensial for å øke antallet konsultasjoner med refusjon innenfor TSB betydelig ved å lydisolere alle kontorene ved Seksjon ruspoliklinikker, bygg 45 på Ullevål. Dette tiltaket er nå gjennomført.

Det henvises for øvrig til tabellen med måltall for aktivitet innen psykisk helsevern og TSB for 2015.

4.5. Andre prioriteringer

Gjennom budsjettarbeidet er det ut over generell kompensasjon for økt aktivitet omfordelt og tildelt 160 mill kroner til prioriterte formål. Tildelingene er blant annet knyttet til økning i kreftmedikamenter, styrking av fagområder for å ivareta hensyn til pasientsikkerhet, økte leiekostnader ved innflytting i nye leide lokaler, pakkeforløp kreft, økt kapasitet operasjon med mer.

4.6. Forskning og utdanning

Oslo universitetssykehus HF er en stor aktør innen forskning, utvikling og innovasjon. Sykehuset bruker om lag 1,6 milliarder kroner årlig til forskning og utvikling, inkludert

ekstern finansiering og beregnede kostnader ved støttefunksjoner og infrastruktur. Det har vært en moderat vekst i ressursbruken til forskning de siste årene og noe økt aktivitet målt i antall artikler og doktorgrader utført ved sykehuset. Sykehusets andel av nasjonal og regional forskningsproduksjon, målt i poeng for artikler og doktorgrader, har over de siste årene blitt noe redusert som følge av betydelig vekst i andre helseforetak.

Hoveddelen av veksten i ressursbruk kommer fra en økning i eksternt finansierte prosjekter. Både Helse- og omsorgsdepartementet og Helse Sør-Øst RHF forventer at Oslo universitetssykehus HF i økende grad søker ekstern finansiering til store nasjonale og internasjonale forskningsprosjekter, og ikke minst at EU-finansiert forskning øker i omfang. Slike prosjekter er ressurskrevende å delta i, og det kreves både tilstrekkelig avsatt tid og støttepersonell dersom en skal lykkes med større, multinasjonale, EU-finansierte prosjekter. Prosjektene gir imidlertid tilgang til svært viktige nettverk, teknologi og internasjonal kompetanseutveksling. Eksternt finansierte forskning krever både infrastruktur og annen tilrettelegging og prioritering i sykehusets virksomhet. I oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet er det varslet at det for 2015 vil stilles krav om at infrastruktur, utprøvingenheter og støttefunksjoner for kliniske studier styrkes ved landets universitetssykehus. Det følger ikke ekstra midler med dette kravet. Det er imidlertid lagt inn belønningsordninger i den nasjonale fordelingsmodellen av forskningsmidler til RHF-ene, der midler fra EU og fra Norges forskningsråd gir poenguttelling i tillegg til poeng for artikler og doktorgrader. Ett av departementets langsiktige mål er økt omfang og implementering av klinisk pasientrettet forskning, og det forventes at et økt antall pasienter blir invitert til å delta i kliniske studier.

Et sentralt tiltak i sykehusets vedtatte handlingsplan for forskning 2013-2015 er en effektiv utnyttelse og skjerming av interne forskningsressurser. Klinikkene må innenfor sine rammer prioritere hvordan en best kan utnytte basisrammen til sin totale virksomhet, herunder forskning og innovasjon.

Sentralt tildelte forskningsmidler i Oslo universitetssykehus er i 2015 budsjettet med nominelt samme beløp som i 2014, dvs om lag 19 millioner kroner. Dette går til stimuleringsmidler til klinikkene for å understøtte deres handlingsplaner for forskning, infrastrukturtildelinger til biobanker og registre, fokuserte forskningsområder, samhandlingsforskning og forskningspriser. Det tildeles videre 1,5 millioner kroner i innovasjonsmidler. Det er ikke funnet rom for å øke disse beløpene fra 2014 til 2015.

Helse Sør-Øst RHF har foreslått å tildele Oslo universitetssykehus HF 368 millioner kroner til forskningsformål i 2015 (behandles av styret for Helse Sør-Øst RHF 18. desember 2014). Flere av de øremerkede tilskuddene fra Helse Sør-Øst er ikke lønns- og prisjustert for 2015. Dette gjelder blant annet tilskuddet for å drive regionale forskningstøttefunksjoner, som også inkluderer innovasjonsstøtte til regionen. Dette skaper ekstra utfordringer, all den tid det meste av bevilgningen benyttes til faste lønnsmidler i Oslo universitetssykehus. Det samme gjelder øremerkede tilskudd til kvalitetsregistre.

Det tildeles ikke øremerkede midler fra Helse- og omsorgsdepartementet eller Helse Sør-Øst RHF til utdanningsformål. Dette er lovpålagte aktiviteter som klinikkene må ivareta ut fra de krav som stilles fra utdanningsinstitusjonene og myndighetene, og utdanningsoppgaver må i all hovedsak planlegges innenfor klinikkens ordinære budsjett. I økonomisk langtidsplan er det påpekt at det vil være et økende behov for å prioritere midler til videreutdanning av

spesialsykepleiere til fagområder som er kritisk viktige for driften. Dette fremgår også av sykehusets risikoanalyser. I budsjettet for 2015 er rammen til videreutdanning av spesialsykepleiere videreført med nivå lik 2014-budsjettet.

Det er avsatt 0,5 millioner kroner i utdanningsmidler til utvalgte prosjekter og til en nylig etablert utdanningspris.

5. Resultatforbedrende tiltak 2015

Klinikkene er pålagt ansvaret for gjennomføring av budsjett innenfor tildelte økonomiske rammer og krav om aktivitet. Klinikkenes gjennomføring av budsjettet avhenger av god ledelsesmessig forankring av fordelte budsjettrammer og en stram styring. For å gjennomføre budsjettet er det i tillegg behov for å identifisere konkrete resultatforbedrende tiltak. De mest omfattende tiltakene er omtalt i den klinikkvise beskrivelsen av budsjettene i kapittel 6.

Tilpasningen til budsjettet for 2015 har vært hovedtema på flere utvidede ledermøter, og det er diskutert og forankret en strategi for gjennomføring av budsjett 2015 som gjelder for alle klinikker.

Administrerende direktør ba for 2014-budsjettet klinikkene om å konsentrere innsatsen rundt 4 områder:

- Øke aktiviteten i de kliniske klinikker i størst mulig grad innen dagens bemanning ved at flaskehalser i støtteklinikken fjernes / reduseres
- Øke operativ kapasitet (Akuttklinikken)
 - Nye operasjonsstuer med nye operasjonsteam
 - Effektiv utnyttelse av stuekapasiteten og ansatte
 - Oppgavefordeling
- Øke MR kapasitet
- Sengepostsamarbeid i helger

Disse områdene representerte ikke en ettårig strategi, men vil også følges opp i 2015. Innen enkelte områder har det ikke vært tiltrekkelig kapasitet til å prioritere oppfølging i 2014 ettersom gjennomføring av implementering av nytt PAS/EPJ har hatt en høy prioritet.

I tillegg til områdene beskrevet over vil det rettes særskilt fokus på ytterligere 5 områder i 2015 der styret vil holdes løpende orientert om fremdrift:

- Vurderinger av vaktordninger for leger
- Økt poliklinisk aktivitet
- Oppfølging variabel lønn
- Helgearbeid deles på flest mulig ansatte
- Effekt av nye IKT systemer (PAS/EPJ, GAT og innkjøp) kartlegges og følges opp

Nedenfor gis en nærmere omtale av områdene. Alle områder som vil påvirke den enkelte ansattes arbeidssituasjon krever at det arbeides sammen med ansattrepresentanter for å finne gode løsninger.

5.1. Økt aktivitet ved å fjerne flaskehals

Etterspørselen (kfr ventelister og fristbrudd) er større enn kapasiteten innen mange fagområder. Samtidig gir mange fagområder uttrykk for at de ikke får utnyttet sine tilgjengelige ressurser maksimalt grunnet flaskehals særlig innen postoperativ-/intensivkapasitet, operasjonskapasitet (operasjonsstuer og operasjonssykepleiere) og radiologi (særlig MR).

Det er gjennomført og gjennomføres ombyggings- og utbyggingstiltak for å gi flere post operativ-/intensivsenge og flere operasjonsstuer. Utdanningen av operasjonssykepleiere er også økt. I tillegg til disse tiltakene er det mulig å øke aktiviteten innen en del fagområder med

- Målrettet innsats for å fjerne eller redusere en del av dagens flaskehals med styrking av budsjettene innenfor støttefunksjonene.
- Tydelig oppfølging av avdelingenes aktivitet og særskilt om de kliniske avdelingene utnytter de mulighetene økt kapasitet innen støtteklinikkene gir (mindre venting og færre strykninger) og at aktivitetsøkningen skjer ved effektiv utnyttelse av dagens ressurser

Med målrettet reduksjon i flaskehals forventes økt aktivitet uten særlig øket ressursbruk (utover variable kostnader som varekostnader) i kliniske avdelinger. Dette vil bidra til både reduserte ventelister og fristbrudd samt økonomisk resultatforbedring.

Økning i aktivitet gir betydelige følgekostnader for støtteklinikkene Akuttklinikken og Klinik for diagnostikk og intervensjon. Det er tilført betydelige ressurser til disse klinikkene i 2014-budsjettet som videreføres i 2015. Økt kapasitet i støtteklinikkene skal gjennomføres kontrollert og med produktivitetskrav, og innen de områdene som er Oslo universitetssykehus HF sitt definerte oppdrag. Alle fagområder skal derfor utarbeide tydelig informasjon til henvisende leger og samarbeidende sykehus over hvilke pasienter som skal henvises til Oslo universitetssykehus HF. Informasjonen vil inneholde hva som skal gjøres av utredning før pasientene henvises og hvilke pasientgrupper som med fordel kan behandles av andre (helseforetak, private sykehus og avtalespesialister /private spesialister). Dette er nødvendig sett ut fra kapasitetshensyn og riktig prioritering av den helsehjelp Oslo universitetssykehus skal tilby.

5.2. Øke operativ kapasitet

Oslo universitetssykehus HF har et overordnet kirurgisk driftsstyre og fire lokale driftsråd for å styrke overordnet styring og koordinering av samlet operativ virksomhet i sykehuset. Driftsstyret og driftsrådene skal bidra til god pasientflyt, effektiv ressursutnyttelse og riktig prioritering samt sikre at problemer som hindrer effektiv operativ drift blir fulgt opp med tiltak. Det vil bli vurdert en tydeligere skjerming av effektive, elektive operative linjer, eventuelt med utvidet åpningstid og mer bruk av prepoliklinisk oppmøte og sammedagskirurgi innen en del fagområder og pasientgrupper.

For 2015 er det budsjettet med økning i antall operasjonsstuer og antall postoperative plasser. Dette vil legge grunnlaget for økt operativ aktivitet og gi mulighet for mer skjerming av elektiv kirurgi.

Tilgang til operasjonssykepleiere er fremdeles en begrensende faktor innen mange områder inklusive muligheten for å øke kveldsdrift/utvide driftstiden. Oslo universitetssykehus HF vil arbeide med to konkrete tiltak som begge anses som spesielt viktige for å bidra til tilstrekkelig kapasitet i en presset operativ drift:

- bruk av operasjonstekniker/sykepleier som ikke er spesialsykepleier i operasjon som ”nr 2” på en del operasjoner/stuer. Dette krever opplæring av andre personellgrupper/bedriftsintern opplæring av egne sykepleiere. Tiltaket vil vurderes innen enkelte fagområder og gjennomføres som et eget prosjekt.
- bruk av felles ”øyeblikkelig hjelp-operasjonssykepleiersteam” på kveld/natt/helg.

Sykehuset har i dag et stort antall parallelle vaktlag av operasjonssykepleiere i vakt hele døgnet inklusive i helgene. Mange vaktteam har begrenset operativ aktivitet særlig om natten. Samtidig er det stort behov for økt (elektiv) operativ drift på ettermiddag /kveld. Mange andre store sykehus (bl. a. Karolinska og Universitetssykehuset i Nord-Norge) har i langt større grad enn Oslo universitetssykehus HF felles øyeblikkelig hjelp-operasjonsvaktlag utenom vanlig dagtid og spesielt om natten. Med bakgrunn i andres erfaring vil det utredes hvilke fagområder dette kan gjennomføres innenfor. Dette har tildels vært utredet tidligere både på Aker, Ullevål og Rikshospitalet, men gjennomført i svært liten grad. Ettersom sykehuset har et stort behov for høy operativ aktivitet/operasjonssykepleiere samlet sett, vil reduserte vakttimer på natt kunne erstattes med økt arbeidstid på ettermiddag og kveld. Fast ansatte operasjonssykepleiere trenger ikke å få redusert arbeidstid ved en slik endring.

5.3. Øke radiologikapasitet

Tilstrekkelig kapasitet forutsetter både fornyelse av maskiner og tilstrekkelig personell som kan drifte maskinene både innenfor normal arbeidstid og utvidet arbeidstid. Det har etter tildeling av økte budsjettrammer i 2014 pågått en målrettet oppbemanning for å få til dette. Det er viktig at en oppbemanning gjøres med konkret mål om at det i hovedsak blir økning i antall tilgjengelige ”arbeidstimer” for å utnytte gode maskiner maksimalt. Oslo universitetssykehus HF vil følge opp at økt personellinnsats gjenspeiles i minimum tilsvarende økning i kapasitet.

Samtidig er det viktig at bruken av avansert radiologi hele tiden følges opp med klare rutiner for indikasjon, klinisk konsekvens og hvilke undersøkelser som med fordel kan utføres av andre, konferer statsbudsjettets klare styrking av MR-tilbudet ved private institutter. Dette arbeidet vil videreføres som et samarbeid mellom radiologer og aktuelle klinikere.

5.4. Samarbeid mellom sengeposter i helg

Det er mange sengeposter ved Oslo universitetssykehus HF som har stor reduksjon i antall innlagte pasienter i helg. Det arbeides nå med å få til et bedre samarbeid mellom sengeposter i helger og spesielt der det er betydelig færre pasienter innlagt i helgene. Alle klinikker vil konkret gjennomgå alle sengepostene og vurdere følgende to modeller:

- Modell 1: Kun formalisert vakt samarbeid
- Modell 2: Fysisk sammenslåing i helg, alle helger det er praktisk mulig. Dette betyr at to eller tre naboposter samler pasienter i en eller to poster fra fredag ettermiddag til mandag morgen (evt lørdag formiddag til mandag morgen).

Der det er mulig skal modell 2 foretrekkes da det i langt større grad gir mulighet for redusert ressursbruk ved lavt belegg. Unntaksvis kan fysisk helgesammenslåing avlyses hvis belegget er unormalt stor. Satt i system vil dette kunne redusere de faste bemanningsplanene i helg noe, gi betydelige muligheter for redusert innleie og overtid, samt sikre en mer robust drift ved sykdom.

Ansatte på aktuelle poster vil i helger måtte håndtere nye pasientgrupper. Egne sykepleiere på ”nabopost” er dog som gruppe sannsynligvis bedre kvalifisert enn de sykehuset alternativt kan få inn fra vikarbyrå/som ekstravakter. Det legges opp til systematisk opplæring og kurs, samt tydelige rutiner. Regelmessig helgesamarbeid vil også bidra til tryggere feriegjennomføring der hvor Oslo universitetssykehus HF allerede har gjennomført slike fysiske sammenslåinger.

5.5. Andre tiltak

Som det fremgår av øvrige budsjett dokumenter må Oslo universitetssykehus HF videreføre arbeidet også innenfor andre områder som sikrer at sykehuset gir best mulig pasientbehandling til flest mulig pasienter innen rammene. Dette omfatter blant annet :

- Vurderinger av vaktordninger for leger
- Økt poliklinisk aktivitet
- Oppfølging variabel lønn
- Helgearbeid deles på flest mulig ansatte
- Effekt av nye IKT systemer (PAS/EPJ, GAT og innkjøp) kartlegges og følges opp

Vurderinger av vaktordninger for leger

Det gjennomføres en samlet gjennomgang av alle vaktordninger med sikte på å få en felles praktisering ut fra behovsvurdering og mtp god ressursutnyttelse. Dersom antall vaktlag kan reduseres innen enkelte fagområder kan man overføre tjeneste fra natt/helg til dag- og kveldstid og dermed øke aktiviteten. Innen enkelte fagområder er det innført vaktlag som dekker to lokalisasjoner etter risikovurdering hvor spesielt samtidighetskonflikt har vært adressert. Dette kan vurderes for flere områder.

Poliklinikkdrift

Det skal etableres tydeligere praksis for hvilke pasienter Oslo universitetssykehus HF tar inn til undersøkelser med skriftlige rutiner ift pasientgrupper andre helseinstitusjoner kan vurdere og/eller behandle. Det skal også vurderes omfanget av de kontroller som gjennomføres og samarbeid med andre sykehus og primærhelsetjenesten om kontroller. I tillegg skal man sikre effektive åpningstider pr dag/uke og timebokoppsett som legger til rette for god logistikk og ressursutnyttelse samt planlegging. Videre vil oppgaveforskyvning (”jobbglidning”) mellom leger, sykepleiere og helsesekretærer bli vurdert.

DIPS fase 2 – optimaliseringsprosjektet vil inneholde en særskilt gjennomgang av poliklinikk-aktivitet. Målet er økt poliklinisk aktivitet med dagens areal og personell.

Oppfølging av variabel lønn

Retningslinjer og kontrollregime for bruk av variable lønnskostnader (inklusive innleie)

gjennomgås på nytt med sikte på å finne fram til endringer som bringer forbruket ned. Dette vil bli fulgt opp i dialog mellom stab HR og den enkelte klinikk.

Helgearbeid deles på flest mulig ansatte

Andel av sykepleiere som deltar i rotasjon til sengepost/helgevakt skal også gjennomgås. Det er etablert en rutine for Oslo universitetssykehus HF der praktisering vil bli gjennomgått.

For å sikre at flest mulig ansatte jobber i helg vil det gjennomføres en kartlegging av praktisering knyttet til nye ansatte, ansatte innen poliklinikk, fagsykepleiere, assisterende ledere og andre spesialfunksjoner.

Effekt av nye IKT systemer (PAS/EPJ, GAT og innkjøp) kartlegges og følges opp

PAS/EPJ-implementering gir mulighet for innføring og videreutvikling av felles standarder ift planlegging og gjennomføring av aktiviteter (eks. standardiserte maler for dokumentasjon) og vil være tidsbesparende for klinisk personell. Når systemet har vært i bruk over en lenger tidsperiode (1-2 år) skal dette bidra til økt aktivitet og effektivitet.

GAT-implementering med ny rapportfunksjonalitet i 2014 gir grunnlag for bedre ressursstyring opp mot aktivitet. HR-stab vil gå inn i flere sengeposter i 2015 hvor fokus vil være god ressursutnyttelse tilpasset ulike aktivitetsnivåer. Det er gjennomført en pilot på Øyeavdelingen som viste at det finnes et stort potensial for å optimalisere ressursbruken gjennom koordinering av bemanningsplaner opp mot aktivitetsplaner.

Felles innkjøpssystem for alle lokaliseringer med ett vareregister og bedret funksjonalitet gir mulighet for bedre oppfølging av eksisterende avtaler ift rett prissetting og avtalelojalitet. Det medfører også mulighet for omdisponering av ressurser til drift av flere systemer til analyse av innkjøpskostnadene for å sette inn målrettede tiltak.

6. Gjennomføring av driftsbudsjettet i klinikkene

Nedenfor er det gitt en kort omtale av den enkelte klinikkens budsjett for 2015 med fokus på vurdering av krav til økonomisk resultatforbedring i 2015, tiltak, risiko og medvirkning i budsjettprosessen.

Klinikk psykisk helse og avhengighet (KPHA)

| OUS HF | Ramme 2014 ekskl ØMI | Prognose 2014 | Krav til resultat- forbedring | Aktivitets - vekst i % (fra res til bud) | Aktivitets - vekst i % (fra bud til bud) | Tiltak meldt fra klinikk |
|--------|-------------------------|------------------|-------------------------------------|--|--|-----------------------------|
| KPHA | 1 861 000 | 15 000 | -29 000 | 1,1 % | 1,1 % | 28 608 |

Vurdering av krav til økonomisk resultatforbedring i 2015

Økonomisk resultat for klinikken ved utgangen av oktober 2014 er et overskudd på 30 mill kroner. Overskuddet skyldes i hovedsak at gjestepasientinntektene er høyere enn forutsatt i budsjettet.

Klinikken er blitt stilt overfor et krav til resultatforbedring på 1,5 pst. av basisramme for 2014 (29 mill kroner) og klinikken skal budsjettere med nullresultat for 2015.

Klinikken har fått økt rammen med 16 mill kroner til særskilte satsingsområder. Midlene er blant annet fordelt til "Drop-Out"-et tilbud som ble startet i 2014, øket bevilgning til Barne- og Ungdomspsykiatrien (BUP) til "FRONT-team" og "Styrkteam" for å dekke opp til helårs drift. Søndre Oslo DPS (Distrikts psykiatrisk senter) og Josefinesgate DPS er blitt tildelt 3,3 mill kroner (halvt års effekt) for å styrke akuttberedskapen.

Klinikken gjennomfører to større flyttinger i løpet av første halvår 2015. Josefinesgate DPS flytter sin polikliniske aktivitet og administrasjon fra to lokaliseringer til én ny adresse i Nydalen (Nydalen DPS) og samlokaliserer sin døgnbehandling i Geitmyrsveien. Søndre Oslo DPS, BUP (Barne- og ungdomspsykiatri) Oslo Syd og en ruspoliklinikk blir i løpet av forsommeren samlokalisert i et nytt bygg på Mortensrud som eies av OBOS. I tillegg til at nåværende aktivitet fortsetter på Mortensrud, blir voksen psykiatriens døgnavdeling i Søndre Oslo DPS styrket med 8 senger. Økningen i døgnkapasiteten i Søndre Oslo DPS, forutsetter en reduksjon i døgnkapasiteten på Dikemark. De endelige planene for denne gjennomføringen er ikke ferdig behandlet. Totalt blir 6 lokaliseringer redusert til en. Som en konsekvens av flyttingene blir det ledig tre bygg som eies av Oslo universitetssykehus HF, som kan legges ut for salg.

AHUS har sagt opp 10 sengeplasser i sin avtale med Oslo universitetssykehus HF, gjeldende fra 1.7.2015. Det er ikke inngått endelig avtale med AHUS om hvordan dette skal avvikles mht virksomhetsoverdragelse.

Økonomisk resultatforbedring - tiltak

Klinikken er tilført ramme på om lag 31 mill kroner for økt aktivitet iht antatt befolkningsøkning i henhold til inntektsmodellen. I tillegg kommer noe kompensasjon for prisjustering av driftsutgifter. Denne finansiering blir av klinikken brukt til delvis å motvirke reduksjon i utgiftsramme som følger av krav til resultatforbedring. Klinikken har forutsatt en drift i avdelingene i budsjett 2015 som tilsvarer budsjett 2014. Finansiering til klinikken for aktivitetsvekst (31 mill kroner) for 2015 dekker ikke den reduserte utgiftsramme og risikoen i budsjettet er foreløpig plassert sentralt ettersom siste reduksjon i ramme først forelå i begynnelsen av november. Klinikkenes gjenstående netto utfordringsbilde, som det foreløpig ikke er utarbeidet konkrete tiltak for, er på ca 29 mill kroner. Dette vil bli fordelt på avdelingene etter gjennomgang og vurdering sammen med avdelingsledere, tillitsvalgte og vernetjeneste.

Dersom månedsresultatene for klinikken tidlig i 2015 viser et negativt resultat vil det bli vurdert nye kostnadsreduserende tiltak.

Oslo universitetssykehus HF har besluttet spesifikke klinikk-overgripende områder der det forventes besparelser ved et kontinuerlig arbeid for forbedringer i drift. Det blir tatt initiativ til et arbeid på tvers av klinikkene for å sikre lik praktisering og gjennomføring innenfor disse

områdene Dette arbeidet krever bistand og samarbeide mellom kliniske avdelinger, stab medisin og helsefag, samt HR. Klinikken vil sammen med sentrale staber følge opp de sentralt initierte tiltaksområder for Oslo universitetssykehus HF: Vaktordninger for leger, poliklinisk aktivitet, variabel lønn, sengepostsamarbeid og arbeid i helg. Klinikken forventer at de vil gi et minimum av kostnadsreduserende effekter som tilsvarer kravet til resultatforbedring.

1. Risikovurdering

Når tiltak gjennomføres i klinikken blir de gjennomført først etter en grundig vurdering av hvordan tiltakene påvirker pasientbehandling, omdømme og arbeidsmiljø. De tiltak som foreløpig er behandlet er vurdert til å ha en akseptabel risiko. Nye tiltak vil bli vurdert når de foreligger.

2. Medvirkning

Involvering i budsjettarbeidet fra ansatte, tillitsvalgte og verneombud er en viktig forutsetning for en god prosess. Klinikkleidelsen har uttrykt et klart ønske og ambisjon om deltakelse og involvering fra alle nivå i arbeidet med vurdering av eventuelle endringer, samt risiko- og konsekvensvurderinger.

Informasjon om status i arbeidet har fortløpende vært tatt opp med tillitsvalgte og vernetjenesten i Klinikforum, samt i KAMU (klinikkens arbeidsmiljøutvalg).

Avdelingene i KPHA har videre gitt tilbakemelding om medvirkning og involvering i budsjett-prosessen av ledere på alle nivåer ned til enhetsnivå.

Tillitsvalgte og vernetjenesten i linjen fra avdelings- til enhetsnivå har hatt varierende involvering og medvirkning i de ulike avdelingene. Noen avdelinger har gjennomført god involvering og medvirkning i hele prosessen, mens for noen avdelinger vil en gjennomgang av tiltakene, konsekvensvurderinger og risikovurderinger bli gjennomført i nær framtid.

Medisinsk klinikk (MED)

| OUS HF | Ramme 2014 ekskl ØMI | Prognose 2014 | Krav til resultat- forbedring | Aktivitets - vekst i % (fra res til bud) | Aktivitets - vekst i % (fra bud til bud) | Tiltak meldt fra klinikk |
|--------|-------------------------|------------------|-------------------------------------|--|--|-----------------------------|
| MED | 1 084 000 | -27 000 | -47 800 | 1,4 % | 1,4 % | 12 936 |

Vurdering av krav til økonomisk resultatforbedring i 2014

Medisinsk klinikk (MED) har et budsjettert utfordringsbilde på 47 mill kroner etter endelig detaljbudsjettering. Av dette er det en rammereduksjon som direkte påvirker utfordringsbilde på 17,7 mill.

Medisinsk klinikk har budsjettert forventingsrett og tatt innover seg et nivå av redusert ledighold i 2015. Dette gir en mer presis fremstilling av utfordringsbildet i 2015 ut fra det presset klinikken opplever.

1. Tiltak

Klinikken har 66 definerte tiltak for 2015 med en total effekt på 12,9 mill kroner.

| Type tiltak | Mill kroner |
|--|-------------|
| Midlertidig ledighold av stillinger | |
| Permanente reduksjoner i kostnaden til bemanning (nye vaktordninger/turnusavtaler, endret sammensetning av personell, lavere årslønn, tilpasninger i arbeidstiden som reduserer behovet for innleie og overtid, reduksjon i antall årsverk) | 725 |
| Bedret drift (utnyttelse operativ kapasitet, samdrift og sammenslåing sengeposter, strukturering av pasientflyt, prøvertaking mv) | 1 200 |
| Reduserte innkjøpskostnader (volum og pris) | 700 |
| Endret pasientsammensetning (bruk av private, andre HF) | |
| Gevinster som følge av nye IT løsninger (GAT, RIS PACS, ERPJ, DIPS) | |
| Annet | 10 311 |
| Totalt | 12 936 |

9 av disse tiltakene gjelder et klinikkovergripende tiltak; "Aktivitetsvekst uten økt bemanning". Disse 9 har gjennomgående medium vurdering ift gjennomføringsrisiko og lav til medium når det gjelder pasientbehandling, arbeidsmiljø og omdømme. Selv om dette tiltaket / disse tiltakene har en relativt moderat risiko for gjennomføring kan det ikke ses bort fra det generelle aktivitetspresset som klinikken har innenfor planlagt behandling. Klinikken kan vise til et fortsatt høyt belegg i klinikkens senger (95 pst.), stabil andel øyeblikkelig hjelp (86 pst.) og en faktisk redusert gjennomsnittlig liggetid fra 3,89 dager til 3,66 dager.

Med en gjennomsnittlig liggetid på 3,66 dager vil en økning i 208 døgnpasienter uten endring i beleggsprosent. føre til et behov på 2 senger. Det er stor sannsynlighet for at en slik økning uten endring i sengetall vil føre til et ytterligere press og også en risiko for uønskede økonomiske effekter.

Tiltak som går på aktivitetsvekst uten økt bemanning har alle medium risikoprofil og av de øvrige 57 tiltakene er det kun to som er på høy kategori. Disse er små i omfang med totalt 130 000 kroner og må fortløpende vurderes ift gjennomføring opp mot risiko.

Risikovurdering

Aktivitetsvekst, uten økning i øvrig infrastruktur og bemanning, vil generere ytterligere press og prioriteringsutfordringer i klinikken. I tillegg ligger klinikken over terskelen for effektiv flyt på sengeposter pga høyt belegg. En ytterligere økning uten å øke antall senger vil trolig forårsake ytterligere flytproblematikk. Dette kan føre til lengre liggetid med påfølgende økt risiko for uønskede hendelser i pasientbehandling. Det må løpende vurderes kompensierende

tiltak for disse sengepostene.

Liten tid til faglig utvikling, forskning og veiledning vil på sikt kunne medføre lavere kvalitet i pasientbehandlingen og gi redusert omdømme fra pasienter og medarbeidere. Forskning, fagutvikling og veiledning bidrar i høy grad til behandlingskvalitet og motivasjon hos medarbeiderne. Høyere belegg og mindre oppfølging rundt pasientene kan medføre en utfordring i forhold til Oslo universitetssykehus HF omdømme.

Klinikken ser ingen mulighet til ytterligere nedbemanning. Bemanningsnorm har allerede medført høy arbeidsbelastning. Marginal bemanning medfører at innleie av ekstravakter, overtid og fastvakter er nødvendig ved fravær og når sengepostene har dårlige og krevende pasienter. Bemanning etter bemanningsnorm medfører at den enkelte sengepost har delte stillinger hvor en del jobber i avdeling mens resterende brøk er i klinikkens bemanningsenhet. Dette er en løsning som har hatt positiv økonomisk effekt, men selv med optimal utnyttelse av klinikkens bemanningsenhet har høyt belegg og krav til fastvakter gjort det krevende å holde seg til normert bemanning.

Medvirkning

Tiltak for 2015 ble drøftet den 9.10.2014 på klinikknivå. Det har vært dialog med tillitsvalgte og verneombud i klinikkens etablerte forum. Budsjettprosess, økonomisk status og tiltak er jevnlig diskutert i klinikkens ledermøte.

Klinikk for kirurgi og nevrofag

| OUS HF | Ramme 2014 ekskl ØMI | Prognose 2014 | Krav til resultat- forbedring | Aktivitets - vekst i % (fra res til bud) | Aktivitets - vekst i % (fra bud til bud) | Tiltak meldt fra klinikk |
|--------|-------------------------|------------------|-------------------------------------|--|--|-----------------------------|
| KKN | 2 110 000 | -138 000 | -188 000 | 4,1 % | 2,0 % | 87 000 |

Vurdering av krav til økonomisk resultatforbedring i 2015

Klinikk for kirurgi og nevrofag har per oktoberet merforbruk på om lag 115 mill kroner. En teknisk årsprognose innebærer et underskudd ved årets slutt på 138 mill kroner. Det er to hovedforklaringer til de store avvikene i klinikken. Klinikken har ikke klart å oppfylle den aktivitetsøkningen man la til grunn for inneværende års budsjett, og klinikken har et stort merforbruk på lønn/innleie. Dette skyldes at det er brukt lang tid på opplæring av sykepleiere ved Nevrokirurgisk avdeling på Rikshospitalet, samt forsinket innføring av 12-timersvakter ved ortopedisk operasjon, Ullevål. Det sistnevnte tiltaket vil sannsynligvis gi effekt ved at man får allokert mer ressurser til hverdager samt at det på sikt forhåpentligvis vil bedre situasjonen ift. bibehold av personell. Derfor forventer vi høsten 2014 en bedring av den økonomiske situasjonen på Ortopedisk avdeling og Nevrokirurgisk avdeling.

Klinikkens rammer er kuttet med 50 mill kroner ift ramme 2014. Summen av merforbruk i 2014 og redusert ramme er et krav til resultatforbedring på om lag 190 mill kroner. Dette utgjør cirka 9 pst. av klinikkens bruttobudsjett og er derfor en meget krevende budsjetttramme.

Status for utarbeidelse av tiltak

Klinikken har i løpet av høsten hatt 2 budsjettseminarer samt flere arbeidsmøter i forhold til hvordan man best skal løse utfordringene og jobbe videre med konkrete løsninger i løpet av høsten.

Klinikk for Kirurgi og nevrofag har fortsatt omfattende ventelister og fristbrudd i tillegg til de store økonomiske underskuddene. Derfor er klinikkens hovedstrategi for å løse den økonomiske utfordringen å fortsette arbeidet med å øke aktiviteten innenfor dagens ressurser. Klinikken har økt aktiviteten i 2014, men økningen er langt under forventet nivå, og det er identifisert mange områder i organisasjonen der tilpasning av driften vil gi positive driftsøkonomiske effekter. Dette gjelder både ift poliklinisk behandling, og ikke minst den operative virksomheten. Ved økt operativ virksomhet er det sengepostarealet og ressurser til å drifte sengepostene som er den største flaskehalsen. Det har medført at klinikken har iverksatt et omfattende arbeid med å frigjøre sengeøgn. Dette vil i all vesentlig grad gjelde for Ortopedisk avdeling på Ullevål. Det er tre pasientgrupper som er særlig aktuelle å overføre. Det er medisinske pasienter fra Lovisenberg sektor som kommer til avdelingen og får et kirurgisk inngrep. De kan i dag bli liggende lenge på post før de sendes tilbake. I tillegg så er det mange utskrivningsklare sårpasienter med okkluderende bandasje koblet til sug (VAC) på posten som man jobber med mulige løsninger for å få overført til kommunen. I tillegg så øker klinikken kapasiteten på hotellposten, i første omgang til 17 senger hver dag. Det vil også vurderes om det er behov for å øke ytterligere til 20 senger og et behandlingsrom. Det er ikke bare Ortopedisk avdeling som vil benytte seg av økningen på hotellposten. Det vil også være aktuelt å øke bruken av disse sengene for Øyeavdelingen, Nevrokirurgisk avdeling og Nevrologisk avdeling.

Klinikken får tilgang til økt antall operasjonsstuer i 2015. Den ene av stueene på Ullevål vil være forbeholdt økt spinal virksomhet, og den andre vil deles mellom Plastikkirurgisk avdeling og Ortopedisk avdeling for å løse en del av ø-hjelpsproblematikken som begge disse avdelingene har. Det vil medføre at Ortopedisk avdeling da enklere vil kunne få gjennomført Ø-hjelpsprogrammet og dermed bedre sin pasientlogistikk. I tillegg får klinikken i 2015 ytterligere en operasjonsstue på Ullevål. Den skal brukes til å flytte pasienter fra Rikshospitalet til Ullevål for å samle grupper av pasienter. Dette krever ca 4 sengeplasser ref omtale over. Den frigjorte operasjonskapasiteten på RH er da tiltenkt ortopediske barn, som per i dag har alt for lang ventetid samt funksjonell nevrokirurgi. Her er det også for lav kapasitet per i dag.

I tillegg til økningen i operasjonskapasitet på Ullevål vil klinikken få midlertidig tilgang til en ekstra stue på Rikshospitalet (operasjon 3) inntil karkirurgi flytter sin døgnvirksomhet til Rikshospitalet. I tillegg til økt stuekapasitet så vil dette kunne ha den positive effekten at Plastikkirurgisk avdeling vil kunne bytte ut flere av sine halve operasjonsdager i 2014 med hele dager. Dette vil gi økt aktivitet da ordningen med flere halve stuer ikke har fungert tilfredsstillende.

Alt dette er tiltak som vil bidra til økt aktivitet på avdelingene. Men når man legger inn effekt av disse tiltakene så vil klinikken fortsatt ha en restutfordring på i overkant av 100 mill kroner. Det er på sykehusnivå besluttet at man skal se på felles virksomhets- og tiltaksområder i det videre arbeid med tiltak. Dette gjelder vaktordninger for leger, poliklinisk

aktivitet, oppfølging av variable lønnskostnader, sengepostsamarbeid og arbeid i helg.

| Type tiltak | Mill kroner |
|--|-------------|
| Midlertidig ledighold av stillinger | |
| Permanente reduksjoner i kostnaden til bemanning (nye vaktordninger/turnusavtaler, endret sammensetning av personell, lavere årslønn, tilpasninger i arbeidstiden som reduserer behovet for innleie og overtid, reduksjon i antall årsverk) | 24 000 |
| Bedret drift (utnyttelse operativ kapasitet, samdrift og sammenslåing sengeposter, strukturering av pasientflyt, prøvertaking mv) | 63 000 |
| Reduserte innkjøpskostnader (volum og pris) | |
| Endret pasientsammensetning (bruk av private, andre HF) | |
| Gevinster som følge av nye IT løsninger (GAT, RIS PACS, ERPJ, DIPS) | |
| Annet | |
| Totalt | 87 000 |

Risikovurdering

Klinikken har per 21.11 en restutfordring på over 100 mill kroner. Dette innebærer at det er en stor risiko ut i fra de tiltakene som nå er lagt inn at klinikken ikke klarer å nå kravet om økonomisk balanse i 2015. I tillegg er det flere risikoer knyttet til gjennomføring av de tiltak som er omtalt over. Det er først og fremst helt sentralt at man klarer å frigjøre sengekapasitet. Dersom man ikke lykkes med dette blir det meget krevende å få til den planlagte aktivitetsveksten.. Dialogen med Oslo Kommune og Lovisenberg for å få gjennomført enkelte endringer i oppgavedeling er derfor meget viktig. Når det gjelder flytting av pasienter mellom lokaliseringer må det gjennomføres enkelte bygningsmessige tilpasninger som kan ta tid å fullføre.

Utover dette vil tiltakene føre til færre preoperative liggedøgn, som igjen medfører færre komplikasjoner i pasientbehandlingen, færre langtidsventende og fristbrudd og dette vil igjen bidra til mer positivt arbeidsmiljø, slik at den totale effekt av tiltakene gir en positiv effekt.

Medvirkning

Dette budsjettokumentet er sendt ut til klinikktiltitsvalgte. Det er i møte gitt informasjon om budsjettforutsetningene og strategien for å løse utfordringen er drøftet med tiltitsvalgtapparatet på klinikknivå. I tillegg er det sendt ut detaljbudsjett til alle avdelingene. I den forbindelse er det også sendt mail om at alle avdelinger, på laveste nivå, må kunne dokumentere involvering av de tiltitsvalgte i budsjettprosessen.

Kvinne- og barneklirikken (KVB)

| OUS HF | Ramme 2014 ekskl ØMI | Prognose 2014 | Krav til resultat- forbedring | Aktivitets - vekst i % (fra res til bud) | Aktivitets - vekst i % (fra bud til bud) | Tiltak meldt fra klinikk |
|--------|-------------------------|------------------|-------------------------------------|--|--|-----------------------------|
| KVB | 1 478 000 | -29 000 | -52 000 | 1,7 % | 1,7 % | 40 560 |

Vurdering av krav til økonomisk resultatforbedring i 2015

Kvinne- og barneklirikken (KVB) har per oktober et underskudd på 24 mill kroner. Prognose for 2014 er et underskudd på 29 mill kroner. Følgende hovedårsaker er grunnen til at prognosen avviker fra budsjettet:

- Nyfødtintensivavdelingen har hatt en krevende bemanningssituasjon som har medført 60 pst. økning i innleie og variabel lønn fra 2013 til 2014. I tillegg har aktiviteten vært lavere på avdelingen i år i forhold til i fjor, delvis pga problemer med tilstrekkelig bemanning/kompetanse som har medført at klinikken har måttet sende noen flere pasienter enn vanlig til andre sykehus - som Oslo universitetssykehus HF normalt hadde tatt i mot (moderat premature). Planlagt oppbemanning var tilnærmet ferdig per sept/okt 2014, men intern opplæring til tilstrekkelig kompetanse tar ca 1 år.
- Fødeavdelingen vil håndtere tilnærmet like mange fødsler i 2014 som i 2013, men har økte kostnader for å håndtere disse fødsle. Det skyldes flere forhold, bl.a. at etableringen av Føde-gyn mottaket har medført en større økning enn planlagt i antall telefonkonsultasjoner (som vi ikke får inntekter for). Etter føringer i "Et trygt fødetilbud" og ulike tilsyn, tar man i større grad gravide inn til vurdering akutt ved spørsmål sent i svangerskapet. Dette inkludert flere telefoner gjelder også føde RH.
- Økte medikamentkostnader, spesielt innenfor barnekreft (både innenfor protokoller og støttebehandlinger, samt at det gjennomføres flere benmargstransplantasjoner).

Inn i 2015 er det ift 2014 i tillegg netto ca 7 mill kroner i økte kostnader (bl.a. nyetablerte enheter hos Barneavdeling for Nevrologi og økte medikamentkostnader hos Barnemedisinsk avdeling og Nyfødtintensivavdelingen).

I rammetildelingen for 2015 er rammen til KVB redusert med om lag 16 mill kroner.

Per oktober er det dermed estimert at klinikken trenger tiltak med effekt på om lag 52 mill kroner i 2015 for å nå balanse. Det er i tillegg en økonomisk risiko som følge av økte kvalitetskrav innenfor Fødeavdelingen og økt forbruk av medikamenter ut over den budsjettkompensasjon klinikken har mottatt på disse to områdene. Økte ressurser for å redusere ventelister innenfor barnehabilitering og en utvidelse av tilbudet innenfor avansert hjemmesykehus er også ønskede prioriteringer for klinikken, men det har ikke vært økonomisk handlingsrom til å prioritere disse områdene foreløpig for budsjett 2015.

1. september i år økte aldersgrensen for pasientbehandlingen (bortsett fra barnekreft) i barnedelen av klinikken fra 16 år til 18 år. For KVB innebærer det å overta en betydelig aktivitet samlet sett, og dette blir et viktig arbeid for klinikken også i 2015. Først fra jan 2015

planlegger KVB å øke aldersgrensen for barnekreft til 18 år, men det avhenger av at det gjennomføres nødvendige ombygninger av arealene til poliklinikken og dagbehandlingen på Rikshospitalet.

Tiltak

Til sammen har avdelingene levert tiltak for om lag 41 mill kroner. Klinikken er dermed iht oktobertall om lag 11 mill kroner fra å ha tilstrekkelig med tiltak til å nå balanse i 2015.

Samlet sett medfører reduserte rammer og økende kostnader at det er meget krevende for klinikken å oppnå økonomisk balanse i 2015. Spesielt Nyfødtintensivavdelingen og Fødeavdelingen vil ha store utfordringer med å nå budsjettbalanse.

KVB har ingen planlagte endringer i form av flyttinger eller samlokaliseringer som vil få store gevinster i 2015. KVB har oppbemannet vesentlig det siste året (særlig nyfødt intensiv), og det forventes at dette vil redusere innleie og variabel lønn betydelig i 2015. God bemanningsstyring sammen med høy aktivitet er nøkkelen til gode resultater. For å få til dette er det viktig med gode ledere som mestrer viktige systemer som bl.a. GAT, Partus og DIPS, har timebøker minimum 12 måneder frem i tid for sine enheter, og som har fokus på kontinuerlig forbedringsarbeid (Lean metodikken) i den ordinære daglige driften.

I denne forbindelse vil klinikken følge opp følgende sentralt initierte tiltaksområder for Oslo universitetssykehus HF: vaktordninger for leger, poliklinisk aktivitet, variabel lønn, sengepostsamarbeid og arbeid i helg.

Tiltakene som er meldt inn fra avdelingene faller i stor grad innenfor aktivitet og reduksjon i innleie/variabel lønn.

| Type tiltak | Mill kroner |
|--|-------------|
| Midlertidig ledighold av stillinger | 1 558 |
| Permanente reduksjoner i kostnaden til bemanning (nye vaktordninger/turnusavtaler, endret sammensetning av personell, lavere årslønn, tilpasninger i arbeidstiden som reduserer behovet for innleie og overtid, reduksjon i antall årsverk) | 28 632 |
| Bedret drift (utnyttelse operativ kapasitet, samdrift og sammenslåing sengeposter, strukturering av pasientflyt, prøvertaking mv) | 3 010 |
| Reduserte innkjøpskostnader (volum og pris) | 1 200 |
| Endret pasientsammensetning (bruk av private, andre HF) | |
| Gevinster som følge av nye IT løsninger (GAT, RIS PACS, ERPJ, DIPS) | |
| Annet | 6 160 |
| Totalt | 40 560 |

Risikovurdering

Gjennomføringsrisiko

For å klare å holde budsjettet i 2015 må KVB opprettholde dagens høye aktivitet samt øke den noe. Innføring av Partus og DIPS har medført store utfordringer for ansatte (bl.a. manglende tilganger, økt tidsbruk på registrering av pasientaktivitet og lavere kodekvalitet), og det er en betydelig risiko for at det kan gå utover kravene til aktivitetsoppnåelse i 2015. I forbindelse med innføring av disse pasientadministrative systemene kommer våre medarbeidere innenfor merkantil tjeneste i en særdeles krevende situasjon.

Avdelingene melder generelt om liten risiko for at tiltakene ikke lar seg gjennomføre. De tiltakene som det knytter seg størst risiko til er:

- Å få til tidlig nok og stor nok reduksjon av innleie og variabel lønn på nyfødt intensiv mens opplæring pågår.
- Å redusere innleie og variabel lønn ved Fødeavdelingen som er i en krevende situasjon med økte kvalitetskrav og stort arbeidspress

Risiko for pasientbehandling, omdømme og arbeidsmiljø

Kvaliteten i pasientbehandlingen må opprettholdes og styrkes, og ingen av tiltakene som foreslås vurderes til å ha betydelig negativ effekt på vår pasientbehandling.

Ingen av de tiltakene som foreslås bør heller ha store konsekvenser for omdømme.

Det kan være en risiko for dårligere arbeidsmiljø hvis man reduserer bemanning, men tiltakene angår i all hovedsak reduksjon i bruk av variabel lønn og innleie og det anses derfor som lite sannsynlig. Økt aktivitet kan også bidra til flere arbeidsoppgaver og økt arbeidspress og påvirke arbeidsmiljøet. Tidligere erfaring er imidlertid at prosesser der medarbeidere og ledere sammen yter en innsats for bedre flyt, driftsoptimalisering og daglige forbedringer, bidrar til større engasjement, økt eierskap til løsninger, og er dermed like mye et bidrag til forbedret arbeidsmiljø.

Den viktigste ressursen i klinikken er de ansattes kompetanse. Det foreslås ingen tiltak i budsjettet som reduserer tilgjengelige midler til kurs og kompetanseutviklingstiltak. Drift og bemanning 24/7 må imidlertid dekkes, og det blir fortsatt utfordrende for alle avdelinger å gi kurs og kompetanseutvikling tilstrekkelig prioritet i 2015. Klinikken er sårbar dersom flere erfarne ansatte enn normalt slutter i 2015. Det er viktig å legge til rette for kurs og kompetanseutvikling også for de erfarne ansatte (og for en større bredde enn i dag), og ikke bare for de nyansatte. Kurs og kompetanseutvikling krever god planlegging fra ledernes side.

Operasjonsaktiviteten i KVB er avhengig av et godt samarbeid med andre klinikker. Økt aktivitet innen Gynekologisk kreft er også helt avhengig av tilstrekkelige operasjonsressurser og god flyt på stuene på Radiumhospitalet. Den dagkirurgiske virksomheten som planlegges på Aker fra høsten 2015 vil kreve økt samarbeid med andre klinikker.

Medvirkning

Klinikken startet budsjettprosessen tidlig. Avdelingen begynte allerede i august arbeidet for å finne tiltak (først og fremst) innenfor de nevnte tiltaksområdene i budsjettskrivet. Dette for å gi alle seksjoner og enheter tid til å involvere ansatte, tillitsvalgte og verneombud i prosessen.

Klinikkledelsen har formidlet en klar forventning om at budsjett 2015 skal være tema på personalmøter, og at tillitsvalgte og vernetjeneste skal være med i dialogmøter på seksjons- og avdelingsnivå. Alle avdelingene har i forbindelse med dette gjennomført møter med tillitsvalgte og verneombud der budsjett har vært tema. Møtene er referatført. På seksjonsnivå er involveringen mer variabel. Her må det jobbes med å utvikle en kultur for medvirkning for ansatte og ansattes representanter. Budsjettsaken er drøftet på klinikknivå før innlevering.

Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken (KKT)

| OUS HF | Ramme 2014 ekskl ØMI | Prognose 2014 | Krav til resultat- forbedring | Aktivitets - vekst i % (fra res til bud) | Aktivitets - vekst i % (fra bud til bud) | Tiltak meldt fra klinikkk |
|---------------|---------------------------------|--------------------------|--|---|---|--------------------------------------|
| KKT | 2 145 000 | -49 000 | -87 000 | 3,0 % | 4,0 % | 53 152 |

Vurdering av krav til økonomisk resultatforbedring i 2015

Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken (KKT) har etter oktober 2014 et økonomisk resultat på -41,5 mill kroner. Klinikken har aktivitet som er 0,6 pst over planlagt nivå, men har også kostnader som er klart over budsjett.

Klinikkens vurderinger er at kravet til økonomisk resultatforbedring for 2015 er på 93,9 mill kroner. Kravet til resultatforbedring i 2015 består av rammereduksjoner for 2015 på til sammen -44,8 mill kroner og en prognose for resultat for 2014 på om lag -49,1 mill kroner.

Medikamenter utgjør en stor del av klinikkens kostnader. Spesielt for medikamenter til kreftbehandling forventer klinikken økende kostnader. For 2015 er klinikken tilført en særskilt ramme for finansiering av nye kreftmedikamenter med 14 mill kroner. I tillegg er det for 2015 bestemt at kostnadene til medikamentet ipilimumab skal internfaktureres i Helse Sør-Øst, noe som innebærer at KKT og Oslo universitetssykehus HF kun skal bære kostnadene for pasienter i eget opptaksområde.

Klinikken har lagt til grunn en vekst i pasientbehandling for 2015 på om lag 3 pst. Planlagt vekst for 2015 er på nivå med veksten fra 2013 til 2014. Klinikken har i november 2014 åpnet en ny ernæringspoliklinikk i samarbeid med Universitetet i Oslo. Det er planlagt at oppstart av pasientkonsultasjoner vil bli januar 2015.

For tre av klinikkens avdelinger er det ikke oppnådd balanse mellom budsjetterte kostnader og kostnadsrammer. Det gjelder Avdeling for gastro- og barnekirurgi, Avdeling for transplantasjonsmedisin og Avdeling for urologi.

For Avdeling for urologi er det identifisert driftsulemper ved drift på Aker. Det er planlagt at avdelingen skal flytte til Ullevål i 2015/2016. Det vil medføre bortfall av særlige kostnader til drift av mottak i sengepost og reduserte vaktkostnader for legetjenesten.

For Avdeling for gastro- og barnekirurgi og Avdeling for transplantasjonskirurgi er det så langt ikke identifisert forbedringsområder med tilstrekkelig effekt til å gi budsjettbalanse. Klinikkleidelsen vil samarbeide med ledere i avdelingene for å få på plass tiltak som gir resultatforbedringer. Ettersom klinikkens budsjett 2015 pr. i dag ikke er innenfor tildelte rammer må det fortsatt arbeides videre med tiltak og forbedringsarbeid i alle avdelinger og institutter for å oppnå nødvendig effektivisering og resultatforbedring.

Økonomisk resultatforbedring - tiltak

Klinikkens hovedtilnærming for å oppnå produktivitets- og resultatforbedring er å gjennomføre den planlagte aktivitetsøkningen på om lag 3 pst, samtidig som bemanningsøkningen begrenses til 1,5 pst. Effekten av dette tiltaket er vurdert til om lag 30 mill kroner for 2015.

Klinikken har lagt inn flere kostnadsreducerende tiltak for varekostnader. Det gjelder spesielt medikamenter som brukes i Avdeling for kreftbehandling, Avdeling for blodsykdommer og i Avdeling for revmatologi, hud og infeksjonssykdommer. Reduserte innkjøpskostnader er dels resultat av forbedringer i anbud i regi av Legemiddelinnkjøpssamarbeidet og dels omlegging av interne rutiner i pasientbehandlingen. Samlet sett skal tiltakene redusere innkjøpskostnadene med 15 mill kroner.

Det gjennomføres også flere tiltak for å oppnå reduserte variable lønnskostnader og innleie fra vikarbyrå. Dette skjer primært gjennom økning i bemanning, men også gjennom en rekke tiltak som skal gi bedre samordning av aktiviteten. Klinikken skal også gjennomføre en ordning der alle nytilsatte sykepleiere skal delta i turnusarbeid i sengepostene, noe som vil bidra til å styrke bemanningen i sengepostene i helgene. Klinikken vil som ledd i det systematiske forbedringsarbeidet, etablere sammedagskirurgi på Rikshospitalet innenfor HPB-virksomheten. Dette medfører isolert sett et redusert behov for senger og medfører at seksjonen kan håndtere en større andel pasienter innenfor samme ressurser på sengepost. Klinikken har i dag totalt fire forbedringsprosjekter og har som målsetning at ett prosjekt skal være etablert innenfor hver avdeling i løpet av 2015 uten at økonomiske effekter av disse er konkretisert i budsjett 2015.

Klinikken vil i tillegg følge opp sentralt initierte tiltaksområder for Oslo universitetssykehus HF: Vaktordninger for leger, poliklinisk aktivitet, variabel lønn, sengepostsamarbeid og arbeid i helg.

| Type tiltak | Mill kroner |
|--|-------------|
| Midlertidig ledighold av stillinger | |
| Permanente reduksjoner i kostnaden til bemanning (nye vaktordninger/turnusavtaler, endret sammensetning av personell, lavere årslønn, tilpasninger i arbeidstiden som reduserer behovet for innleie og overtid, reduksjon i antall årsverk) | 13 000 |
| Bedret drift (utnyttelse operativ kapasitet, samdrift og sammenslåing sengeposter, strukturering av pasientflyt, prøvertaking mv) | 24 885 |
| Reduserte innkjøpskostnader (volum og pris) | 12 677 |
| Endret pasientsammensetning (bruk av private, andre HF) | 1 000 |
| Gevinster som følge av nye IT løsninger (GAT, RIS PACS, ERPJ, DIPS) | |
| Annet | |
| Totalt | 51 562 |

Risikovurdering

Gjennomføringsrisiko

Klinikken oppfatter budsjettet som stramt og vurderer at det er en moderat til høy gjennomføringsrisiko for å oppnå budsjettbalanse i løpet av 2015. Det knytter seg gjennomføringsrisiko både til å oppnå det planlagte aktivitetsnivået for 2015 og til å gjennomføre planlagt aktivitet innenfor budsjetterte kostnader. Klinikken vil arbeide med risikoreducerende og korrigerende tiltak for å redusere gjennomføringsrisikoen.

Risiko for pasientbehandling, omdømme og arbeidsmiljø

Klinikkens hovedtilnærming til utfordringene i budsjett 2015 er å planlegge for en aktivitetsøkning på om lag 3 pst. samtidig som personalkostnadene øker med om lag 1,5 pst.. Så langt vurderes dette å medføre begrenset risiko for pasientbehandling, arbeidsmiljø og forskning. Klinikkleidelsen vil følge opp revideringen av risikovurderingen i løpende i dialog på klinikkens AMU-møter samt informasjons- og dialogmøter.

Medvirkning

Det er gjennomført dialogmøter i alle avdelinger og seksjoner. Klinikken har fulgt opp planlagte aktiviteter i budsjettarbeidet i henhold til forankret tidsplan for KKT.

Klinikken og avdelingene vil også fremover i 2015 arbeide målrettet for å sikre og fremme medvirkning og involvering i budsjettarbeid på alle nivå.

I og med at klinikkens budsjett fortsatt ikke er innenfor tildelt rammer, legges det til grunn at avdelings- og klinikkleidelsen i samarbeid med tillitsvalgte/vernetjenesten bidrar til å finne løsninger som sikrer driften innenfor de gitte rammer.

Hjerte- lunge klinikken (HLK)

| OUS HF | Ramme 2014 ekskl ØMI | Prognose 2014 | Krav til resultat- forbedring | Aktivitets - vekst i % (fra res til bud) | Aktivitets - vekst i % (fra bud til bud) | Tiltak meldt fra klinikk |
|--------|-------------------------|------------------|-------------------------------------|--|--|-----------------------------|
| HLK | 1 046 000 | -88 200 | -70 000 | 3,9 % | -1,0 % | 19 100 |

Vurdering av krav til økonomisk resultatforbedring i 2015

Etter at ny telemetri ble installert september 2014 og forutsatt en stabil lab 1062 (for ablasjoner) forventes klinikken å ha en prognose på om lag 50 mill kroner i underskudd for 2014. Inngangsfarten til 2015 er imidlertid beregnet til å være 32 mill kroner (18 mill kroner bedre) med den drift som forventes mot slutten av 2014. Klinikkenes ramme er i tillegg redusert med 2,2 pst. som svarer til 23 mill kroner. Klinikken får også en økonomisk utfordring som følger av at det planlegges en økning med 85 TAVI etter pålegg fra Helse Sør Øst. Økt antall TAVI (transkateter aortaventil implantasjon) pasientergir en merkostnad på om lag 15 mill kroner for varer. Oppsummert gir dette et utfordringsbilde inn i 2015 på om lag -70 mill kroner for HLK.

Thoraxkirurgisk avdeling har hatt en vesenlig lavere DRG aktivitet i 2014 enn i 2013 (ca 646 DRG poeng). Dette skyldes i hovedsak færre operasjoner ved Rikshospitalet. Disse pasientene har et godt og effektivt forløp gjennom klinikken med en relativt god DRG inntjening. Klinikken kan vise til en økt intensivbelastning til tross for færre operasjoner. Dette skyldes at pasienttyngden er økende og dette krever mer anestesi og intensiv behandling. TKA kan legge frem tall som viser en økning i andel pasienter som får intensivbehandling med 22 pst. fra 2009-2013. Dette betyr at kostnad per pasient har økt markert senere år.

Tiltak

Klinikken er i prosess når det gjelder tiltak, men har ikke klart å komme opp med tiltak tilsvarende -51 mill (ca 5 pst. av budsjettet). Tiltak som det nå fokuseres på er knyttet til driftsendringer. Noen av disse tiltakene vil det kunne være vanskelig å beregne effekten av, men vil føre til mer hensiktsmessig drift:

- Klinikken jobber med en gjennomgang av alle sengeposter for å optimere poststørrelse, bemanningsplaner, turnus og budsjetterte årsverk. Det vil bli arbeidet mer med sambruk av sengepostkapasitet mellom avdelingene ved Rikshospitalet.
- Thoraxkirurgisk avdeling (TKA) har laget et mandat "videreføring av fusjonsprosessen innen TKA". Avdelingen er pålagt å stenge TKA2 sengepost i helg, samt å overføre 4 senger til Kardiologisk avdeling.
- Klinikken bruker store ressurser på varekostnader. Klinikken har fokus på effekt av nye Hinas-avtaler på ulike produkter, som stenter, klaffer, kontrastvæsker og hjerteventiler. Klinikken fokuserer på en økonomisk gevinst ved valg av optimalt produkt til lavest mulig pris.
- Sikring av riktige innkjøpsrutiner er viktig for å utnytte fullt ut fremforhandlede priser. Klinikken har ansatt egen innkjøpsressurs som følger opp avtaler og

varekostnader.

Klinikken har pågående prosesser for å detaljere tiltak som skal sikre at innsparingen blir størst mulig.

| Type tiltak | Mill kroner |
|--|-------------|
| Midlertidig ledighold av stillinger | 750 |
| Permanente reduksjoner i kostnaden til bemanning (nye vaktordninger/turnusavtaler, endret sammensetning av personell, lavere årslønn, tilpasninger i arbeidstiden som reduserer behovet for innleie og overtid, reduksjon i antall årsverk) | 3 950 |
| Bedret drift (utnyttelse operativ kapasitet, samdrift og sammenslåing sengeposter, strukturering av pasientflyt, prøvertaking mv) | 7 000 |
| Reduserte innkjøpskostnader (volum og pris) | 5 000 |
| Endret pasientsammensetning (bruk av private, andre HF) | |
| Gevinster som følge av nye IT løsninger (GAT, RIS PACS, ERPJ, DIPS) | |
| Annet | 2 400 |
| Totalt | 19 100 |

Risiko

Klinikken har en økonomisk utfordring for budsjettåret 2015 på -51 mill kroner som foreløpig ikke er løst. Dette utfordringsbildet inkluderer en estimert økning i omfanget av behandlinger knyttet til region- og landsfunksjoner. Klinikken kan ikke se at den kan klare å komme opp med tiltak som fullt ut kompenserer for det udekkede budsjett-avviket. Klinikken jobber kontinuerlig for å imøtekomme det budsjettkravet.

De skisserte tiltakene for budsjett 2015 er gjennomførbare uten at tiltakene vil resultere i vesentlig svekket pasienttilbud, verken kvalitativt eller kvantitativt.

Installering av telemetri på Kardiologisk avdeling er det mest effektive tiltaket på klinikken når det gjelder økonomi og drift. Tiltaket er helt avhengig av velfungerende invasive laboratorier. Lab 1062 for ablasjon har vært oppgradert i 2014, men driften er likevel ustabil. Lab 1062 bør vurderes i forhold til en helhetlig utskifting da den er ca.15 år gammel. En velfungerende lab vil gi reduserte ventelister for pasientgrupper som er alvorlig syke samt at det er en god driftsøkonomisk løsning.

I tillegg vil det være svært viktig at alle sengene i klinikken blir utnyttet best mulig på tvers av avdelingene, slik at klinikken oppnår en mest mulig hensiktsmessig drift til det beste for pasientene. Kardiologisk avdeling vil få stort press på sengeposten inntil Akershus universitetssykehus HF har mulighet til å behandle PCI-pasienter fra eget opptaksområde. Dette skyldes særlig en planlagt økning av TAVI på 85 pasienter.

I tillegg vil klinikken følge opp følgende sentralt initierte tiltaksområder for Oslo universitetssykehus HF: vaktordninger for leger, poliklinisk aktivitet, variabel lønn, sengepostsamarbeid og arbeid i helg.

Medvirkning

Klinikken har hatt tre budsjettseminar med fokus på budsjettansvar og tiltak for å komme i budsjettbalanse. Budsjettprosessen startet med budsjettseminar 19.juni 2014 samt et oppfølgingsseminar 10.september 2014 med fokus på drift, tiltak og brukermedvirkning. Budsjettseminarene var for alle ledere på nivå 3,4 og 5, samt alle klinikktiltitsvalgte og klinikkverneombud i klinikken.

Det har vært stort fokus og krav til involvering av ledere på nivå 4 og 5. Avdelingsledere har jobbet med forslag til driftsendringer vedrørende budsjett og tiltak for 2015, samt forslag til endret medisinsk tilbud og aktivitetsendringer for 2015. Klinikkenes økonomi og budsjettendringer er presentert for tiltitsvalgte og verneombud i møte den 30.september og 8. november samt drøftet i møte den 7. oktober og 25. november.

Det er skrevet referat fra begge informasjonsmøtene samt drøftingsprotokoll fra begge drøftingsmøtene. Videre har budsjettet vært tatt opp i ulike møter med klinikktiltitsvalgte, herunder det faste månedlige klinikkforum i tillegg til Klinik-AMU. Klinikken er i fortsatt prosess når det gjelder å jobbe med tiltak.

Akuttklinikken

| | Kostnadsramme 2014 ekskl ØMI | Prognose 2014 | Krav til resultatforbedring | Aktivitetsvekst i % (fra res til bud) | Aktivitetsvekst i % (fra bud til bud) | Tiltak meldt fra klinikk |
|-----|------------------------------|---------------|-----------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------|
| AKU | 2 336 000 | -24 000 | -52 000 | - | - | 26 974 |

Vurdering av krav til økonomisk resultatforbedring i 2015

Akuttklinikken har en prognose på – 24 mill kroner for 2014. Inngangsfarten til 2015 for klinikken påvirkes av økt kirurgisk aktivitet som er startet opp i løpet av 2014. Tilsvarende gjelder for helårseffekt av 13 nye stillinger i AMK som er ansatt gradvis gjennom 2014 og 2 nye ambulanser i Oslo/Grodruddalen. Inngangsfarten er etter dette 70,5 mill kroner. Nye forhold på 15,5 mill kroner kommer i tillegg og er finansiert med særskilte tildelinger. Dette gjelder blant annet opptrapping av bemanning av 2 nye døgnbiler/ekvivalenter i Ambulansetjenesten, 2 nye stillinger AMK for å bedre svartider og oppstart AMK Østfold.

Klinikken har fått endrede rammer fra 2014 til 2015 på 41,6 mill kroner. Dette inkluderer vekstmidler, forlengelse av midlertidige rammer fra tidligere år og et forventet effektiviseringskrav som er på 27,4 mill kroner. Klinikken har fordelt rammene i henhold til igangsatt aktivitet i 2014 innenfor kirurgi og de prehospitaltjenester. Klinikken har i tillegg vurdert rammevilkårene til de ulike avdelingene i lys av årets aktivitet, drift og prognose for året og omfordelt noe. Klinikken ønsker også å styrke både forskning, innovasjon og utdanning, men de økonomiske rammene tilsier bare en marginal økning innenfor disse

områdene. I budsjettet for 2015 har klinikken forsøkt å budsjettere bemanning forventingsrett og mer i tråd med de siste års drift ved å vri budsjettet fra fast ansatte til overtid og innleie. Dette gir en mindrekostnad på pensjon på 6,3 mill kroner som det er korrigert for i inngangsfarten. Klinikken har slitt med rekruttering innenfor flere områder og vil ansette faste medarbeidere der det er mulig.

Det er foreløpig ikke lagt inn resultatforbedring ved flytting av urologi og karkirurgi fra Aker og etablering av senter for elektiv kirurgi ved Aker. Dette vil i beste fall få en deffekt i 2015 og formodentlig ligge inne med en pukkelomkostning på grunn av behovet for nyrekruttering av personale under pågående drift. Det er heller ikke i Akuttklinikken budsjettert drift bygg 17 nytt Akuttmottak og ny PO Ullevål. Midlene til dette er budsjettert utenfor klinikken og vil overføres Akuttklinikken når planer for disponering er besluttet.

Tiltak

Samlet utgjør tiltakene i Akuttklinikken 27 mill kroner og 24 årsverk.

Avdeling for anesthesiologi har tiltak for totalt 6,4 mill kroner i budsjett 2015. Det største tiltaket er en besparelse på medikamentforbruk og vakanser.

Post operativ(PO)/Intensivavdelingen har tiltak for totalt 10 mill kroner i neste års budsjett. Det største tiltaket i denne avdelingen er på Generell intensiv på Ullevål der det nå er budsjettert en intensivseng mindre enn for 2014. Det vil si at seksjonen går fra 10 budsjetterte intensivsenger til 9 budsjetterte senger. Bakgrunnen for tiltaket er at beleggssrapporter viser at den tiende sengen svært sjelden er i bruk. PO på Ullevål vil fungere som en buffer ved behov og det er også mulig å åpne opp den tiende sengen på Generell Intensiv Ullevål hvis det skulle være nødvendig. Reduksjon av beredskap helg på PO på Aker er budsjettert som tiltak med en reduksjon på 2,5 stillinger (1,9 årsverk).

Prehospitalt senter har tiltak for 5,7 mill kroner i budsjett 2015. Pasientreiser har som målsetting å øke samkjøringen, samt overta telefonmottak av de letteste "mørkegrønne" ambulanseoppdragene. Dette vil bedre beredskap/svartider AMK, men vil kreve nye personalressurser hos Pasientreiser. Det er forventet løpende effekt av dette gjennom året.

Kostnadene knyttet til sommeravtaler har vært sterkt økende fra 2013 til 2014. Prehospitalt senter ønsker å redusere dette. Det vil bli fokus på å besette alle faste stillinger, rekruttere sommervikarer og få sommeravtaler på plass så tidlig som mulig. Ambulansetjenesten har lagt inn tiltak på reduserte drifts- og vedlikeholdskostnader på sine kjøretøy. Investering i nye ambulanser vil gi reduserte vedlikeholdskostnader.

| Type tiltak | Mill kroner |
|--|-------------|
| Midlertidig ledighold av stillinger | 6 427 |
| Permanente reduksjoner i kostnaden til bemanning (nye vaktordninger/turnusavtaler, endret sammensetning av personell, lavere årslønn, tilpasninger i arbeidstiden som reduserer behovet for innleie og overtid, reduksjon i antall årsverk) | 8 811 |
| Bedret drift (utnyttelse operativ kapasitet, samdrift og sammenslåing sengeposter, strukturering av pasientflyt, prøvertaking mv) | 2 904 |
| Reduserte innkjøpskostnader (volum og pris) | 2 400 |
| Endret pasientsammensetning (bruk av private, andre HF) | |
| Gevinster som følge av nye IT løsninger (GAT, RIS PACS, ERPJ, DIPS) | |
| Annet | 6 432 |
| Totalt | 26 974 |

Risikovurdering

Det er varierende risiko for at flere av de foreslåtte tiltakene ikke blir gjennomført.

- Risikoen ved å redusere medikamentkostnadene på Avdeling for anesthesiologi er tilstede da medikamentbruken er aktivitetsavhengig. I tillegg er samarbeidende kollegaer i andre klinikker ofte styrende i medikamentvalg.
- Innsparing på vakanser krever en løpende oppfølging og kan ha en risiko knyttet til sykdom i personalgruppen og pasienttilstrømning, ø-hjelp og pasientkompleksitet.
- Gjennomføringsrisikoen ved å ta ned bemanning tilsvarende 1 intensivseng på Gen intensiv Ullevål bør ikke være stor da det vil bli oppbemannet ved behov.
- Gjennomføringsrisiko for tiltaket på reduksjon i bemanning fra 3 til 2 på PO Aker på helg er lav, men forutsetter samarbeid mellom avdelinger internt.
- Det er en gjennomføringsrisiko på tiltaket om økt samkjøring fordi man samtidig skal bistå AMK med de ”mørkegrønne” turene.
- En reduksjon i sommeravtalene i Prehospitalt senter har en risiko i forhold til rekruttering av vikarer og at retningslinjer og avtaler for sommeravvikling i Oslo universitetssykehus HF blir avklart tidlig på året.
- Reduksjon av vedlikeholdskostnader på biler forutsetter at det bevilges tilstrekkelig antall nye ambulanser slik at de eldste bilene kan avhendes.

Reduksjon i brutto årsverk (bemanningsreduksjon, inkl vakansvakter) i beredskapsbærende virksomheter innebærer en risiko for kvalitet og kapasitet i håndtering av øyeblikkelig hjelp og sekundært i elektiv virksomhet. Tiltak med bemanningsreduksjon i Akuttklinikken vil kunne bety en generell risiko for kvalitet i pasientbehandlingen. Dette kan føre til forsinkelser og strykninger i operativ virksomhet, sekundært utsettelse eller forlenget ventetid. Det er ventet at driftseffektivisering gjennom systematisk forbedringsarbeid, bedre koordinering av bemanningsressurser på tvers i PO/Intensiv og utflating av intensivbehandling åpner opp for økt elektiv virksomhet.

Det meldes stadig avvik i pasientbehandlingen. Kapasitet i prehospitaltjenester og særskilt svartider i AMK og kapasitet i operasjon og PO/Intensiv har vært i fokus for tilsynsmyndighetene i 2014, men i synkende grad ift til tidligere. Det er gjennomført målrettede tiltak ift dette.

God lederrekruttering og mer kompetanse gir bedre mulighet til styring. Det er fremdeles en del ikke-funksjonelle arealer og uhensiktsmessig organiserte og gjennomførte pasientforløp som påvirker arbeidsmiljø. Sykefraværet er ikke stigende.

Medvirkning

Klinikken har hatt dialogmøter/informasjonsmøter med tillitsvalgte/verneombud (VO). I budsjettarbeidet er det fokus på at hver avdeling og seksjon sørget for å ha løpende involvering og informasjon av tillitsvalgte, verneombud og ansatte i budsjettarbeidet for 2015. Korte referater kan dokumentere prosessen så langt. Referatene er arkivert på hver avdeling. Det har vært avholdt oppstartmøter med alle avdelinger i klinikken. Tilsvarende møte ble avholdt med klinikktiltitsvalgte/VO. Klinikktillitsvalgte/VO har i tillegg deltatt på ledermøter i klinikken hver måned hvor budsjettprosessen og budsjettet 2015 er behandlet. Det er planlagt møter for dialog- og drøftingsmøter i klinikkens tidsplan for budsjettet 2015. Påminnelse om seksjonenes og avdelingenes ansvar for medvirkning for ansatte og tillitsvalgte/VO er løpende tema på møter og i all kommunikasjon om budsjettarbeidet i klinikken.

Klinikk for diagnostikk og intervensjon (KDI)

| OUS HF | Kostnadsramme 2014 ekskl ØMI | Prognose 2014 | Krav til resultatforbedring | Aktivitetsvekst i % (fra res til bud) | Aktivitetsvekst i % (fra bud til bud) | Tiltak meldt fra klinikk |
|--------|------------------------------|---------------|-----------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------|
| KDI | 2 005 000 | 70 000 | -10 000 | - | - | 18 432 |

Vurdering av krav til økonomisk resultatforbedring i 2015

Totalt har KDI fått et nedtrekk i ramme på 85 mill kroner for 2015. Dette inkluderer kravet på 20 mill kroner som ble drøftet med klinikktiltitsvalgte og verneombud 9.oktober. Ved siste rammetildeling i november fikk KDI redusert rammen med ytterligere 65 mill kroner.

Teknisk prognose for resultat 2014 er på ca 70 mill kroner i overskudd. Det positive avviket har tre hovedforklaringer: 1) Høyere inntekter enn budsjettet, fremfor alt i avdeling for medisinsk genetik (AMG) 2) Forsinket oppbemanning i avdeling for medisinsk biokjemi (MBK) og avdeling for patologi (PAT) 3) Positiv resultateffekt av frikjøp DIPS, LIMS og RIS/PACS.

Kostnadsnivået pr oktober og utvikling i aktivitetsbaserte inntekter siste 6 mnd tilsier at inngangsfarten til 2015 innebærer et krav til resultatforbedring på om lag på 10 mill kroner.

Klinikken skal være i stand til å håndtere dette kravet til resultatforbedring. Alle avdelinger har et minimum av 1 pst. krav til effektivisering for budsjett 2015.

Det er knyttet usikkerhet til hvordan ibruktakelsesprosjektene LIMS og RIS/PACS vil påvirke økonomien i klinikken i 2015. Dersom fremdrift endres i prosjektene vil dette påvirke kravet til resultatforbedring for KDI. I tillegg er kjøp av private tjenester til brystdiagnostikk og reduksjon av polikliniske takster for PET ikke fullkompensert.

Status for utarbeidelse av tiltak

Alle avdelinger har utarbeidet tiltak og samlet sett har klinikken tiltak for om lag 18 mill kroner (inkl. tiltak til prioriteringspott og justert for forventet gjennomføringsprosent av tiltakene). Det forutsettes i tillegg at avdeling for medisinsk genetikker øker inntektskravet med 60 mill kroner fra budsjett 2014. Forutsetninger for at inntektsnivået øker i denne størrelsesorden er:

- Inngangsfart på inntektssiden er lik snitt siste 6 mnd i 2014.
- Vekst gjennom 2015 i samme takt som vekst i 2014.
- Innvilgelse av 3 lønnsomme utstyrsinvesteringer.
- Tilstrekkelige arealer og infrastruktur til å gjennomføre aktivitet.

Det er identifisert tiltrekkelig med tiltak ift den økonomiske utfordring. Det forventes likevel et fortsatt arbeid med resultatforbedrende tiltak i 2015 for å sikre gjennomføring av drift i henhold til budsjetttrammene. Den enkelte klinikk i Oslo universitetssykehus HF forventes å arbeide kontinuerlig for forbedringer i drift og inngå i arbeidet som skal gå på tvers av klinikkene for å sikre lik praktisering og gjennomføring innen spesifiserte områder.

a. Beskrivelse av tiltak

Oppsummert har KDI tiltak knyttet til innkjøp, effekter av MTU-investeringer og kontinuerlig forbedringsarbeid. Effektene av MTU-investeringer begrenses kraftig av manglende investeringsbudsjett, men positive effekter bør også hentes ut av sammenbruddsanskaffelser og de prioriterte lønnsomme investeringene. Tiltakene i KDI vil i stor grad være rettet mot å øke aktiviteten med den bemanning som ble finansiert i budsjett 2014. Dette skal også gi positive effekter på inntektene, svartider og andre kvalitetsparametre.

| Type tiltak | Mill kroner |
|--|-------------|
| Midlertidig ledighold av stillinger | 600 |
| Permanente reduksjoner i kostnaden til bemanning (nye vaktordninger/turnusavtaler, endret sammensetning av personell, lavere årslønn, tilpasninger i arbeidstiden som reduserer behovet for innleie og overtid, reduksjon i antall årsverk) | 500 |
| Bedret drift (utnyttelse operativ kapasitet, samdrift og sammenslåing sengeposter, strukturering av pasientflyt, prøvertaking mv) | 4 860 |
| Reduserte innkjøpskostnader (volum og pris) | 3 072 |
| Endret pasientsammensetning (bruk av private, andre HF) | |
| Gevinster som følge av nye IT løsninger (GAT, RIS PACS, ERPJ, DIPS) | 850 |
| Annet | 8 550 |
| Totalt | 18 432 |

Risikovurdering

Gjennomføringsrisiko

De fleste av tiltakene vil la seg igangsette i 2015, men det er knyttet usikkerhet til gjennomføringsgrad og gevinster. Usikkerhetsfaktorer er i stor grad knyttet til mulig sammenbrudd av medisinsk teknisk utstyr, gjennomføring av IKT investeringer og servicekapasitet fra Sykehuspartner.

Risiko for pasientbehandling, omdømme og arbeidsmiljø

Tiltakene skal gi positive utslag på aktivitetsvekst, svartider og andre kvalitetsindikatorer. Risiko for negative effekter på pasientbehandling, omdømme og arbeidsmiljø vurderes som lav i de aller fleste tiltakene.

For enkelte avdelinger er likevel situasjonen svært krevende. Det er spesielt avdeling for mikrobiologi som har hatt størst utfordring med å møte budsjetttrammene for 2015. Avdelingen har et stort behov for automasjon og i kombinasjon med stor vekst i inneliggende aktivitet blir belastningen på personellet stor. Avdelingen er under press for å utvide åpningstidene, forbedre sepsisdiagnostikken og bedre arbeidsmiljøet. Budsjettforutsetningene for 2015 gjør det vanskelig for avdelingen å gjennomføre nødvendige tiltak og risiko for negative konsekvenser i pasientbehandlingen og for arbeidsmiljøet er til stede. Klinikken vil derfor måtte rette særskilt oppmerksomhet i gjennomføring av drift i 2015 for avdeling for mikrobiologi.

Medvirkning

Tillitsvalgte og verneombud skal involveres på det nivået tiltakene får effekter/konsekvenser.

Både tiltaksleveranse samt endelig budsjett er drøftet på klinikknivå.

Etter siste tildeling av endelige rammer til klinikken har det imidlertid vært vanskelig å få til en god prosess for medvirkning og informasjon. Store endringer i rammeforutsetninger sent i prosessen bidrar til å gjøre dette krevende.

Oslo Sykehusservice (OSS)

| OUS HF | Kostnadsramme 2014 ekskl ØMI | Prognose 2014 | Krav til resultatforbedring | | Aktivitetsvekst i % (fra res til bud) | Aktivitetsvekst i % (fra bud til bud) | Tiltak meldt fra klinikk |
|--------|------------------------------|---------------|-----------------------------|--|---------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------|
| OSS | 2 058 000 | 14 000 | -50 000 | | - | - | 17 055 |

Vurdering av krav til økonomisk resultatforbedring i 2015

Prognosen for 2014 er et overskudd på om lag 14 mill kroner. Dette knytter seg til lavere energipriser, lavere opptak i videreutdanning for sykepleie enn forutsatt, samt at det har tatt lenger tid enn forventet å øke kapasiteten på innkjøpsområdet samt drift og vedlikehold av aktiv forsyning. Disse oppgavene er OSS tildelt midler for, men disse er i liten grad benyttet i 2014. Driften for øvrig er samlet sett i balanse, og det forutsettes i denne innmeldingen at dette opprettholdes ved utgangen av året.

For 2015 så forventes det opptak i videreutdanning innen sykepleie og energikostnader ihht budsjett. Videre er kapasiteten på innkjøpsområdet nå økt, og aktiv forsyning må driftes og vedlikeholdes. Tildelte midler vil bli benyttet i 2015.

OSS rammer er redusert med totalt om lag 50 mill kroner (2,5 pst.). 2. juli ble OSS rammer redusert med om lag 20 mill kroner (1 pst.). 6.november ble rammene redusert med ytterligere 32 mill kroner (1,5 pst.). Dette har direkte påvirkning til krav til resultatforbedring i 2015.

OSS har meldt inn nye oppgaver for om lag 65 mill kroner. OSS fikk 6.november tilbakemelding på hvilke nye oppgaver som fikk tilført midler og hvilke oppgaver som ikke fikk tilført midler. Det ble samlet tilført 35 mill kroner for konkrete oppgaver OSS forventes å utføre.

1. Økonomisk resultatforbedring - tiltak

I forbindelse med rammereduksjon av 2.juli ble det identifisert tiltak for om lag 17 mill kroner tilsvarende utfordringsbildet på dette tidspunktet. Tiltakene ble drøftet i forbindelse med budsjettleveranse 10.oktober.

I forbindelse med ytterligere rammekutt av 6.november på 32 mill kroner så har det frem til drøftingsdokumenter ble sendt ut 21.november ikke vært mulig å ha en prosess for fordeling av rammer og utarbeidelse av tiltak med god involvering av ledere og ansatte. Det er dermed ikke drøftet ytterligere tiltak for den økte utfordringen. Dette innebærer at det er nødvendig å fortsette arbeidet med resultatforbedrende tiltak for å sikre en gjennomføring av drift i 2015 i henhold til budsjetttrammene.

OSS har uttrettet mye tidligere år, og det økte kravet er derfor svært krevende å gjennomføre. OSS er en viktig del av kjeden i sykehuset og må nå effektivisere ytterligere samt redusere deler av tjenestetilbudet. OSS ledelse og ansatte vil anstrenge seg for å komme i mål innenfor tildelte rammer uten at dette går ut over sykehusets aktivitetsnivå. Redusert kvalitet og kvantitet på ulike tjenesteområder må likevel med disse budsjettforutsetningene vurderes.

| Type tiltak | Mill kroner |
|--|-------------|
| Midlertidig ledighold av stillinger | |
| Permanente reduksjoner i kostnaden til bemanning (nye vaktordninger/turnusavtaler, endret sammensetning av personell, lavere årslønn, tilpasninger i arbeidstiden som reduserer behovet for innleie og overtid, reduksjon i antall årsverk) | 4 776 |
| Bedret drift (utnyttelse operativ kapasitet, samdrift og sammenslåing sengeposter, strukturering av pasientflyt, prøvertaking mv) | 2 267 |
| Reduserte innkjøpskostnader (volum og pris) | 600 |
| Endret pasientsammensetning (bruk av private, andre HF) | |
| Gevinster som følge av nye IT løsninger (GAT, RIS PACS, ERPJ, DIPS) | |
| Annet | 9 412 |
| Totalt | 17 055 |

2. Risikovurdering

Gjennomføringsrisiko

Det leveres ikke nye tiltak ut over de som ble drøftet ifm leveranse 10.oktober. Risikovurderingen til disse er uendret siden 10.oktober. Risiko for at foreslåtte tiltak av 10.oktober ikke lar seg gjennomføre i 2015 er vurdert som lav til medium.

Risiko for pasientbehandling, omdømme og arbeidsmiljø

Tiltakene som er meldt inn (10.okt og 28.nov) skal i utgangspunktet ikke påvirke pasientbehandling eller arbeidsmiljø i vesentlig negativ grad. Tiltakene kan innebære økt risiko for negativt omdømme, men det vil gjennomføres risikoreducerende tiltak for å minimere risikoen (f. eks gjennom kommunikasjon og forventningsavklaringer). Ytterligere tiltak vil bli vurdert på et senere tidspunkt.

3. Medvirkning

Opplegg for involvering ble avklart og forankret med klinikktiltitsvalgte i juni og august. Alle ledere med flere enn ca 30 ansatte skal invitere de ansatte til en felles gjennomgang av budsjettsituasjonen hvor ansatte skal gis anledning til å komme med innspill til hvordan oppgaveløsningen i egen enhet skal gjennomføres innenfor tildelte økonomiske rammer. I møtene presiseres det at ansatte skal ha reell påvirkningsmulighet (til hvordan oppgaveløsningen i egen enhet skal gjennomføres innenfor tildelte økonomiske rammer). Det

presiseres også at det er leder som er ansvarlig for gjennomføringen av budsjettet, og at det er leder som til slutt er ansvarlig for å beslutte hvilke tiltak som skal gjennomføres. Leder på laveste nivå skal delta på møtene, og det skal skrives referat.

Tilbakemeldingen fra ansatte ifm første leveranse 10.oktober er at involveringen har vært god.

I forbindelse med ytterligere rammereduksjon på 32 mill kroner av 6. november så har det ikke vært anledning til å involvere ansatte eller ledere på laveste nivå. Ytterligere tiltak må derfor utarbeides og drøftes med tillitsvalgte når de foreligger.

| Tabeller til budsjettdokument 2015 | |
|---|---|
| 1. | Inntektsramme fra Helse Sør-Øst RHF 2015 |
| 2. | Økonomiske forutsetninger 2015 |
| 3.1 | Aktivitetsmål for somatikk 2015 |
| 3.2 | Aktivitetsmål for aktivitet innen psykisk helsevern og TSB 2015 |
| 4.1 | Resultatbudsjett 2015 - Hovedtall |
| 4.2 | Resultatbudsjett 2015 - ØBAK-linjer |
| 5. | Rammetildeling til klinikkene 2015 |
| 6. | Bemanningsbudsjett for 2015 |
| 7. | Investeringsbudsjett for 2015 |
| | |

TABELL 1 - Inntektsramme 2015

Beløp i tusen kroner

| | Ramme mottatt fra Helse Sør-Øst 05.12.2014 |
|---|---|
| Basisramme til drift og investering foregående år | 11 041 373 |
| Justeringer 2015: | |
| Justering inntektsmodell fra 2014 | -31 840 |
| Regional inntektsmodell - omfordeling 2015, inkl ny Sunnaas-løsning | 86 224 |
| Uttrekk samhandlingsreformen | 0 |
| Regional kompetansetjeneste barnehabilitering, overført RHF | -4 000 |
| Gjestepasientinntekt fra andre regioner pga manglende pensjon i ISF | -30 000 |
| Sum endring | 20 384 |
| Basisramme 2015 før statsbudsjettet | 11 061 757 |
| Lønns- og prisvekst 2015 (3,10%) Grunnlag 11.061,757 mill.kr | 342 913 |
| Andre endringer fra Prop 1S: | |
| Effektiviseringskrav 0,5% | -68 428 |
| Økt basis sfa effektiviseringsreformen | 75 188 |
| Økte pensjonskostnader | 477 836 |
| Uttrekk kvalitetsbasert finansiering | -73 881 |
| Kvalitetsbasert finansiering, post 71 | 66 088 |
| Uttrekk samhandlingsreformen ø-hjelp | -2 185 |
| Manglende prisjustering egenandeler | 6 459 |
| Tuberkuloseforebyggende arbeid, videreført fra RNB 2014 | 1 097 |
| Basisramme PET-scan, videreført fra RNB 2014 | 18 619 |
| Drop- out team, videreføring av tilskudd fra 2014 | 2 050 |
| Prostataentre, videreføring av tilskudd 2014 | 4 232 |
| Økt aktivitet | 94 904 |
| Psykisk helsevern, vridning døgn-dag | -3 904 |
| Nasjonal inntektsmodell, uttrekk | -4 313 |
| Kreftlegemidler, overført ISF | -8 812 |
| Økt gebyr ikke - møtt poliklinikk | -2 555 |
| Medisinsk bibliotek Ullevål og Radium. Virk. overdr. KUD. (Prop s.111) | -16 200 |
| Endring fra Helse Sør-Øst RHF | |
| Regionalt kompetansesenter innkjøp MTU | 4 000 |
| Økt ramme regional sikkerhetsavd. RSA (15,000 mill.kr - 15,000 mill.kr) | 0 |
| Sum endring | 913 108 |
| Basisramme 2015 | 11 974 865 |
| Fra post 78, øremerket fra HOD | 253 624 |
| Strategiske midler, post 72 | 114 480 |
| Sum forskning | 368 104 |
| Nasjonale kompetansetjenester for sjeldne diagnoser, post 78 | 76 541 |
| Øvrige nasjonale kompetansetjenester, post 78 | 85 579 |
| Sum nasjonale kompetansetjenester | 162 120 |
| Prostatacenter, overført til basis fra 2015 | 0 |
| Skadelig bruk av doping | 4 200 |
| Arbeidsmedisinske avdelinger | 4 974 |
| Tilskudd til turnustjeneste | 1 598 |
| Kreftregistret | 105 400 |
| Behandlingsreiser til utlandet | 119 677 |
| Biobank CFS/ME | 1 000 |
| Særreaksjonsordning, dømt til behandling | 1 600 |
| Soningsenhet for ungdom under 18 år | 0 |
| Forsøksordning tannhelsetjenester i tverrfaglig miljø | 1 900 |
| Narkolepsi hos barn (Nasjonalt forskningsprosjekt) | 3 200 |
| Sum statlige tilskudd | 243 549 |
| Gjestepas. innt. fra andre regioner pga manglende pensjon i ISF | 30 000 |
| Andre inntekter | 0 |
| Sum andre inntekter | 30 000 |
| Sum faste inntekter 2015 | 12 778 638 |

TABELL 2 - Økonomiske forutsetninger 2015

| Økonomiske forutsetninger 2015 | | |
|--|--|---------------|
| Enhetspris ISF 2015 (100% DRG, HSØ-skriv nr. 8) | | kr 41.462 |
| Refusjonssats ISF for aktivitet utført for pasienter fra HSØ | | 50 % |
| Tilleggsrefusjonssats ISF konserninternt gjestepasientoppgjør eksklusiv stråleterapi (innenfor Helse Sør-Øst RHF - utenfor Oslo sykehusområde) | | 30 % |
| Tilleggsrefusjonssats ISF konserninternt gjestepasientoppgjør, kun stråleterapi (innenfor Helse Sør-Øst RHF - utenfor Oslo sykehusområde) | | 50 % |
| Gjestepasientoppgjør fra andre helseregioner | | 80 % |
| Døgnpris utskrivningsklare pasienter | | kr 4.387 |
| Gjennomsnittlig lønns- og prisvekst (fra statsbudsjettet) | | 3,1 % |
| Herunder lønnsvekst | | 3,3 % |
| Herunder prisvekst andre kostnader | | 2,7 % |
| Konserninterne gjestepasientpriser voksenpsykiatri 2015: | | |
| Kurdøgn / oppholdsdøgn (HSØ-skriv nr.8) | | kr 6.184 |
| Dagopphold og poliklinisk konsultasjon (HSØ-skriv nr.8) | | kr 1.543 |
| Konserninterne gjestepasientpriser TSB 2015: | | |
| Avgiftning/utredning, tvang og dobbelt diagnoseproblematikk | | kr 7.438 |
| Øvrig døgnbehandling (HSØ-skriv nr.8) | | kr 3.719 |
| Priser somatikk 2015: | | |
| (Generelt: Alle 2014-priser er økt med 3,1%) | | |
| Kurdøgn / SSE Voksne | | kr 8.931 |
| Kurdøgn / SSE Voksne, psykisk utviklingshemmede | | kr 10.617 |
| Kurdøgn / SSE Barn | | kr 10.240 |
| Kurdøgn / Solbergtoppen Rehabilitering | | kr 5.836 |
| Kurdøgn / Geilomo barnesykehus | | kr 4.732 |
| PET-scanning | | kr 13.764 |
| Beregning av pensjonskostnad: (ref NRS) | | |
| Diskonteringsrente | | 4,00 % |
| Lønnsvekst | | 3,75 % |
| G-regulering | | 3,50 % |
| Pensjonsregulering | | 2,72 % |
| Forventet avkastning | | 4,40 % |
| Renteforutsetninger: (HSØ-skriv nr.5) | | |
| Driftskreditt | | 1,80 % |
| Bundne bankkonti (renteinntekt) | | 3,00 % |
| Fordring på HSØ vedr. basisfordring | | 1,80 % |
| Langsiktige lån med flytende rente | | 1,80 % |
| Langsiktige lån med fast rente | | 2,94% - 2,99% |

TABELL 3.1 - Aktivitetsmål for somatikk 2015

| Pasientbehandling | Budsjett 2014 | Estimat 2014 | ØLP 2015 | Budsjett 2015 |
|--|----------------------|---------------------|-----------------|----------------------|
| Antall utskrevne pasienter - døgnbehandling | 104 269 | 104 269 | 105 833 | 105 244 |
| Antall liggedøgn - døgnbehandling | 480 086 | 475 086 | | 479 298 |
| Antall dagbehandlinger | 70 649 | 70 649 | 72 415 | 70 728 |
| Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner | 741 648 | 741 648 | 760 189 | 756 463 |

| DRG-poeng | Budsjett 2014 | Estimat 2014 | ØLP 2015 | Budsjett 2015 |
|---|----------------------|---------------------|-----------------|----------------------|
| DRG-poeng for pasienter fra Helse Sør-Øst | 204 893 | 206 093 | | 213 397 |
| DRG-poeng for pasienter fra andre regioner mv | 15 932 | 15 931 | | 16 331 |
| DRG-poeng totalt | 220 825 | 222 024 | 224 171 | 229 728 |

TABELL 3.2 - Aktivitetsmål for aktivitet innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2015

| Psykisk helsevern | Budsjett 2014 | Estimat 2014 | ØLP 2015 | Budsjett 2015 |
|--------------------------|----------------------|---------------------|-----------------|----------------------|
|--------------------------|----------------------|---------------------|-----------------|----------------------|

Psykisk helsevern for voksne (VOP)

Psykisk helsevern for voksne (VOP) Sum DPS og sykehus

| | | | | |
|---|--------|--------|--------|--------|
| Antall liggedøgn døgnerbehandling | 71 400 | 73 624 | - | 73 322 |
| Antall utskrevne pasienter døgnerbehandling | 1 542 | 1 900 | 1 564 | 1 701 |
| Antall oppholdsdager dagbehandling | 40 | 100 | 40 | - |
| Antall polikliniske konsultasjoner | 79 669 | 81 900 | 81 616 | 82 532 |

Barne - og ungdomspsykiatri

| | | | | |
|---|--------|--------|--------|--------|
| Antall liggedøgn døgnerbehandling | 4 230 | 5 200 | - | 5 163 |
| Antall utskrevne pasienter - døgnerbehandling | 96 | 135 | 98 | 131 |
| Antall oppholdsdager dagbehandling | 3 161 | 3 040 | 3 244 | 2 994 |
| Antall polikliniske konsultasjoner | 49 356 | 46 500 | 50 564 | 50 720 |

Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbrukere (TSB)

| | | | | |
|---|--------|--------|--------|--------|
| Antall liggedøgn døgnerbehandling | 27 500 | 25 200 | - | 27 448 |
| Antall utskrevne pasienter - døgnerbehandling | 2 900 | 3 045 | 2 958 | 2 999 |
| Antall oppholdsdager dagbehandling | 574 | 275 | 580 | 300 |
| Antall polikliniske konsultasjoner | 10 552 | 10 700 | 10 826 | 14 052 |

TABELL 4-1 - Resultatbudsjett 2015 (hovedtall)

Beløp i tusen kroner

| Resultatbudsjett | Budsjett 2014 | Estimat 2014 Rapportert pr. oktober 2014 | ØLP 2015 (2014-priser) | Budsjett 2015 |
|--|----------------------|---|-----------------------------------|----------------------|
| Basisramme | 11 151 802 | 11 160 902 | 11 292 371 | 12 089 345 |
| Aktivitetsbaserte inntekter | 7 161 520 | 7 209 832 | 7 258 692 | 7 620 706 |
| Andre inntekter | 1 806 954 | 1 965 889 | 1 864 152 | 1 911 222 |
| Sum driftsinntekter | 20 120 276 | 20 336 623 | 20 415 215 | 21 621 273 |
| Varekostnader inkl. kjøp av helsetjenester | 2 578 750 | 2 668 750 | 2 612 676 | 2 786 758 |
| Lønn- og innleiekostnader | 13 884 836 | 14 046 676 | 13 884 836 | 14 923 003 |
| Avskrivninger/nedskrivninger | 842 246 | 850 303 | 896 431 | 862 000 |
| Andre driftskostnader | 2 793 814 | 2 773 813 | 2 854 899 | 2 861 953 |
| Sum driftskostnader | 20 099 646 | 20 339 542 | 20 248 843 | 21 433 714 |
| Resultat før finans | 20 630 | -2 919 | 166 372 | 187 559 |
| Netto finans | 20 630 | -2 919 | 16 372 | 12 559 |
| Driftsresultat | 0 | 0 | 150 000 | 175 000 |

TABELL 4-2 - Resultatbudsjett 2015 (ØBAK - grunnlag for rapportering)

Beløp i tusen kroner

| Resultatbudsjett | Budsjett 2014 | Estimat 2014 Rapportert pr. oktober 2014 | ØLP 2015 (2014- priser) | Budsjett 2015 | Kommentarer til endringer fra estimat 2014 til budsjett 2015 |
|---|-------------------|--|----------------------------|-------------------|--|
| Basisramme | 11 151 802 | 11 160 902 | 11 292 371 | 12 023 257 | Ilt tabell 1 - Inntektsramme fra Helse Sør-Øst RHF. |
| Kvalitetsbasert finansiering | 0 | 0 | 0 | 66 088 | Ilt tabell 1 - Inntektsramme fra Helse Sør-Øst RHF. |
| ISF-refusjon dag- og døgnbehandling | 3 064 314 | 3 067 327 | 3 110 279 | 3 598 713 | 50 % ISF-refusjon for pasienter fra regionen. Totalt 213.397 DRG-poeng, inkl budsjettert aktivitetsvekst fra 2014 og effekt av nye vekter 2015. |
| ISF-refusjon somatisk poliklinisk aktivitet | 453 528 | 470 454 | 460 331 | 784 338 | |
| ISF-refusjon kommunal medfinansiering | 621 882 | 613 945 | 631 210 | 0 | |
| ISF-refusjon kostnadskrev.legemidler utenfor sykehus | 37 225 | 37 113 | 37 783 | 40 882 | |
| Utskrivningsklare pasienter | 4 109 | 1 500 | 4 109 | 1 580 | |
| Gjestepasienter | 589 183 | 609 183 | 598 021 | 607 647 | Inntekter fra aktivitet for pasienter fra andre regioner og fra foretak innen HSØ. For priser innen regionen se tabell 2 - økonomiske forutsetninger. Salg avstemt mot andre HF. |
| Salg av konserninterne helsetjenester (gjestepasienter) | 1 842 062 | 1 846 093 | 1 859 504 | 1 945 659 | |
| Polikliniske inntekter | 549 217 | 564 217 | 557 455 | 641 887 | Det er budsjettert med en vekst i 2015 særlig innenfor lab/rad inkl medisinsk genetikk. |
| Øremerket tilskudd "Raskere tilbake" | 41 897 | 41 897 | 41 897 | 42 075 | Inntekter fra Raskere tilbake er budsjettert ut fra sendte søknader for 2015. |
| Andre øremerkede tilskudd | 1 022 067 | 1 067 067 | 1 022 067 | 1 085 641 | Omfatter tilskudd til forskningsprosjekter fra regionen, Kreftregisteret mv |
| Andre driftsinntekter | 742 990 | 856 925 | 800 188 | 783 506 | Det er ikke budsjettert med gevinst fra salg i 2015. Deler av reduksjonen fra 2014 skyldes også redusert frikjøp i forbindelse med DIPS. |
| Sum driftsinntekter | 20 120 276 | 20 336 623 | 20 415 215 | 21 621 273 | |
| Kjøp av offentlige helsetjenester | 42 854 | 52 875 | 42 875 | 64 164 | Det er budsjettert med en økning i kjøp av offentlige helsetjenester fra estimat 2014. Deler av dette relateres til økning av senger ved Kommunal akutt døgnenhet (KAD). |
| Kjøp av private helsetjenester | 237 291 | 247 291 | 237 291 | 223 948 | Noe redusert som følge av endret ordning for betaling av egenandeler ved sykehotellene. |
| Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen | 2 261 765 | 2 311 765 | 2 295 691 | 2 429 511 | Sum varekostnader er budsjettert med en økning på vel 115 mnok fra estimat 2014. Dette skal dekke både økt aktivitet og prisjustering. |
| Innleid arbeidskraft | 107 907 | 204 747 | 107 907 | 141 296 | Det er budsjettert med en reduksjon i innleiekostnadene på 30 pst fra estimat 2014. |
| Kjøp av konserninterne helsetjenester (gjestepasienter) | 36 840 | 56 819 | 36 819 | 69 135 | Kjøp av helsetjenester fra andre HF i regionen. Kjøp er avstemt i budsjettet og inkluderer kostnader til ny modell for finansiering av Sunnaas sykehus. |
| Lønn til fast ansatte | 9 477 711 | 9 477 711 | 9 477 711 | 9 913 633 | Samlet økning skyldes lønnsvekst og tiltak innenfor lønnsområdet. |
| Overtid og ekstrahjelp | 926 431 | 1 086 431 | 926 431 | 957 482 | |
| Pensjon inkl arbeidsgiveravgift | 2 248 774 | 2 248 774 | 2 248 774 | 2 755 318 | Pensjon er budsjettert ut fra pensjonskassenes budsjettberegninger fra juni 2014. |
| Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft | -531 017 | -611 017 | -531 017 | -548 932 | Budsjettet forutsetter en reduksjon i sykelønnsrefusjoner fra estimat 2014 på om lag 10 pst. |
| Annen lønn | 1 655 030 | 1 640 030 | 1 655 030 | 1 704 206 | Omfatter i hovedsak arbeidsgiveravgift, gruppelivsforsikringer, opplæring mv. |
| Avskrivninger | 842 246 | 830 246 | 896 431 | 862 000 | Budsjetterte avskrivninger for eksisterende anlegg, AUU og planlagte investeringer. |
| Andre driftskostnader | 2 793 814 | 2 773 813 | 2 854 899 | 2 861 953 | Hoveddelen av økningen er knyttet til IKT-området. |
| Sum driftskostnader | 20 099 646 | 20 339 542 | 20 248 843 | 21 433 714 | |
| Driftsresultat | 20 630 | -2 919 | 166 372 | 187 559 | |
| Finansinntekter | 104 332 | 92 576 | 96 738 | 86 441 | Omfatter bidrag fra AS'ene med 14 mnok, samt renteinntekter på skattetrekkkonto og basisfordring på HSØ. |
| Finanskostnader | 124 962 | 89 657 | 113 110 | 99 000 | Omfatter rentekostnader på langsiktige lån overfor Helse Sør-Øst RHF og driftskreditt. |
| Finansresultat | -20 630 | 2 919 | -16 372 | -12 559 | |
| Ordinært resultat | 0 | 0 | 150 000 | 175 000 | |

TABELL 5 - Rammetildeling til klinikkene for 2015

Beløp i tusen kroner

| Klinikk 1) | | Eksterne inntekter | | | Utgiftsramme | | | DRG-poeng 2) | | |
|------------|---|-----------------------|-------------------|-------------------------|-----------------------|-------------------|-------------------------|-----------------------|-------------------|-------------------------|
| | | 2015 Ordinær drift | 2015 Øremerket | 2015 Totalt budsjett | 2015 Ordinær drift | 2015 Øremerket | 2015 Totalt budsjett | 2015 Ordinær drift | 2015 Øremerket | 2015 Totalt budsjett |
| A | Klinikk psykisk helse og avhengighet | 277 119 | 59 116 | 336 235 | 1 856 840 | 59 116 | 1 915 956 | 0 | 0 | 0 |
| B | Medisinsk klinikk | 29 695 | 57 360 | 87 055 | 1 088 251 | 57 360 | 1 145 611 | 27 190 | 0 | 27 190 |
| C | Klinikk for kirurgi og nevrofag | 368 988 | 47 927 | 416 915 | 2 097 550 | 47 927 | 2 145 477 | 64 885 | 0 | 64 885 |
| D | Kvinne- og barneklubben | 86 585 | 151 413 | 237 998 | 1 506 828 | 151 413 | 1 658 241 | 37 596 | 0 | 37 596 |
| E | Klinikk for kreft, kirurgi og transplantasjon | 113 384 | 305 656 | 419 040 | 2 245 809 | 305 656 | 2 551 465 | 61 746 | 0 | 61 746 |
| F | Hjerte-, lunge- og karklubben | 5 667 | 35 200 | 40 867 | 1 022 342 | 35 200 | 1 057 542 | 32 222 | 0 | 32 222 |
| H | Akuttklubben | 20 250 | 16 511 | 36 761 | 2 403 865 | 16 511 | 2 420 376 | 4 100 | 0 | 4 100 |
| I | Klinikk for diagnostikk og intervensjon | 676 581 | 204 305 | 880 886 | 2 078 532 | 204 305 | 2 282 837 | 155 | 0 | 155 |
| J | Oslo sykehusservice | 205 244 | 31 252 | 236 496 | 2 065 404 | 31 252 | 2 096 656 | 0 | 0 | 0 |
| | Stab, eksklusiv IKT | 0 | 153 885 | 153 885 | 320 738 | 153 885 | 474 623 | 0 | 0 | 0 |
| | Stab, IKT | 7 700 | 0 | 7 700 | 1 047 700 | 0 | 1 047 700 | 0 | 0 | 0 |
| | Kreftregisteret | 0 | 179 793 | 179 793 | 0 | 179 793 | 179 793 | 0 | 0 | 0 |
| | Fellesposter u/finans 3) 4) | 18 587 642 | 0 | 18 587 642 | 2 457 437 | 0 | 2 457 437 | 1 972 | | 1 972 |
| | Fellesposter, grupper, pol.kons.samme dag mv | | | 0 | | | 0 | -138 | | -138 |
| | Sum Klinikker mv | 20 378 855 | 1 242 418 | 21 621 273 | 20 191 296 | 1 242 418 | 21 433 714 | 229 728 | 0 | 229 728 |

Noter:

1. Budsjettene er basert på eksisterende organisasjonsstruktur. Endringer i denne vil medføre endringer i klinikkens budsjetter.
2. Antall DRG-poeng og den klinikkvise fordelingen av DRG-poeng vil kunne bli endret som følge av endringer i intern fordeling, nye DRG-vektorer / ny grupper mv.
3. Inntektene på Fellesposter er i hovedsak Basisramme og DRG-inntekter.
4. Utgiftene på Fellesposter er i hovedsak avsetning til lønnsoppgjør, pensjon (mye av pensjonskost.ligger hos klinikkene), overlegepermisjoner, biologiske legemidler, gjestepasienter, avskrivninger og risikoavsetning

TABELL 6 - Bemanning (årsverk)

| Klinikk | | Brutto årsverk 2014 1) | | | Brutto årsverk 2015 1) | | |
|---------|---|------------------------|-------------------------|-------------------|------------------------|---------------|---------------|
| | | Budsjett 2014 | Faktisk i november 2014 | Gjennomsnitt 2014 | Øremerkede midler | Ordinær drift | Budsjett 2015 |
| A | Klinikk psykisk helse og avhengighet | 2 117 | 2 256 | 2 218 | 64 | 2 133 | 2 197 |
| B | Medisinsk klinikk | 1 249 | 1 339 | 1 317 | 72 | 1 211 | 1 283 |
| C | Klinikk for kirurgi og nevrofag | 2 161 | 2 247 | 2 212 | 46 | 2 083 | 2 129 |
| D | Kvinne- og barneklubben | 1 792 | 1 842 | 1 780 | 134 | 1 690 | 1 823 |
| E | Klinikk for kreft, kirurgi og transplantasjon | 2 535 | 2 642 | 2 592 | 373 | 2 245 | 2 619 |
| F | Hjerte-, lunge- og karklubben | 830 | 875 | 851 | 29 | 777 | 806 |
| H | Akuttklubben | 2 325 | 2 391 | 2 345 | 17 | 2 365 | 2 382 |
| I | Klinikk for diagnostikk og intervensjon | 2 222 | 2 249 | 2 188 | 208 | 2 062 | 2 269 |
| J | Oslo sykehuservice | 1 861 | 1 951 | 1 908 | 34 | 1 865 | 1 898 |
| | Kreftregisteret | 142 | 152 | 145 | 169 | 0 | 169 |
| | Staben | 284 | 271 | 272 | 47 | 222 | 269 |
| | Ufordelt 2) | 0 | 1 | 1 | 0 | 150 | 150 |
| | OUS Totalt | 17 517 | 18 216 | 17 829 | 1 193 | 16 802 | 17 995 |

Noter:

- 1) Brutto månedsverk, inkl eksternt finansierte
- 2) Dette inkluderer frikjøp ifm investeringsprosjekter (DIPS fase 2) mv

TABELL 7 - Investeringsbudsjett for 2015

| Investeringsbudsjett (ekskl. byggelånsrenter) millioner kroner | | Estimat 2014 | Budsjett 2014 | ØLP 2015 | Budsjett 2015 |
|--|------------------------|--------------|---------------|--------------|---------------|
| Investeringer innenfor ordinær likviditetstildeling | MTU | 140 | 173 | 174 | 57 |
| | Bygg | 78 | 78 | 76 | 138 |
| | Annet | 56 | 59 | 60 | 25 |
| | Egenkapital pensjon | | | | 24 |
| | IKT | 10 | 25 | 25 | 25 |
| | SUM | 284 | 335 | 335 | 269 |
| Investeringsbehov ut over ordinær likviditetstildeling (ekskl. omstilling) | MTU | 100 | 100 | 350 | 50 |
| | Bygg (tilsyn og infr.) | 350 | 350 | 775 | 150 |
| | Annet | | | | |
| | IKT | | | | |
| | SUM | 450 | 450 | 1 125 | 200 |
| Omstilling Fase 1 (1 575 mill kroner) | MTU | 84 | 84 | 30 | 50 |
| | Bygg | 286 | 386 | 335 | 175 |
| | Annet | | | | |
| | IKT | | | | |
| | SUM | 370 | 470 | 365 | 225 |
| Nye leieavtaler utstyr og bygg | MTU | - | | | 200 |
| | Bygg | | | | 112 |
| | Annet (ambulanse) | | | | 10 |
| | SUM | - | - | - | 322 |
| TOTAL | MTU | 324 | 357 | 554 | 357 |
| | Bygg | 714 | 814 | 1 186 | 575 |
| | Annet | 56 | 59 | 60 | 35 |
| | Egenkapital pensjon | - | - | - | 24 |
| | IKT | 10 | 25 | 25 | 25 |
| | SUM | 1 104 | 1 255 | 1 825 | 1 016 |

| | | Budsjett 2015 |
|---|---|---------------|
| Regionale IKT investeringer ¹⁾ | Prosjekter innenfor området klinisk, forskningsstøtte og samhandling | 131 |
| | Prosjekter innenfor området lab og radiologi med forskningsstøtte og samhandlin | 0 |
| | Prosjekter innenfor området infrastruktur | 265 |
| | SUM | 396 |

1) Det understrekes at rammen for IKT-investeringer ikke er endelig besluttet i Helse Sør-Øst RHF. Investeringene i IKT blir formelt besluttet i Helse Sør-Øst RHF og legges derfor ikke fram til formell beslutning i styret i Oslo universitetssykehus HF.

| | | |
|--|-------|--------------|
| | Dato: | Side: 1 / 30 |
| Oslo universitetssykehus HF Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF | | |

**Områdeplan IKT for
Oslo universitetssykehus HF
Perioden 2015 - 2019**

GODKJENT AV:

| Navn | Rolle | Stilling | Dato |
|------|-------|--------------------------|------|
| | | Administrerende direktør | |

| | | |
|--|-------|--------------|
| | Dato: | Side: 2 / 30 |
| Oslo universitetssykehus HF Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF | | |

INNHALDSFORTEGNELSE

| | |
|--|-----------|
| INNLEDNING | 5 |
| PRINSIPPER FOR PRIORITERING..... | 5 |
| 1. RAMMEFAKTORER | 6 |
| 1.1. EIERSTYRING OG STRATEGIER | 6 |
| 1.2. FØRINGER FRA HELSE SØR-ØST..... | 6 |
| 1.3. SYKEHUSPARTNER SOM FELLES TJENESTELEVERANDØR..... | 6 |
| 1.4. LANGTIDSPLANEN FOR OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS | 6 |
| 1.5. GJENNOMGANG OG UTVIKLING AV ORGANISERINGEN AV OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS..... | 7 |
| 1.6. SIKKERHETSTRENDER FREM MOT 2020 | 8 |
| 1.7. UTVIKLING I MEDISIN | 8 |
| 1.8. UTVIKLING I TEKNOLOGI | 9 |
| 1.8.1. Skytjenester | 9 |
| 1.8.2. Stordata..... | 9 |
| 1.8.3. Mobilitet..... | 9 |
| 1.8.4. Sosiale medier..... | 9 |
| 2. OVERORDNET MÅLBILDE | 11 |
| 3. RESULTATER FREM MOT 2020 | 12 |
| 3.1. KLINISK OMRÅDE MED FORSKNING..... | 12 |
| 3.1.1. Økt kvalitet i pasientbehandlingen..... | 13 |
| 3.1.2. Økt grad av sikker og stabil drift..... | 13 |
| 3.1.3. Økt effektivitet og bidra til en enklere hverdag..... | 14 |
| 3.1.4. Økt understøttelse av regionens målbilde..... | 14 |
| 3.2. ADMINISTRATIVT OMRÅDE | 14 |
| 3.2.1. Økt kvalitet i pasientbehandlingen..... | 14 |
| 3.2.2. Økt grad av sikker og stabil drift..... | 14 |
| 3.2.3. Økt effektivitet og bidra til en enklere hverdag..... | 14 |
| 3.2.4. Økt kvalitet i styringsinformasjon..... | 14 |
| 3.3. INFRASTRUKTUR..... | 15 |
| 4. AKTIVITET GJENNOMFØRT I 2014 | 16 |
| 4.1. KLINISK OMRÅDE | 16 |
| 4.2. ADMINISTRATIVT OMRÅDE | 16 |
| 4.3. FORSKNING | 17 |
| 4.4. INFRASTRUKTUR..... | 17 |
| 5. PRIORITERT AKTIVITET OG PROSJEKTER I 2015 | 19 |
| 5.1. KLINISK OMRÅDE..... | 19 |
| 5.1.1. Kvalitetsregistre og datavarehus..... | 19 |
| 5.1.2. Radiologiområdet..... | 19 |
| 5.1.3. Laboratorieområdet..... | 20 |
| 5.2. DIGITAL SAMHANDLING..... | 20 |
| 5.3. FORSKNING | 20 |
| 5.4. ADMINISTRATIVT OMRÅDE | 20 |
| 5.6. INFRASTRUKTUR..... | 21 |

| | | |
|--|-------|--------------|
| | Dato: | Side: 3 / 30 |
| Oslo universitetssykehus HF Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF | | |

| | |
|--|-----------|
| 6. TABELLARISK OVERSIKT OVER PLANLAGT AKTIVITET I 2015..... | 22 |
| 6.1. PROSJEKTER INNEN OMRÅDET KLINISK, FORSKNINGSSTØTTE OG SAMHANDLING | 22 |
| 6.2. PROSJEKTER INNEN OMRÅDET LAB OG RADIOLOGI MED FORSKNINGSSTØTTE OG SAMHANDLING | 24 |
| 6.3. PROSJEKTER INNEN OMRÅDET INFRASTRUKTUR..... | 25 |
| 7. SAMLET OVERSIKT OVER ØKONOMISKE KONSEKVENSER..... | 27 |
| BRUK AV LOKALE INVESTERINGSMIDLER I 2015..... | 27 |
| BRUK AV LOKALE DRIFTSMIDLER I 2015..... | 27 |
| ESTIMERT BRUK AV REGIONALE INVESTERINGSMIDLER I 2015..... | 27 |
| ESTIMERT BRUK AV INVESTERINGSMIDLER I 2015 – 2019 (TALL I MNOK) | 28 |
| ESTIMERT BRUK AV LOKALE DRIFTSMIDLER I 2015 – 2019 (TALL I MNOK) | 28 |
| 8. RISIKOBILDE | 29 |
| 8.1. KORTSIKTIG RISIKOBILDE..... | 29 |
| 8.2. LANGSIKTIG RISIKOBILDE..... | 29 |

| | | |
|--|-------|--------------|
| | Dato: | Side: 4 / 30 |
| Oslo universitetssykehus HF Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF | | |

REFERANSER TIL ANDRE DOKUMENTER

| Nr. | Dokumentnavn | Dato |
|-----|---|---------------|
| | Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF 2014-2017 | |
| | IKT strategi og handlingsplan (Helse Sør-Øst RHF) | 25. okt. 2012 |
| | Regional Gjennomføringsplan for IKT området | |
| | Langtidsplan med strategiske føringer for IKT området (Helse Sør-Øst RHF) | Ultimo 2010 |
| | Oppdrag og bestilling 2014 for Oslo universitetssykehus HF | |
| | Oslo universitetssykehus strategidokument | |
| | Idéfase OUS – Campus Oslo | 19. juni 2014 |
| | Regionale prinsipper for prioritering | 21. aug. 2013 |
| | Nasjonal helse- og sykehusplan (lenke) | |

| | | |
|--|-------|--------------|
| | Dato: | Side: 5 / 30 |
| Oslo universitetssykehus HF Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF | | |

INNLEDNING

Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF for perioden 2015 – 2019 viser hvilke konkrete resultater sykehuset skal oppnå i perioden innen IKT-området. Resultatene skal bidra til å realisere Helse Sør-Østs IKT-strategi samtidig som Oslo universitetssykehus' behov blir ivarettatt. Planen gir et helhetlig bilde av den aktiviteten som er prioritert for perioden, med spesielt fokus på 2015. Planen har også som formål å vise hvordan denne aktiviteten inngår i en plan for bruk av teknologi frem mot 2020 og hvilke endringskrefter det vil være hensiktsmessig å ta høyde for i planarbeidet.

Områdeplan IKT skal brukes som underlag for budsjettprosesser i Oslo universitetssykehus. Dokumentet legger også grunnlag for kommunikasjonen med Helse Sør-Øst og Sykehuspartner om IKT-behov og planer i Oslo universitetssykehus i perioden.

Prinsipper for prioritering

De prioriteringene som er gjort i arbeidet med denne planen er i tråd med de regionale prinsipper for prioritering som ble vedtatt 21. august 2013 av Fornyingsstyret i Helse Sør-Øst:

- Økt kvalitet i pasientbehandlingen
- Økt grad av sikker og stabil drift
- Økt effektivitet og bidra til en enklere hverdag
- Økt understøttelse av regionens målbilde
- Økt kvalitet i styringsinformasjon

I tråd med Oslo universitetssykehus rolle som nav for forskningen i regionen og på landsbasis, og med tanke på at omkring halvparten av forskning i sykehus i Norge i dag foregår på vårt sykehus, ønsker vi også å trekke inn dette som et prioriteringskriterium i områdeplanen. Det er derfor i Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus tatt høyde for ytterligere et prioriteringskriterium:

- Understøtte forskning i sykehuset

| | | |
|--|-------|--------------|
| | Dato: | Side: 6 / 30 |
| Oslo universitetssykehus HF Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF | | |

1. RAMMEFAKTORER

I perioden frem til 2020 vil det være flere forhold som vil påvirke behovet og prioriteringene innen teknologi, IKT og infrastruktur ved Oslo universitetssykehus. I tillegg til å gjøre prioriteringer langs punktene nevnt over, vil våre valg også preges av mer generelle endringskrefter innen eierstyring, eksisterende strategier, og endringer innen medisin og teknologi.

1.1. Eierstyring og lovverk

Føringer fra eier, fra det politiske miljø, samt eksisterende strategier både på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå, vil være viktige faktorer for utviklingen inne teknologiområdet de kommende år. På kort sikt vil Stortingsmeldingen Nasjonal helse- og sykehusplan, som legges frem for Stortinget høsten 2015, sannsynligvis være den største endringen. Stortingsmeldingen skal skissere prinsipper og kriterier for ulike typer sykehus og fremtidig sykehusstruktur.

I flere år har det vært arbeidet med å tilpasse lovverket om behandling av pasientopplysninger til dagens digitale hverdag, for dermed å kunne ta i bruk muligheter som digitalisering gir, og samtidig ivareta personvernet.

1.2. Føringer fra Helse Sør-Øst

Helse Sør-Øst forutsetter at lokale områdeplaner for IKT skal bygge på vedtatt regional "IKT strategi og Gjennomføringsplan", slik at planverkene henger sammen. I den regionale IKT-strategien legges det vekt på regional standardisering samt, over tid, utarbeide nasjonale standarder og løsninger. Regionen har prioritert flere funksjonelle områder, og det er etablert egne standardiseringsprogrammer for disse.

Den regionale gjennomføringsplanen har som formål å sikre at programmenes planer er koordinerte og gjennomførbare, og bidrar til å realisere Helse Sør-Østs overordnede strategiske mål. Tiltakene i gjennomføringsplanen er bygget på rammene i økonomisk langtidsplan.

I den grad nye systemer kan etableres på regionalt og eventuelt nasjonalt nivå, skal Oslo universitetssykehus understøtte dette. For de områdene hvor Oslo universitetssykehus har oppgaver som krever spesielle systemer, eller der vi er alene om å utføre oppgaven (regions- eller landsfunksjon), skal sykehuset ta høyde for dette og ha kompetanse på området.

1.3. Sykehuspartner som felles tjenesteleverandør

Sykehuspartners leveransekapasitet vil sette klare rammer for hvilken utvikling det er mulig å oppnå innenfor teknologiområdet. Det er igangsatt en rekke aktiviteter fra eier for å utvikle Sykehuspartner i retning av å tilby større kapasitet til foretaksgruppen. Det er avgjørende for utviklingen i Oslo universitetssykehus at disse tiltakene viser seg å være virkningsfulle. Frem mot 2020 forventes det at Sykehuspartner vil endre fokus fra å være en tjenesteprodusent til å bli en tjenesteleverandør. Det siste innebærer å vri fokus fra å produsere tjenester på egne eide produksjonsmidler til å kjøpe tjenester ute i markedet.

1.4. Langtidsplanen for Oslo universitetssykehus

Langtidsplanen for Oslo universitetssykehus (målsetningene i Campus Oslo) peker på en rekke målsetninger der teknologi er en vesentlig faktor for suksess.

| | | |
|--|-------|--------------|
| | Dato: | Side: 7 / 30 |
| Oslo universitetssykehus HF Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF | | |

Overgang fra døgn- til dagbehandling, reduksjon i liggetid og effekten av nye IKT- og e-helseløsninger er de omstillingsfaktorene som er tillagt størst vekt i Campus Oslo utredningen. Gjennomgående EPJ-system, vil sammen med bruk av telemedisin og interaktive e-helseløsninger, redusere behovet for både poliklinisk areal og senger. Målsetningen er satt til en reduksjon på 25 prosent i antall poliklinikkbesøk ved Oslo universitetssykehus fram til 2030. Effekten på sengetall vil ventelig bli noe mindre, og er satt til en reduksjon på 15 prosent. Økt bruk av telemedisin og nye, interaktive e-helseløsninger kommer til å bli viktig. Frammøte til kontroll vil kunne erstattes av elektronisk kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient. I fremtiden kan det forventes betydelig effekt av gjennomgående nye IKT-løsninger som gir enkel og sikker tilgang til nødvendige opplysninger knyttet til det aktuelle pasientforløp, uavhengig av hvor i landet pasienten blir syk eller på hvilket nivå i helsetjenesten han eller hun blir utredet og behandlet.

I fremtidens Oslo universitetssykehus vil nye forskningsresultater og ny klinisk kunnskap bli omsatt og integrert som en del av medisinsk praksis. Det betyr å ta i bruk ny teknologi, drive aktiv kunnskapsoverføring og dele erfaringer nasjonalt. Sykehuset kan utvikle et "laboratorium" for uttesting og for å dele kunnskap på tvers av fagområder, tjenestenivåer og yrkesgrupper, samt samspill med næringslivet. Et samlet Oslo universitetssykehus tilbyr et pasientgrunnlag som spenner fra folkesykdommer til sjeldne syndromer, og gir følgelig mulighet for tilbud om store pasientmaterialer for forskning og fullstendige utdanningsforløp for både grunn- og videreutdanning.

Områder som tjenesteinnovasjon og pasientforløp, pasientrettet IKT, utnyttelse av forskning, samarbeid om utdanning og opplæring samt samspill med næringsliv, er hovedområder i Campus Oslo-utredningen. For at helsetjenesten skal bli i stand til å møte morgendagens utfordringer, må det arbeides med måten vi yter tjenestene på og hvordan vi utnytter teknologi.

Helsetjenesten må sees som en samlet leveranse med selvbetjening, monitorering, elektronisk samhandling og telemedisin som en integrert del av tilbudet. Det må bygges arenaer som gjør det mulig fortløpende å kartlegge grensesnittene mellom fagområder, nye forskningsresultater, klinisk kunnskap, teknologiske nyvinninger og overgangene mellom de ulike tjenestenivåene.

Videreutvikling av medisinsk teknologi vil gjøre fremtidens utstyr automatisert og mer effektivt. Mye tyder på at nye IKT-løsninger, sensortechnologi, bioteknologi (inkl. kartlegging av genomet) og nanoteknologi vil om få år utløse nye muligheter som vil endre helsevesenet og gi pasienter et bedre behandlingstilbud.

1.5. Gjennomgang og utvikling av organiseringen av Oslo universitetssykehus

Det er besluttet å starte et prosjekt som skal gjennomgå dagens organisasjons- og ledelsesstruktur i Oslo universitetssykehus. Organiseringen skal ses opp mot dagens strategi og styringsdokumenter, ta hensyn til forventet fremtidig utvikling og benytte kunnskapen som fremkommer i planlagt gjennomgang av bakgrunnen for etableringen av Oslo universitetssykehus. Hovedformålet med prosjektet er å sikre at helseforetaket har en hensiktsmessig organisering, i samsvar med vedtatt strategi, og som tydelig inkluderer brukermedvirkning. Mer spesifikt er målet at prosjektet skal fremme forslag til organisasjonsendringer som kan gjelde fra 2016 og fremover. Dette gjelder også organiseringen av IKT- og teknologiområdet.

| | | |
|--|-------|--------------|
| | Dato: | Side: 8 / 30 |
| Oslo universitetssykehus HF Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF | | |

1.6. Sikkerhetstrender frem mot 2020

Utviklingen i trussel- og sårbarhetsbildet innen teknologi og infrastruktur viser et økende antall avanserte angrep. Samtidig er det tydelig at kriminelle miljøer har vilje og evne til å utnytte avansert teknologi.

I det illegale markedet for handel med identitet, og informasjon knyttet til dette, er det en økende attraktivitet for helseopplysninger. Vi kan forvente at sykehusets informasjonssystemer i økende grad vil bli utsatt for forsøk på inntrengning og uthenting av opplysninger. Det er i de siste årene observert et økende antall avanserte angrep, med tilhørende kompromittering av sensitive opplysninger, hos store foretak og statlige/ kommunale institusjoner.

Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) påpeker i "Nasjonalt risikobilde 2015" at bortfall av IKT-tjenester er en av hendelsene med størst konsekvenser for samfunnet. DSB påpeker videre i rapporten at samfunnets sårbarhet ovenfor bortfall av IKT tjenester er økende. Samtidig er det sannsynlig at Norge vil kunne oppleve bortfall av kritisk IKT infrastruktur som følge av katastrofer eller villedede handlinger.

1.7. Utvikling i medisin

Vi har de siste tiårene sett en betydelig utvikling innen medisinsk teknologi, som har åpnet for nye metoder innen diagnostikk og behandling. Områder som sensorteknologi, bioteknologi, genetik og nanoteknologi er ennå i sin ungdom. Utviklingen går fort og utstyrsprisene går ned, noe som vil medføre økt bruk. Nanoteknologi vil gi nye muligheter for bruk av implantater og trådløse biosensorer in vivo. Dette vil på flere områder erstatte bruk av tradisjonelle metoder som blodprøver og vevsprøver. Bruken av billediagnostikk og billedveiledet behandling gir økt bruk av minimalt invasive prosedyrer som erstatning for større operative inngrep.

Fremskrittene innen bioteknologi og medisinsk genetik materialiserer seg i form av nye diagnostiske undersøkelser og nye behandlingsmetoder. Genetisk farmakologi muliggjør persontilpasset behandling.

Stor befolkningsvekst og krav til effektivisering, sammen med bruk ny teknologi, fører til en forskyvning av pasientene til lettere omsorgsnivåer: Fra innleggelse til dagbehandling, fra dagbehandling til poliklinikk, fra poliklinikk til fjernbehandling (behandling av pasienten i primærhelsetjenesten, kommunehelsetjenesten eller i hjemmet med kommunikasjon mot spesialist i sykehuset). Aktiv pasientmedvirkning i egen behandling vil øke, både før, under og etter behandling i helseinstitusjon.

Disse trendene medfører en sterk økning i datamengdene som genereres og prosesseres i helseforetaket, og det forventes en økning med faktor på 1000 i forhold til dagens datamengde. Dette stiller store krav til IKT-systemene og infrastrukturen (nettverk, servere og lagringsløsninger). Slik økning i datamengde krever en overgang fra ustrukturert til strukturert journal med mulighet for beslutningsstøtte for at helsepersonell skal ha mulighet til å navigere i den store datamengden.

Flere av disse trendene utløser behov for IKT infrastruktur som krever kompetanse som i dag ikke er tilgjengelig på Oslo universitetssykehus, i Helse Sør-Øst eller nasjonalt innen helse. Det er spesielt behovene innen tungregning og tunglagring som krever kompetanse og infrastruktur som pr i dag ikke er tilgjengelig innen helse i Norge.

| | | |
|--|-------|--------------|
| | Dato: | Side: 9 / 30 |
| Oslo universitetssykehus HF Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF | | |

1.8. Utvikling i teknologi

Vi har i løpet av de siste årene hatt en formidabel teknologisk utvikling. Løsninger som tidligere var forbeholdt store datasentre med supercomputere er nå tilgjengelig som en "app" på smarttelefon eller som webtjenester på internett. "The Internet of Things" er i ferd med å bli en realitet. Små datamaskiner er innebygd i alle mulige slags forbruksartikler. Varmeovner, lamper, kjøkkenutstyr og stereoanlegg kan styres via mobiltelefonen. Vi har tidligere vært inne på hvordan denne teknologiutviklingen gir nye muligheter innen medisinsk diagnostikk og behandling. Medisinsk teknisk utstyr leveres nå med innebygde datamaskiner i alt fra infusjonspumper til røntgenapparater. Utfordringen for kliniker blir fremover ikke tilgang til informasjon, men å skille mellom relevant og irrelevant informasjon. Oppsummert kan vi i tråd med fremtredende analyseselskaper (for eksempel Gartner) si at teknologiutviklingen i årene framover vil preges av følgende stikkord: Skytjenester, stordata, mobilitet og sosiale medier.

1.8.1. Skytjenester

Skytjenester (engelsk: cloud computing) er betegnelsen på en IT-infrastruktur hvor store grupper av servere er koblet i nettverk for å tillate sentralisert datalagring og elektronisk tilgang til datatjenester eller ressurser. Skyer kan klassifiseres som offentlig, privat eller hybrid. Det finnes ulike modeller for tjenesteleveranser via skyen, fra enkle "app'er" på smarttelefoner som benytter servere i skyen til å kjøre programvaren og til hele datarom med servere, applikasjoner og datalagringsroboter som kan aksesseres på ulike måter (Infrastructure as a Service (IaaS) og Platform as a Service (PaaS)).

Ideen er at bedrifter eller personer skal kunne benytte seg av avanserte IKT-løsninger uten å måtte investere i all maskinvare og programvare som må til, men kan leie det som en tjeneste. Denne teknologien kommer til å gjøre seg gjeldende også i helsesektoren. Den norske personvernlovgivningen vil gi utfordringer for framveksten av offentlige skytjenester, men det vil med stor sikkerhet utvikles private (les: lukkede og sikre) og hybride løsninger.

1.8.2. Stordata

Big data er et altomfattende begrep for enhver samling av data som er så stor og kompleks at det blir vanskelig å behandle den ved hjelp av tradisjonelle metoder. Den store veksten i data som produseres har ført til behov for ny teknologi for analyse, fangst, søk, deling, lagring, overføring og visualisering. Formålet er å lage IKT-baserte verktøy slik at korrelasjoner kan bli funnet i datamengdene for å oppdage trender, forebygge sykdommer, bekjempe kriminalitet (eksempelvis kompromittering av sensitive helseopplysninger) og så videre.

1.8.3. Mobilitet

Fremtidens helsemedarbeidere, pasienter og publikum vil forvente tilgang til IKT-tjenestene uavhengig av tid og sted. Denne utviklingen er allerede godt i gang gjennom stadig større tilbud av tjenester for mobile enheter (smarttelefoner og nettbrett). Denne utviklingen berører alle deler av samfunnet, også helsesektoren. Det er allerede mulig å kjøpe sensorer for måling av ulike biokjemiske og fysiologiske parametre som enkelt knyttes til mobiltelefonen. Samtidig står hensynet personvernet sterkt i Norge og det fører til behov for sikre løsninger som både helsepersonell og publikum har tillit til.

1.8.4. Sosiale medier

Helserelaterte emner er blant de hyppigste søkene i Google. Det dukker stadig opp diskusjonsfora og samtalegrupper med ulike temaer. En utfordring for både helsepersonell, pasienter og pårørende er å finne medier som har kvalitetssikret og pålitelig informasjon. Det vil

| | | |
|--|-------|---------------|
| | Dato: | Side: 10 / 30 |
| Oslo universitetssykehus HF Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF | | |

i årene framover bli en betydelig etterspørsel etter medier som kan garantere pålitelig informasjon. For Oslo universitetssykehus er MinJournal et stort skritt videre i tilstedeværelse på internett og gir pasient direkte tilgang til egne helseopplysninger.

| | | |
|--|-------|---------------|
| | Dato: | Side: 11 / 30 |
| Oslo universitetssykehus HF Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF | | |

2. *OVERORDNET MÅLBILDE*

Gitt finansiering fra eier og kapasitet hos felles tjenesteleverandør, vil overnevnte rammefaktorene, og de behov de genererer, gi følgende målbilde for teknologiområdet i Oslo universitetssykehus frem mot 2020:

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

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

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

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

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

Klinisk datavarehus med strukturerte data for demografi, opphold, diagnoser/prosedyrer og kurve/medisineringsdata samt patologi- og radiologidata er innført i løpet av perioden og løsningen er skalert for å håndtere store datamengder. Uthenting av data til kvalitets- og forskningsregistre håndteres gjennom klinisk datavarehus slik at produksjonsmiljøer som EPJ

| | | |
|--|-------|---------------|
| | Dato: | Side: 12 / 30 |
| Oslo universitetssykehus HF Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF | | |

avlastes og personvernet ivaretas. I tillegg gir klinisk datavarehus mulighet for beslutningsstøtte og analyse på tvers av alle data, for eksempel for smittevern.

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

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

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

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

3. RESULTATER FREM MOT 2020

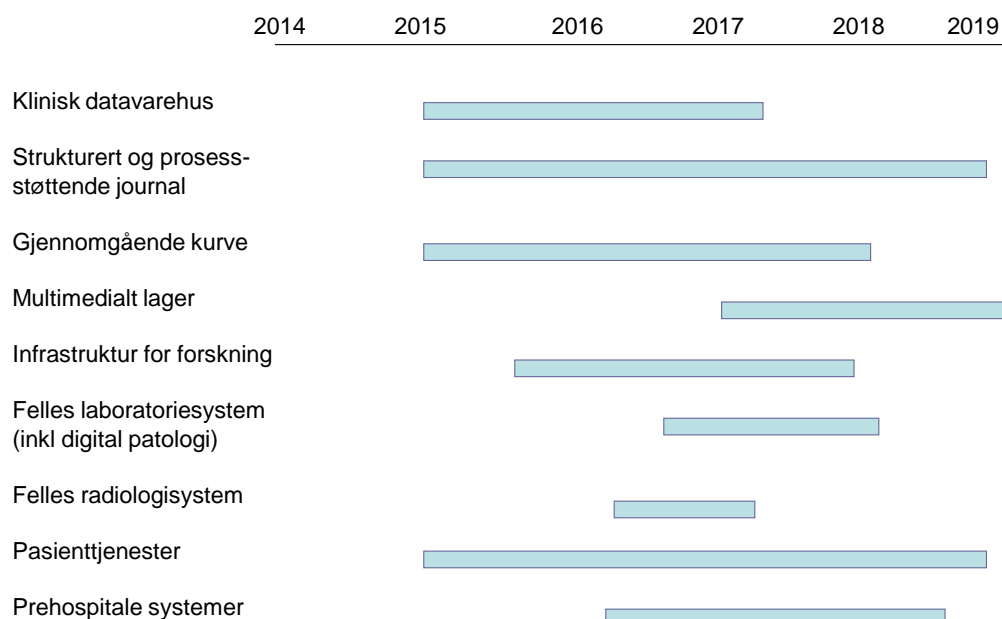
For å realisere målbildet vil det i neste femårsperiode være nødvendig å sette i gang, og slutføre, en betydelig mengde av aktivitet både i form av regionale og lokale prosjekter. Dette avsnittet viser på et overordnet nivå hvilken aktivitet dette er, og når det er planlagt å starte aktiviteten.

Aktivitet og prosjekter for 2015 beskrives i eget kapittel.

3.1. Klinisk område med forskning

For å realisere målbildet i 2020 vil det i kommende femårsperiode være nødvendig å sette i gang, og slutføre, omfattende aktivitet innenfor IKT for klinikk og forskning. I tillegg vil nye behov i klinikken som understøtter målbildet, eller som bidrar til redusert risiko knyttet til stabil og sikker drift, prioriteres ved inngangen av hvert år. En overordnet tidsplan for aktiviteten er satt opp nedenfor.

| | | |
|--|-------|---------------|
| | Dato: | Side: 13 / 30 |
| Oslo universitetssykehus HF Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF | | |



3.1.1. Økt kvalitet i pasientbehandlingen

For å imøtekomme behovene knyttet til regionens og sykehusets målsetting, er det nødvendig å gjennomføre flere av de ovennevnte prosjektene parallelt. Gjennomgående kurve for hele sykehuset, er et område som binder medisinsk teknologi sammen med IKT på en måte som vil gi sykehuset et elektronisk løft. Elektronisk oversikt over medisinerings med beslutningsstøtte knyttet til dette, vil gi økt pasientsikkerhet. Arbeid med konsolidering og strukturering av funksjonalitet inn i elektronisk pasientjournal, vil forenkle bruken og gi bedre kvalitet i grunndata. Dette er et stort arbeid som vil strekke seg over hele perioden.

En videreutvikling og forbedring av prosessstøtte i EPJ må gjennomføres i hele perioden for på kort sikt å understøtte myndighetskrav om standardiserte pakkeforløp og på lengre sikt understøtte avansert prosessstøtte for alle arbeidsprosesser som inngår i et pasientforløp. Sykehuset trenger erfaring med ulike måter å understøtte arbeidsprosesser som involverer pasienten direkte. Det betyr at regionen trenger å utvikle løsninger i MinJournal for innovasjon og utprøving, før en eventuell bredding til nasjonale tjenester i hels norge.no.

3.1.2. Økt grad av sikker og stabil drift

Oslo universitetssykehus har driftsmessige utfordringer knyttet til IKT-løsningene for laboratoriefag og radiologi. Trygg og stabil drift må sikres, enten via en snarlig regional løsning, eller om dette tar for lang tid, via lokal konsolidering. OUS bør ha et felles RIS/PACS senest innen utgangen av 2016.

Prehospital tjenester er et annet område som trenger bedre og mer moderne IKT-støtte. For dette området er det imidlertid nødvendig med regionale eller nasjonale løsninger. Oslo universitetssykehus vil bidra i dette arbeidet.

Det er nødvendig med et spesielt fokus på infrastruktur på forskning for å sikre at den store forskningsvirksomheten ved sykehuset understøttes.

| | | |
|--|-------|---------------|
| | Dato: | Side: 14 / 30 |
| Oslo universitetssykehus HF Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF | | |

3.1.3. Økt effektivitet og bidra til en enklere hverdag

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

Å etablere løsninger for utvidet bruk av multimedia vil sikre den voksende mengden av bilde-/videomateriale som brukes i klinikken, slik at lagring og gjenfinning blir enkelt. Samtidig vil sikkerheten ivaretas bedre.

Det er stort behov for å sikre at forskningen understøttes med nødvendig infrastruktur i sammenheng med klinisk virksomhet for å understøtte forskning og resultater på en bedre måte. Regionalt kompetansesenter vil bidra til arbeidet med forenkling og standardisering av arbeidsprosesser opp mot det regionale målbildet.

3.1.4. Økt understøttelse av regionens målbilde

De ovenstående aktivitetene understøtter det regionale målbildet og viser hvordan Helse Sør-Øst, gjennom regionale kompetansesentra, kan bruke regionssykehuset for å etablere gode, regionale løsninger i tråd med strategien.

3.2. Administrativt område

For å realisere målbildet vil det i neste femårsperiode være nødvendig å sette i gang, og slutføre, omfattende aktivitet innen administrativt området. Dette avsnittet viser hvilke generelle effekt- og resultatområder som berøres av den planlagte aktiviteten.

3.2.1. Økt kvalitet i pasientbehandlingen

Videreutvikling av virksomhetens kvalitetsløsninger, slik at disse til enhver tid understøtter klinikkenes behov. Dette gjelder både tilgang til styrende dokumenter og løsninger for håndtering av avvik og oppfølging av tiltakene knyttet til disse. Et annet viktig område for å sikre god pasientbehandling, er sikker vareflyt for medisinske forbruksvarer slik at de riktige produktene leveres på rett sted til avtalt tid. Dette håndteres ved å videreutvikle løsninger og prosesser knyttet til vareflyt.

3.2.2. Økt grad av sikker og stabil drift

For å øke graden av sikker og stabil drift må eksisterende systemportefølje på administrativt område fortløpende oppgraderes. Som følge av oppgraderte løsninger og teknisk plattform i foretaket, vil det også bli mulig å ta i bruk nye tjenester.

3.2.3. Økt effektivitet og bidra til en enklere hverdag

Løpende videreutvikling av eksisterende systemportefølje slik at løsningene understøtter virksomhetens eksisterende og fremtidige behov på en hensiktsmessig måte. Dette gjelder både tilpasning av løsninger og prosesser, hvordan virksomheten til enhver tid utnytter løsningene og økt grad av automatiserte prosesser på de områdene der dette er mulig. I tillegg må løsningene tilrettelegges slik at brukerne på en enkel måte får god oversikt over sitt ansvarsområde.

3.2.4. Økt kvalitet i styringsinformasjon

Økt kvalitet i styringsinformasjonen oppnås ved systematisk forbedring av styringsverktøyene med utvikling av gode indikatorer som gjør det mulig for ledere på ulike nivåer i virksomheten å gjennomføre styring på både taktisk og strategisk nivå. En annen forutsetning for å øke kvaliteten i styringsinformasjonen er at kvaliteten på grunndata og kodeverk er så god at

| | | |
|--|-------|---------------|
| | Dato: | Side: 15 / 30 |
| Oslo universitetssykehus HF Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF | | |

dataene i løsningene representerer det som faktisk skjer i virksomheten. Dette løses ved å arbeide videre med forvaltningsløsninger for organisasjonsstruktur og andre typer kodeverk, samt ved å ha fokus på hvordan løsningene faktisk brukes og hvordan denne bruken kan forbedres.

3.3. Infrastruktur

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

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

Dersom planlagt aktivitet gjennom 2015 og 2016 opprettholdes vil Oslo universitetssykehus i løpet av 2016 ha en oppgradert og moderne IKT infrastruktur som vil evne å håndtere nye krav og tjenester innen administrative, medisinske og diagnostiske tjenester. Allerede i løpet av 2015 vil IKT infrastrukturen kunne håndtere nye tjenester på en effektiv måte. Den nye infrastrukturen er i tillegg bygget på en måte som vil gjøre det vesentlig lettere å holde den oppgradert og forsvarlig over tid.

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

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

I 2017 startes det et prosjekt for å implementere tungregne-/ tunglagringskapasitet for brukere på Oslo universitetssykehus basert på foranalysen gjort i 2016. Ut over dette vil de største aktivitetene i 2017 bli fullføre omlegging til IPv6 som er en forutsetning for å kunne ta i bruk det store antallet nye tjenester (Internet of Things). I løpet av 2017 bør også sykehuset ha gjennomført overgang til nye løsninger for telefoni.

I årene 2018 til 2019 vil den største aktiviteten på infrastrukturensiden på Oslo universitetssykehus være å få gjennomført og driftsatt løsning for tungregning/ tunglagring for medisin og forskning på OUS.

| | | |
|--|-------|---------------|
| | Dato: | Side: 16 / 30 |
| Oslo universitetssykehus HF Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF | | |

4. *AKTIVITET GJENNOMFØRT I 2014*

Det skisserte målbildet er en videreføring av det målbildet det er jobbet mot de siste årene og det er i 2014 gjennomført aktivitet som støtter opp under dette målbildet.

4.1. Klinisk område

I 2014 har Oslo universitetssykehus innført regional elektronisk pasientjournal (EPJ) basert på DIPS. Samtidig er det etablert en regional standard som Oslo universitetssykehus tar i bruk som første foretak. Neste versjon av DIPS, DIPS Arena, med spesialutviklet funksjonalitet for Skadelegevakt og Akuttmottak, er tatt i bruk ved disse enhetene. Rutiner for bruk i samtlige kliniske avdelinger/poliklinikker er basert på beste praksis som nå er utviklet. Parallelt er det arbeidet med fyrtårn (foregangsenheter) og derigjennom etablert metodikk for endring, forankring og oppfølging av nye arbeidsprosesser knyttet til bruk av elektroniske systemer. Det er utarbeidet et stort antall e-Læringskurs og klasseromskurs, og opplæring er gitt til 12 500 ansatte. I tillegg er DIPS integrert med 49 systemer, med til sammen drøye 250 grensesnitt.

Det er utarbeidet en oversikt over applikasjonslandskapet på sykehuset og etablert 40 integrasjoner gjennom regional meldingsplattform. Oslo universitetssykehus har tatt i bruk regional løsning for applikasjonskvittering på epikriser og laboratoriesvar. Patologimelding sendes til Kreftregisteret (desember) og det er etablert synkronisering mellom Kreftregisteret og mammografiscreeningen (desember).

Oslo universitetssykehus har på vegne av regionen anskaffet og etablert to nye regionale løsninger, regional løsning for hjerteultral lyd (ComPACS) og regional løsning for endoskopi (Endobase) og tatt disse i bruk.

Regional fødejournal, Partus, med fostermedisin, Astraia, er tatt i bruk til tross for vesentlige mangler ved løsningene. Øyeavdelingen har fått et lagringssystem for sine bilder, foreløpig er 10 forskjellige bildetakingseenheter integrert. Regional kurve er tatt i bruk ved ytterligere 30 senger, hovedsakelig postoperativ- og intensivsenger.

I MinJournal er nå både epikriser og polikliniske notat tilgjengelige for samtlige pasienter ved Oslo universitetssykehus.

Det er etablert en løsning og klargjort for elektronisk bestilling av ambulanser gjennom den nasjonale løsningen for bestilling av pasientreiser, Nissy, som når den tas i bruk skal avlaste akuttnummeret 113. Det er etablert en reserve AMK for Oslo universitetssykehus i Lørenskog (desember) som oppfølging av tiltakene i 22. juli-rapporten.

4.2. Administrativt område

Ullevål sykehus har tatt i bruk Oslo universitetssykehus felles løsning for innkjøp og logistikk. Overgangen til ny løsning bidrar til å redusere foretakets totale risikoeksponering. Det er også etablert en ny integrasjon til Difis nasjonale ehandelsplattform som muliggjør en enklere og tettere oppfølging av eksterne leverandører.

Felles fullmaktsregister for hele sykehuset, med automatisk oppdatering fra personalsystemet og støtte for å fakturere elektronisk fra Oslo universitetssykehus, er innført i fakturaløsningen. Sykehuset har nå løsning for både inngående og utgående efaktura. Det er også levert

| | | |
|--|-------|---------------|
| | Dato: | Side: 17 / 30 |
| Oslo universitetssykehus HF Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF | | |

funksjonelle forbedringer i fakturaløsningen som muliggjør økt automatisering av prosessene knyttet til fakturakontroll. Dette reduserer den interne tidsbruken relatert til fakturabehandling. GAP-analyse etterfulgt av en foranalyse med konkrete forslag til tiltak for forbedret bruk av regional løsning for aktivitets- og ressursstyring (GAT) for legeenheter ved sykehuset er gjennomført. Det er etablert en pilot for styrings- og informasjonsverktøy for Kirurgisk dagenhet (KDA) som henter data fra GAT. Eksisterende moduler i GAT, som ennå ikke er tatt i bruk ved sykehuset, er underlagt en nærmere vurdering, og anbefaling om hvilke moduler som bør tas i bruk er overlevert til linjen.

Det er etablert en flerspråklig versjon av brukerundersøkelsen i avvikssystemet. Det er i tillegg inkludert funksjonalitet som støtter meldeplikter både for helseforskning og for celler og vev i avvikssystemet.

Helseforetakets intranett er oppgradert med nytt og forbedret søkeverktøy. Ved hjelp av dette verktøyet er det etablert ny telefonkatalog i Oslo universitetssykehus. Gamle telefonkataloger kan dermed stenges.

Det er gjennomført et forprosjekt med utarbeidelse av løsningsbeskrivelse for en ny løsning for forvaltning av organisasjonsstrukturen ved sykehuset. Løsningsbeskrivelsen er deretter videreført til et detaljert design etter omfattende forankrings- og innspillrunder.

eHåndboken, som er sykehusets løsning for håndtering av styrende dokumenter, har gjennomgått en rekke tiltak for forbedring av ytelse og understøttelse av stabil drift. Det er også gjennomført tiltak for å forbedre funksjonalitet og brukergrensesnitt.

Oslo universitetssykehus har i 2014 for første gang levert kostnad per pasient (KPP)-beregninger til Helsedirektoratet. Helsedirektoratet har godkjent foretakets metode og beregninger slik at dette arbeidet kan videreføres inn mot leveranse til kostnadsvektarbeidet (DRG-prissetting) i 2015. I 2015 vil det i tillegg til leveranse til Helsedirektoratet arbeides med forankring av kostnadsberegningene i klinikk og medisinske fagmiljøer, og det vil bli tatt i bruk nye IKT-løsninger for bearbeidning og presentasjon av data.

Helseforetakets Ledelsesinformasjonssystem (LIS) er nå etablert på ny plattform, slik at systemet kan håndtere økte datamengder og økte krav til rapportering. LIS henter nå data fra nytt EPJ med helt andre datastrukturer enn det gamle.

4.3. Forskning

Regional løsning for eBiobank (forskning) er produksjonssatt i Oslo universitetssykehus (desember).

Tre innovasjonsprosjekter med støtte fra Helse Sør-Øst innovasjonsmidler er startet. Prosjektene PASAPP, Medical Cloud og Henvisningssporing er prosjekter som understøtter aktiv pasientmedvirkning via mobil teknologi og tjenester for sikker kommunikasjon, både av dialog mellom pasient og helsepersonell og for kommunikasjon fra sensorer som pasienten bærer.

4.4. Infrastruktur

I 2014 er det påbegynt og gjennomført flere store prosjekter innen teknologisk infrastruktur som er starten på en større infrastrukturmessig oppgradering av hele foretaket for å sikre en infrastruktur som støtter fremtidens behov innen medisin og diagnostikk, som er beskrevet

| | | |
|---|-------|---------------|
| | Dato: | Side: 18 / 30 |
| Oslo universitetssykehus HF Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF | | |

over. Dette arbeidet er en del av det regionale programmet for infrastrukturmodernisering (IMP) som skal fornye og forenkle infrastrukturen i hele foretaksgruppen.

De største prosjektene er oppgradering av nettverket til en moderne nettverksplattform med vesentlig høyere kapasitet, sikkerhetsnivå og tilgjengelighet enn dagens fragmenterte nettverksinfrastruktur. Som en del av dette prosjektet blir det også oppgradert båndbredde på alle lokasjoner. Når de nødvendige oppgraderingene i strøm og kjøling er gjort, vil den nye nettverkløsningen også gjøre det lettere å bredde trådløse nettverk for ansatte og pasienter på sykehuset.

Det er også levert flere mindre prosjekter som har vært med på å sikre utrulling og innføring av Regional EPJ (DIPS), blant annet ny løsning for distribusjon av software og ny løsning for utskrift (print). Som understøttelse av EPJ prosjektet, er det også gjennomført ekstraordinær utskiftning av en stor mengde IKT-utstyr for å sørge for tilstrekkelig kapasitet for å kunne håndtere den nye EPJ-løsningen.

| | | |
|--|-------|---------------|
| | Dato: | Side: 19 / 30 |
| Oslo universitetssykehus HF Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF | | |

5. PRIORITERT AKTIVITET OG PROSJEKTER I 2015

Hovedprioriteten innen IKT i Oslo universitetssykehus i 2015 er å gjennomføre oppgradering av IKT infrastruktur slik at sykehuset kommer ut av situasjonen med at gammel infrastruktur legger begrensninger på hvilke tjenester som kan oppgraderes og/ eller tas i bruk. I tillegg vil en slik oppgradering fjerne den operative risikoen ved at sykehusets IKT infrastruktur kjører på plattformer som ikke er støttet av leverandørene.

5.1. Klinisk område

Fase 2 av Regional EPJ ved Oslo universitetssykehus åpner for å ta i bruk ny funksjonalitet, nye integrasjoner og nye moduler. Fase 2 vil innføre Klinisk dokumentasjon for sykepleie (KDS), DIPS Operasjonsplanlegging, innføre DIPS Vekstkurve og fase ut og erstatte Hippokrates med DIPS Arena på Olafiaklinikken. Fase 2 vil innføre nye integrasjoner i henhold til prioritert liste og sanere applikasjoner som ble erstattet i Fase 1. I tillegg innføres strukturert diabetesjournal som dekker alle funksjoner ved en diabetespoliklinikk.

Felles elektronisk fødejournal med fostermedisin ble tatt i bruk i 2014. I 2015 vil Astraia som modul for fostermedisin tas i fullskalabruk, Partus oppgraderes til 4.2. og sykehuset gjennomfører pilot for "Varig/ekte fødselsnummer så raskt som mulig etter fødsel". Data fra Obstetrix (tidligere fødejournal ved Rikshospitalet) er konvertert til DIPS og strukturerte data er tatt vare på i en egen historisk database og planlagte integrasjoner er etablert.

Ved innføring av et lagringssystem på øyeavdelingen ble ti integrasjoner prioritert og tatt med i prosjektets omfang. Prosjektet i 2015 vil prioritere blant de resterende integrasjonene innenfor prioritert økonomisk ramme og implementere disse.

Det vil innføres regional kurveløsning ved alle intensivheter og operasjonsstuer som ikke har tatt denne. Samtidig vil Oslo universitetssykehus starte uttesting av gjennomgående kurve med en begrenset pilotering av Metavision på sengepost.

I samarbeid med Helsedirektoratet, og i tilknytning til helsenorge.no, vil Helse Sør-Øst/Oslo universitetssykehus utvikle MinJournal som en plattform for utprøving av interaktive tjenester der klinikere og pasienter kommuniserer.

5.1.1. Kvalitetsregistre og klinisk datavarehus

Etterspørsel etter data fra fagsystemer utenfor egen spesialitet øker og er etterspurt både i klinikk, kvalitetssikring og forskning. Oslo universitetssykehus vil derfor etablere en første versjon av et klinisk datavarehus og modernisere egenutviklet registerplattform (MedInsight).

5.1.2. Radiologiområdet

Det er etablert en foranalyse for ibruktagelse knyttet til radiologiprogrammet i Oslo universitetssykehus. Denne omfatter regional løsning, men foranalysen vil også vurdere nytte/kost knyttet til konsolidering av de eksisterende RIS/PACS løsningene i påvente av ny, regional løsning. Konsolidering av radiologiløsningene ved Oslo universitetssykehus vil starte i 2015.

| | | |
|--|-------|---------------|
| | Dato: | Side: 20 / 30 |
| Oslo universitetssykehus HF Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF | | |

5.1.3. Laboratorieområdet

Konsolidering av laboratorieløsningene ved Oslo universitetssykehus vil starte i 2015. Flexlab (laboratorieløsning på Aker) vil konsolideres inn i et av de eksisterende systemer ved Oslo universitetssykehus. Hvordan andre laboratorieløsninger skal håndteres, vil besluttes i løpet av 2015.

Oslo universitetssykehus vil ta i bruk ny løsning for transplantasjonsimmunologi, benmargsgiverregister og "Nyrebase". Ny laboratorieløsning for Celleterapi vil innføres, og et produksjonsplanleggingsprogram for mikrobiologisk lab. IKT analyseplattform for DNA sekvenseringsdata i genetisk diagnostikk vil etablere en omforent arkitekturskisse for den kortsiktige løsningen, inklusiv kartlegging av dagens infrastruktur.

5.2. Digital samhandling

Oslo universitetssykehus skal tilby elektronisk meldingsutveksling til alle våre samarbeidspartnere, innføre overvåkning av alle elektroniske meldinger fra Oslo universitetssykehus og redusere bruk av papir.

5.3. Forskning

Oslo universitetssykehus vil i 2015 etablere infrastruktur for å understøtte en økt innsats innen translasjonsforskning og legge til rette for klinikknær genomikkforskning innen kreftområdet gjennom effektive prediksjonsalgoritmer med translasjonspotensial mot diagnostikk og monitorering.

5.4. Administrativt område

Innføring av felles innkjøp- og logistikk-løsning i hele Oslo universitetssykehus vil bli ferdigstilt første halvår 2015 når Aker sykehus tar i bruk lokale plukkklagre for medisinske forbruksartikler. Gamle løsninger fases ut. I tillegg vil innkjøps- og logistikkrapportene i eksisterende Discoverer-løsning samt Access-løsningen OF_RAPP bli erstattet.

Det vil etableres bedre styrings- og informasjonsverktøy i LIS for førstelinje- og mellomledere slik at disse settes bedre i stand til å styre den løpende aktiviteten ved enhetene de er ansvarlige for. Rapporterings og analyseverktøyet BI Apps vil bli prøvd ut i samarbeid med Helse Sør-Øst. Det vil settes i gang et arbeid som sørger for at GAT blir brukt til planlegging og styring av legenes arbeidstid, på lik linje med andre yrkesgrupper, på en slik måte at man ikke er avhengig av lokale støttesystemer.

Det vil også bli startet et arbeid som vil synliggjøre de ulike representasjonene av foretakets organisasjonsstruktur slik disse er realisert i systemene som brukes av Oslo universitetssykehus. Dette vil også gjøre det enklere å avdekke avvik og mangler i de ulike strukturene sammenlignet med foretakets vedtatte organisasjonsstruktur.

Det skal også etableres en forvaltningsløsning til å vedlikeholde registre og interne grensesnitt. Det vil etableres selvbetjeningsløsning til felles fullmaktsregister for desentralisert vedlikehold, inkludert automatisk oppdatering av faktura- og innkjøpsløsning. Prosjektet vil også utvikle nye rapporter og fase ut gamle samt fjerne de gamle løsningene. Utvidelse og endring av server og lagringsmiljø for Oslo universitetssykehus LIS - Fase 2 vil slutføre kapasitetsutvidelse og etablere nødvendige integrasjoner slik at løsningen har ytelse og kapasitet som kreves for å oppfylle sykehusets behov til ledelsesinformasjon, analyse og rapporteringsstøtte.

| | | |
|--|-------|---------------|
| | Dato: | Side: 21 / 30 |
| Oslo universitetssykehus HF Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF | | |

Det vil også foretas en videreutvikling av avviksrapporteringssystemet for å dekke myndighetspålegg og videreutvikles funksjonalitet knyttet til meldeplikter, varsling, revisjon, risikovurdering og komplikasjonsregistre.

5.6. Infrastruktur

Innen IKT infrastruktur vil sykehuset, i samarbeid med Sykehuspartner og Helse Sør-Øst i løpet av 2015 ferdigstille oppgraderingen av sykehusets nettverk slik at hele sykehuset får samme nettverksplattform.

På klientsiden vil samtlige PCer bli oppgradert til et moderne operativsystem og gå fra 32bits til 64bits software. Dette vil øke kapasiteten på klientsiden og gi vesentlig bedre støtte til tjenester som krever mye regnekraft, for eksempel bildediagnostikk.

Det vil bli innført «sikker print» på multifunksjonsskrivere i sykehuset. Dette vil være en viktig aktivitet som bidrar til at ikke sensitive opplysninger kommer på avveie i forbindelse med utskrifter.

Et utall av infrastrukturmessige støttetjenester vil bli oppgradert slik at sykehuset vil evne å kunne tilby våre brukere moderne tjenester innen for eksempel «streaming media», skybasert lagring etc.

Det vil bli innført nye sikkerhetsmekanismer som vil øke deteksjonsmulighetene for sikkerhetsbrudd og vår evne til å håndtere disse.

På MTU siden vil det bli startet et prosjekt med å oppgradere infrastrukturen rundt håndtering av MTU slik at implementeringshastigheten for nye tjenester går opp og MTU tjenester blir håndtert på en drifts- og sikkerhetsmessig forsvarlig måte.

I tråd med regionale føringer med sanering innen applikasjonsporteføljen innen foretaksgruppen, planlegger OUS å redusere sin portefølje med i størrelsesorden 30-50%. Dette er vesentlig over regionen ambisjon om en sanering på 20-25% i foretaksgruppen.

| | | |
|--|-------|---------------|
| | Dato: | Side: 22 / 30 |
| Oslo universitetssykehus HF Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF | | |

6. **TABELLARISK OVERSIKT OVER PLANLAGT AKTIVITET I 2015**

Tabellene under viser hvilke prosjekter som gjennom bearbeidelse i styringsstrukturen for IKT er blitt prioritert i 2015.

| 6.1. Prosjekter innen området klinisk, forskningsstøtte og samhandling | Aktivitet og leveranser i 2015 |
|--|--|
| Innføring av regionalt felles PAS/EPJ i Oslo universitetssykehus, Fase 2 | Følgende skal være utført i 2015: <ul style="list-style-type: none"> • Innført Klinisk dokumentasjon for sykepleie (KDS) • Innført DIPS Operasjonsplanlegging og faset ut Albert • Innført DIPS Vekstkurve og faset ut PCPal unntatt for spesialiserte brukere • Faset ut Hippokrates og erstattet med DIPS Arena • Innført nye integrasjoner iht prioritert liste • Sanert applikasjoner som ble erstattet i Fase 1 |
| Felles regional elektronisk fødejournal – ibruktakelse, forbedringsprosjekt | <ul style="list-style-type: none"> • Astraia fullskalabruk • Tatt i bruk Partus 4.2 • Definerte integrasjoner etablert • Obstetrix data er konvertert til DIPS og egen DB • Mulig pilot for "Varig/ekte fødselsnummer så raskt som mulig etter fødsel" |
| Integrasjon av resterende MTU-løsninger til ny billedlagringsløsning øye, Picsara. | Omfang etter redusert investeringsbeløp kartlegges. Valgte integrasjoner implementeres og driftsettes. |
| Min Journal, sikker meldingstjeneste | Plan for hvilke enheter som skal ta det i bruk i 2015 utarbeides og disse enhetene tar i bruk sikker meldingstjeneste. |
| Elektronisk kurve (Metavision) – Intensiv/operasjon | Omfang etter redusert investeringsbeløp kartlegges. Forventet utrulling 2015 er 70 nye AIO-senger. Begrenset pilotering på sengepost. |
| Spesialistmodul Nyrebase | Ferdigstille som del av innføring av nytt system for transplantasjonsimmunologi og tas i bruk til erstatning for gammel Nyrebase. |
| Digital samhandling 2015 | OUS skal tilby elektronisk meldingsutveksling til alle våre samarbeidspartnere <ul style="list-style-type: none"> • Utvidelse av dagens partnerregister til å omfatte alle som ønsker elektroniske epikriser og svar fra OUS • Sende radiologisvar fra alle fagsystemer på OUS • Sende patologisvar Innføre overvåkning av alle elektroniske meldinger fra OUS |
| TKA base | Omfang må utarbeides etter at noe allerede er løst i 2014 vha eReg og investeringsbeløp er redusert. |
| Taletrener og Personlig Ordbok for | Ta i bruk Taletrener m/personlig ordbok til |

| | | |
|--|-------|---------------|
| | Dato: | Side: 23 / 30 |
| Oslo universitetssykehus HF Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF | | |

| | |
|---|--|
| talegjenkjenning (TGK) | talegjenkjenning for lettere å kunne administrere egen taleprofil. |
| Thesaurus i MinJournal | OUS skal ta i bruk Thesaurus som kobler medisinske termer i epikriser og poliklinikknotater til ordlister slik at termene blir forklart på norsk og det blir lettere for pasientene å forstå egne epikriser og poliklinikknotater. |
| Klinisk datavarehus i OUS | Etablere en første versjon av et klinisk datavarehus. |
| KNEIP | Kreftregisteret ferdigstiller arbeidet med Modernisering av Kreftregisterets IKT-plattform som har pågått over flere år. |
| Regional diabetesjournal | Innføre strukturert diabetesjournal som dekker alle funksjoner ved en diabetespoliklinikk. |
| MedInsight REST | MedInsight skal oppgraderes slik at rammeverket støtter andre plattformer enn Windows og kan tilgjengeliggjøres utenfor Oslo Universitetssykehus. Løsningen skal ta i bruk ny teknologi slik at det kan utvikles fremtidsrettede registre med tanke på opprettelse, funksjonalitet og design. |
| Tjenermaskin, forskning rundt persontilpasset medisin | Etablere infrastruktur for å understøtte en økt innsats innen translasjonsforskning for <ul style="list-style-type: none"> • en mer målrettet behandling av signaldefekter i ulike kritiske signalveier i kreft, • modellering av ulike store pasientderiverte data med ambisjoner om en helhetlig forståelse av ulike typer data generert rundt en kreftsvulst • legge til rette for klinikknær genomikkforskning gjennom effektive prediksjonsalgoritmer med translasjonspotensial mot diagnostikk og monitorering. |

| | | |
|--|-------|---------------|
| | Dato: | Side: 24 / 30 |
| Oslo universitetssykehus HF Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF | | |

| 6.2. Prosjekter innen området lab og radiologi med forskningsstøtte og samhandling | Aktivitet og leveranser i 2015 |
|--|---|
| Sikre forsvarlig RIS/PACS ved Radiumhospitalet | Utrede og implementere nødvendige tiltak. |
| Laboratorieløsning for Transplantasjonsimmunologi og Benmargsgiverregister | Ferdigstille prosjektet og ta i bruk ny løsning for transplantasjonsimmunologi, benmargsgiverregister og "Nyrebase". |
| Laboratorieløsning for Celleterapi | Ferdigstille prosjektet. Innføre løsningen inkl. å gjennomføre "compliance"-perioden iht GAMP-Good Automated Manufacturing Processes og ta systemet i bruk. |
| Produksjonsplanleggingsprogram mikrobiologisk lab | Ferdigstille prosjektet. Innføre en løsning som tilfredsstiller de grunnleggende kravene til løsningen |
| IKT analyseplattform for DNA sekvenseringsdata i genetisk diagnostikk (prioritert i 2014 og videreføres med investeringsmidler tildelt i 2014, ikke behov for driftsmidler i 2015) | <ul style="list-style-type: none"> • Etablere omforent arkitekturskisse for den kortsiktige løsning, inklusiv kartlegging av dagens infrastruktur. • Klinisk arbeidsprosessanalyse gjennomført. • Realisere bruk av infrastruktur på USITs TSD tjeneste for leveranser av genetisk sekvenseringsanalyser i sykehusets produksjon. • Kvantifisering av forventet behov ved AMG og OUS, og utviklingen i dette behovet (så langt det lar seg gjøre) |
| Fase ut Flexlab på Aker | Labdatasystemet Flexlab er på etterskudd i forhold til versjonerings. Oppgradering til nyeste versjon av Flexlab, vil kreve plattformbytte, nye servere, samt store endring i funksjonalitet som påvirker brukere. Flexlab vil heller ikke uten en slik oppgradering takle overgangen til Windows7. Flexlab konsolideres i en av de eksisterende laboratorieløsningene på OUS. |
| Onlinekobling av instrumentpark kromatografi på Ullevål til Swisslab | Ferdigstille (Denne blir ikke prosjektorganisert) |
| Oppgradering av Unilab plattform + egenutviklede løsninger inn i Unilab | Håndteres som ordinær drift og forvaltning? |

Flere av aktivitetene innen området lab og radiologi med forskningsstøtte og samhandling er avhengig av at det tildeles driftsmidler til prosjektene. Se behov for ytterligere tildeling av driftsmidler til prosjektene, kap 7.

| | | |
|--|-------|---------------|
| | Dato: | Side: 25 / 30 |
| Oslo universitetssykehus HF Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF | | |

| 6.3. Prosjekter innen det administrative området | Aktivitet og leveranser i 2015 |
|---|---|
| Felles innkjøp/ logistikk-løsning i Oslo universitetssykehus | Innføre felles innkjøpssystem (iProcurement) med lokale plukklagre for medisinske forbruksartikler på Aker i 2015 som siste lokalitet i OUS. Gamle løsninger er faset ut. Innkjøps- og logistikkrapportene i eksisterende Discoverer-løsning samt Access-løsningen OF_RAPP er erstattet. |
| Aktivitets- og ressursstyring (videreføring av tidligere prosjekt "Innføring av regional løsning for personalressursstyring") | Bedre bruk av GAT hos leger ved å implementere tiltakene identifisert i foranalysen slik at GAT kan brukes som et fullverdig planleggingsverktøy for legegruppen. Aktivitet og ressursstyring. <ul style="list-style-type: none"> Ferdigstille pilot ved Øyeavdelingen. Videreutvikle LIS OUS med fokus på behovene til førstelinje- og mellomledere. Erfariner og kompetanse basert på pilotene ved KDA og ØYE legges til grunn for det videre arbeidet. Prøve ut BI Apps som verktøy i samarbeid med HSØ RHF. |
| Felles fakturaløsning i Oslo universitetssykehus | Ferdigstille prosjekt. Etablere selvbetjeningsløsning til felles fullmaktsregister med for desentralisert vedlikehold inkludert automatisk oppdatering av faktura- og innkjøpsløsning. Utvikle nye rapporter og fase ut gamle. Fjerne gamle løsninger. |
| Ny, endret lagringsløsning Oslo universitetssykehus LIS | Ferdigstille server og lagringsløsningen og slutføre kapasitetsutvidelse og etablering av nødvendige integrasjoner. |
| Server til analyseverktøyet SAS Visual Analytics | Anskaffelse av server til SAS Visual Analytics. Tilby et svært kraftig og brukervennlig analyseverktøy for analytikere i stab og andre med behov for kraftig verktøy med svært gode presentasjonsløsninger i tillegg. (Dette ble prioritert, men uten investeringsmidler. Anskaffelsen avhenger av at det prioriteres investeringsmidler senere.) |
| Organisasjonsforvaltning | Etablere og ta i bruk en elektronisk forvaltningsløsning som forbedrer organisasjonsforvaltning i Oslo universitetssykehus. |
| Achilles og brukerundersøkelse fase 2 | Videreutvikle løsningen for å dekke myndighetspålegg og videreutvikle funksjonalitet knyttet til meldeplikter, varsling, revisjon, risikovurdering og komplikasjonsregistre. |

Flere av aktivitetene innen det administrative området er avhengige av at det tildeles driftsmidler til prosjektene. Se behov for ytterligere tildeling av driftsmidler til prosjektene, kap 7.

| | | |
|--|-------|---------------|
| | Dato: | Side: 26 / 30 |
| Oslo universitetssykehus HF Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF | | |

| 6.4. PROSJEKTER INNEN OMRÅDET INFRASTRUKTUR | AKTIVITET OG LEVERANSER I 2015 |
|--|---|
| Infrastruktur modernisering (IMP) | <ul style="list-style-type: none"> • Starte oppgradering av klienter fra Windows XP til Windows 7 • Oppgradere AMK med ny løsning på klientsiden • Oppgradere og redusere tjenesteporteføljen på klientsiden • Ferdigstille ny felles sikkerhetsløsning for internett på hele OUS • Starte prosjekt for MTU-migrering • Ferdigstille løsning for software distribusjon • Ferdigstille løsning for profilhåndtering • Etablere ny printløsning for resterende skrivere (ikke multifunksjonsskrivere) • Redusere applikasjonsporteføljen fra ca 1500 applikasjoner til ca 700 applikasjoner – dvs godt innefor HSØ mål om 20% reduksjon • Starte tjenstemigrering til OUS sonen og til nye regionale datarom • Ferdigstille nettverksoppgradering • Ferdigstille implementering av Sikker print • Fjerne gamle tjenester for å fristille plass og minske behovet for investeringer i strøm og kjøling. |

Flere av aktivitetene innen infrastruktur og modernisering er avhengige av at det tildeles driftsmidler til prosjektene. Se behov for ytterligere tildeling av driftsmidler til prosjektene, kap 7.

| | | |
|--|-------|---------------|
| | Dato: | Side: 27 / 30 |
| Oslo universitetssykehus HF Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF | | |

7. SAMLET OVERSIKT OVER ØKONOMISKE KONSEKVENSER

I 2015 vil Oslo universitetssykehus bruke 265 millioner av regionale investerings- og driftsmidler på oppgradering av infrastruktur og etableringen av Oslo universitetssykehus i ny regional infrastruktur. I tillegg til dette er det et etterslep på intern infrastruktur (strøm, kjøling og kabling) på Oslo universitetssykehus som foreløpig er beregnet til over 200 millioner kroner, hvorav det er gjennomført investeringer for 49 mill millioner i 2014 og planlagt investeringer for 44 millioner i 2015.

I perioden frem til 2020 vil det avhengig av ambisjonsnivå være behov for ytterligere investeringer i størrelsesorden 400 til 800 millioner i IKT infrastruktur. Den største enkeltfaktoren som påvirker dette investeringsbehovet er behovet for tungregning og tilhørende lagring.

Tabellene under oppsummerer de viktigste økonomitall for IKT området for 2015.

Bruk av lokale investeringsmidler i 2015

| Prosjektområder | Investeringsmidler 2015 |
|--|-------------------------|
| Prosjekter innenfor området klinisk, forskningsstøtte og samhandling | 11 150 000 |
| Prosjekter innenfor området lab og radiologi med forskningsstøtte og samhandling | 13 100 000 |
| Prosjektområde administrative tjenester og LIS | 750 000 |
| Sum investeringer i lokale finansierte prosjekter | 25 000 000 |

Bruk av lokale driftsmidler i 2015

| | |
|--|-------------|
| Driftsbudsjett OUS Stab IKT | 47 900 000 |
| Driftsbudsjett til prosjekter allerede tildelt | 81 210 000 |
| Total driftskostnad til Sykehuspartner IKT | 880 100 000 |

Det er i driftsbudsjettet satt av ytterligere 30 mill kroner til IKT-prosjekter som er omtalt i områdeplanen. Disponeringen av disse midlene er imidlertid ikke endelig besluttet og vil bli vurdert etter nyttår.

Tallene under viser til investeringstakten i de regionalt finansierte prosjektene og er av en foreløpig karakter basert på vurderinger gjort av IKT stab i Oslo Universitetssykehus.

Estimert bruk av Regionale investeringsmidler i 2015

| | |
|--|--------------------|
| Prosjekter innenfor området klinisk, forskningsstøtte og samhandling | 131 000 000 |
| Prosjekter innenfor området lab og radiologi med forskningsstøtte og samhandling | 0 |
| Prosjekter innenfor området infrastruktur | 265 000 000 |
| Sum Regionalt finansierte prosjekter | 396 000 000 |

| | | |
|--|-------|---------------|
| | Dato: | Side: 28 / 30 |
| Oslo universitetssykehus HF Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF | | |

Tabellen refererer til planer kjent 1.12.2014.

Estimert bruk av investeringsmidler i 2015 – 2019 (Tall i MNOK)

| | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
|-------------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Lokale investeringer* | 55 | 47 | 35 | 35 | 35 |
| Regionale investeringer | 396 | 600 | 580 | 510 | 510 |
| Totalt IKT investeringer OUS | 451 | 647 | 615 | 545 | 545 |

*) Lokale investeringer 2015, består av 30 mill overført fra 2014 (viktigste enkeltårsak er manglende kapasitet hos Sykehuspartner til å gjennomføre aktiviteten i 2014) og 25 mill fra lokale investeringer 2015.

IKT langtidsbudsjettet er i stor grad en videreføring av budsjettet fra 2014. Regional IKT-satsing er redusert grunnet redusert økonomisk mulighetsrom for Helse Sør-Øst. Det er ikke kommet regionale langtidsplaner som fullt ut gjenspeiler denne situasjonen.

Behovene innen persontilpasset medisin vil øke, og med det behovene for tungregning og lagring av svært store datamengder, som også innebærer en kostnad på investeringsiden. IKT-langtidsbudsjettet har usikkerhet knyttet til omfang og fremdrift av regionaliseringen av IKT-løsningene og usikkerhet knyttet til hastighet og volum på persontilpasset medisin. Gitt den økonomiske situasjonen er det ikke tatt høyde for at volum på persontilpasset medisin øker eksponentielt innenfor denne planperioden, mens innføring av fellesregionale løsninger som radiologisystem og laboratoriesystem er tatt med.

Estimert bruk av lokale driftsmidler i 2016 – 2019 (Tall i MNOK)

| | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Total driftskostnad IKT, utenom prosjekt | 971 | 1041 | 1078 | 1112 |
| Driftsbudsjett til prosjekter | 79 | 53 | 53 | 53 |
| Totalt IKT investeringer OUS | 1050 | 1094 | 1131 | 1165 |

| | | |
|--|-------|---------------|
| | Dato: | Side: 29 / 30 |
| Oslo universitetssykehus HF Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF | | |

8. RISIKOBILDE

8.1. Kortsiktig risikobilde

| Risiko | Konsekvens | Tiltak |
|---|---|---|
| Manglende leveranseevne hos tjenesteleverandør (Sykehuspartner (SP)) | Påvirker leveranseevnen til det enkelte prosjekt Påvirker leveranseevnen og kvaliteten på daglig drift | SP deltar på foranalyser SP kundeansvarlig involveres i planlegging av hvordan leveransekapasiteten kan sikres |
| Manglende økonomiske ressurser | Stanser pågående og planlagte prosjekter (midlertidig eller permanent) Regionale anskaffelser gjøres ikke og prosjekter som er avhengige av anskaffelsen kan ikke ferdigstilles. | Sikre realistiske planer og nyttige leveranser også om omfanget må nedskaleres og forankre dette hos prosjektets eier |
| Avhengigheter til løsning eller ressurser mellom prosjekter eller fagområder løses ikke | Prosjekter forsinkes, fordyres eller leveres med redusert kvalitet om ikke <ul style="list-style-type: none"> Ressurser er tilgjengelige Fysisk IKT-infrastruktur ikke blir bygd ut raskt nok til å understøtte IKT-behov Løsninger som prosjektet er avhengige av kommer på plass | Etablerer avhengighetsmatrise både på prosjekt og porteføljenivå |

8.2. Langsiktig risikobilde

| Risiko | Konsekvens | Tiltak |
|--|--|--|
| Manglende evne til å tilpasse seg endring i OUS | Klarer ikke å hente ut planlagte effekter | En sterk ledelsesmessig vilje til å drive gjennom endring |
| Manglende økonomiske ressurser | Stanser pågående og planlagte prosjekter (midlertidig eller permanent) OUS får ikke konsolidert til et system innenfor en rekke fagområder Flere utrangerte IKT-løsninger (bl.a. EndOfLife problematikk) | Sikre realistiske planer og nyttige leveranser også om omfanget må nedskaleres og forankre dette hos prosjektets/ programmets eier |
| Manglende koordinering av fagområder i OUS som totalt sett skal understøtte teknologiutvikling i sykehuset | Suboptimalisering innen hvert fagområde i stedet for at 1 + 1 er mer enn 2 Redusert læring på tvers av fagområdene | Ses på i pågående organiseringsprosjekt i OUS |

| | | |
|--|-------|---------------|
| | Dato: | Side: 30 / 30 |
| Oslo universitetssykehus HF Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF | | |

| | | |
|--|---|--|
| Høy kompleksitet i det regionale målbildet gjør at løsninger ikke realiseres | Prosjekter igangsettes uten at avhengigheter er kartlagt og forstått/håndtert Prosjekter igangsettes uten at behov eller ønskede effekter er tilstrekkelig utredet/kartlagt | Foranalyser gjennomføres regionalt på programnivå |
| Regionssykehuset prioriteres ikke høyt nok i arbeidet med å realisere regionale løsninger | Regionale løsninger dekker ikke behovene til alle sykehusene i regionen (feil løsning velges ved anskaffelser; standardisering tar ikke hensyn til alle behovene) | Regionale løsninger utvikles og realiseres først ved regionssykehuset for å sikre at de mest komplekse behovene også er dekket |
| Manglende kompetanse til å håndtere ny teknologi og nye krav Manglende forståelse og til å håndtere teknologiperspektivet i utvikling av fremtidens sykehus | Ny teknologi blir ikke tatt i bruk på en hensiktsmessig måte i behandling og diagnostikk Muligheter i og krav fra (ny) teknologi blir ikke kommunisert ved utvikling av fremtidens sykehus | Et faglig sterkt og samlet kompetansemiljø tilknyttet regionssykehuset som også omfavner forsknings-/innovasjonsaspektet |

DRØFTINGSPROTOKOLL

Det er avholdt drøftingsmøte i henhold til Hovedavtalens § 31 mellom Oslo universitetssykehus og foretakstillitsvalgte ved Oslo universitetssykehus.

Dato: 9. desember 2014

Sted: Oslo universitetssykehus

Sak: Sak 1 - Budsjett 2015

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

Tilstede fra arbeidstaker: Vibeke B. Kristiansen (NSF), Svein Erik Urstrømmen (NSF), Birgit Aanderaa (NPF), Julie Dybvik (NITO), Morten Sæheim (Tekna), Bjørn Wølstad-Knudsen (Fagforbundet), Aasmund Bredeli (Dnlf), Grunde Beisland (Delta), Christer Mjåset (Dnlf/Ylf)

1. Bakgrunn

I henhold til Hovedavtalen kap. VIII, jf. aml kap. 8, ble det avholdt drøftingsmøte vedr. budsjett 2015 ved Oslo universitetssykehus.

Det vises også til innkalling 03.12.2014 og drøftingsdokumenter sendt 3. og 5. desember.

Øyvind Wøllo presenterte saken i følgende punkter:

- Kort om driftsbudsjett og krav resultatforbedring
 - Lønn og innleiekostnader øker med 887 mill kroner fra estimat 2014 til budsjett 2015
 - Om lag 507 mill kroner er økte pensjonsutgifter og resterende er lønnsvekst
 - Det ligger inne et effektiviseringskrav på 3 pst
- Status budsjett 2015 i klinikkene
 - Flere klinikker mangler tiltak for å dekke kravene til budsjett 2015
 - Det arbeides videre med velles virksomhetsovergrepene tiltak
- Investeringsbudsjett
 - Finansiell leie en finansieringskilde som er avklart med HSØ RHF
- Overordnet risikovurdering
 - Tiltakenes påvirkning av risikobildet for sykehuset med tanke på pasientbehandling; arbeidsmiljø; forskning, innovasjon og utdanning; økonomi og infrastruktur ble gjennomgått
- AMU's vurdering av hvordan budsjett 2015 vil påvirke arbeidsmiljøet
 - Utkast til vedtakspunkt fra AMU møte 9. desember ble fremlagt

2. Personalmessige konsekvenser

Det vises til risikovurderingene lagt frem i saksvedlegg og presentasjon i drøftingsmøtet.

3. Partenes syn

Arbeidstakersiden deler noen bekymringer, jf. punktene nedenfor:

- Det er bekymringsfullt at det ikke er lagt frem tiltak for hele innsparingskravet på 3 pst
- Det uttrykkes forståelse for effektiviseringskravet, men stilles også spørsmål om en aktivitetsvekst eller kutt i ventelister er realistisk når en i 2014 har hatt en vekst i bemanning som ikke gjenspeiles i aktivitetsutviklingen eller opplevd arbeidspress ved enkelte klinikker, og en ikke kan legge inn ytterligere bemanningsvekst i 2015
- Det stilles spørsmål om hvordan finansiell leie som finansieringskilde vil påvirke foretaket på sikt

Arbeidstakersidens kommentarer til budsjettprosessen:

- Det oppleves en god involvering og godt planlagt prosess på sentralt nivå og klinikknivå, mens det lenger ute i klinikkene er varierende grad av involvering og kunnskap om hvordan budsjettprosessen er organisert, budsjetteringsverktøy m.v.
- Det er ønskelig at gapet mellom økonomisk langtidsplan og budsjett 2015 fortsatt fremgår i den videre saksfremstillingen

Det vises til ytterligere kommentarer fra arbeidstakersiden i vedlagte protokolltilførsler.

Arbeidsgiversiden presiseringer i drøftingsmøtet:

- I 2015 er det helt nødvendig med en tydelig styring på årsverk og ressursbruk, og aktivitetsøkning vil bli en utfordring. Det er grunn til å tro at situasjonen normaliseres i 2015, etter en høst 2014 med svakere aktivitet enn planlagt.
- Investeringsbudsjettet er stramt. Det er lagt opp til investeringer innen MTU i tråd med styrets plan. Det er videre rom for utbedringsprosjekter innen bygg selv om det fortsatt vil være en utfordring i 2015, eksempelvis det å møte tilsynskrav.
- Det arbeides videre med å bedre risikobildet der det er nødvendig. Eksempelvis planlegges det flytting fremfor utbedring av kritisk bygningsmasse hvor lokalene vil gi nye muligheter for organisering av aktivitet.

4. Konklusjon

Arbeidstakersidens synspunkter legges frem i drøftingsprotokoll og eventuelle protokolltilførsler som inkluderes i styresak vedr. budsjett 2015.

Frem mot styrebehandling arbeides det videre med tiltak i klinikkene og klinikkovergripende tiltak og effekten av disse.

Arbeidsgivers signatur

Arbeidstakers signatur

Vedlegg til drøftingsprotokoll

Protokolltilførsler fra

- 1) Den norske legeforening, Norsk sykepleieforbund og Fagforbundet, med støtte fra organisasjonene som er listet i vedlegg til protokolltilførselen
- 2) Vernetjenesten
- 3) Norsk sykepleieforbund - tilleggsprotokoll
- 4) Norsk psykologforening

Organisasjonenes drøftingsprotokoll til budsjettforslag 2015 Oslo universitetssykehus

Ansattes organisasjoner er svært bekymret for om budsjettforslaget for 2015 er gjennomførbart i henhold til oppdragsdokumentet og resultatkravet gitt av eier.

Det er positivt at investeringsplan for medisinsk teknisk utstyr (MTU) opprettholdes, at det finnes muligheter for arealutvidende tiltak og at IKT-planene videreføres.

Investeringsbudsjettet samlet er imidlertid svakt sammenlignet med økonomisk langtidsplan for 2015. Ansattes organisasjoner er svært bekymret for reduksjonen i investeringsmidler til vedlikehold av bygg og infrastruktur. Underfinansieringen vil ved uforutsette hendelser ramme drift, kapasitet i pasientbehandlingen og arbeidsmiljøet på en negativ måte.

Sykehuset er i en vanskelig situasjon med en kombinasjon av økonomiske utfordringer, for lav kapasitet innen en rekke områder, og behov for store investeringer. Dette må også ses i sammenheng med svekket produktivitet etter innføring av dagens organisasjonsmodell.

Sykehusets klinikker har gjennom flere år samvittighetsfullt arbeidet med å løse disse utfordringene ved bruk av liknende tiltak som foreslås i budsjettfremlegget. Ansattes organisasjoner har dessverre liten tro på at dette arbeidet har bedre forutsetninger for å lykkes i 2015. Organisasjonene stiller seg derfor tvilende til om sykehuset er i stand til å håndtere aktivitetsveksten innenfor budsjetttrammene. De fremlagte tiltakene vil kunne medføre ytterligere kapasitetsproblemer og flaskehalsproblematikk med økende ventelister og forringet kvalitet i pasientbehandlingen.

Driftsbudsjettet innebærer en effektivisering av driften med omlag 3 %. Budsjettforslaget mangler fremdeles konkrete tiltak for fullt ut å nå dette målet. Erfaringen de siste årene viser at sykehuset klarer å gjennomføre knapt 2/3 av planlagte innsparingstiltak. I budsjettfremlegget forutsettes det videre at aktivitetsveksten må håndteres uten særlig flere ansatte fordi avsatte midler til realvekst for lønn og innleie er svært begrenset. Ansattes organisasjoner er bekymret for at underfinansieringen av driften vil medføre økt arbeidspress og dermed arbeidsmiljømessige problemer.

Etter organisasjonenes syn må det gjøres strukturelle endringer i organisering av sykehuset for å nå målet om mer effektiv drift. Tiltak som vil kunne ha effekt er reell stedlig ledelse på sykehusets mange driftsenheter.

Det er forutsatt at tillitsvalgte på alle nivå i sykehuset skal involveres i arbeidet med budsjett. Etter organisasjonenes erfaring har dette i liten grad blitt gjennomført helt ut i organisasjonen. Dette er uheldig da informasjon og involvering av tillitsvalgte vil kunne gjøre at de ansatte får større eierskap til beslutning og gjennomføring av endringer i foreslått budsjett.

Ansattes organisasjoner viser for øvrig til drøftingsprotokollene fra klinikkene.

Den norske legeförening
Aasmund M. Bredeli
Sign

Norsk Sykepleieförbundet
Svein Erik Urströmmen
Sign

Fagforbundet
Björn Wølstaed-Knudsen
Sign

Tilslutning til felles protokoll fra Dnlf, NSF og Fagforbundet:

| |
|--|
| <p>NITO tilslutter seg protokolltilførselen fra Fagforbundet, NSF og DNLF.</p> <p>Vennlig hilsen Julie Dybvik Nestleder NITO Oslo Universitetssykehus HF</p> |
| <p>Delta slutter seg til undernevnte innspill fra Dnlf, FF og Nsf. Med vennlig hilsen</p> <p><i>Grunde Beisland</i> Hovedtillitsvalgt Delta</p> |
| <p>NFF slutter seg til innspillene fra Fagforbundet, NSF og DNLF.</p> <p>Vennlig hilsen Elizabeth Holtebekk, foretakstillitsvalgt NFF på Oslo universitetssykehus Oslo universitetssykehus Kvinne-barnklinikken Barneavd. for nevrofag Seksjon nevrohabilitering</p> |
| <p>Samfunnsviterne tilslutter seg innspill til budsjettforslaget fra DNLF, NSF og Fagforbundet.</p> <p>Vennlig hilsen Vibeke Hollum Foretakstillitsvalgt Samfunnsviterne</p> |
| <p>NETF slutter seg til innspill fra Fagforbundet, NSF og DNLF.</p> <p>Med vennlig hilsen</p> <p>Helen Bull Foretakstillitsvalgt NETF</p> |
| <p>Norges Farmaceutiske forening (NOFF) slutter seg også til innspillene.</p> <p>Hilsen Hanne Stenberg-Nilsen</p> <p><i>Hanne Stenberg-Nilsen</i> Foretakstillitsvalgt/klinikktilitsvalgt KDI/avdelingstillitsvalgt FAR for Norges Farmaceutiske Forening (N(O)FF),</p> |
| <p>Utdanningsforbundet tilslutter seg protokolltilførselen fra Fagforbundet, NSF og DNLF.</p> <p>Beste hilsen Rune Vethe</p> |
| <p>Norsk Psykologforening slutter seg til fellesprotokoll og har også en egen protokoll.</p> <p>Mvh Birgit Aanderaa FTV NPF OUS</p> |

Protokolltilførsel – Drøftinger Budsjett 2015

Innspill til styresak xx/2014 fra vernetjenesten:

Det er et betydelig avvik mellom planlagte investeringer, jfr ØLP, og faktiske investeringsmidler 2015. Dette innebærer en begrensning i sykehusets evne til å lukke avvik og pålegg gitt av Arbeidstilsynet, Direktoratet for sivil beredskap (DSB) og Branntilsynet. Dette vil kunne gi *uheldige helsemessige konsekvenser* for enkelte, eller grupper av ansatte.

Styret må jobbe for langsiktige og forutsigbare løsninger på investeringssiden av budsjettet. Situasjonen nå er at vi ikke kan legge planer utover av det enkelte budsjettår da endrede budsjettforutsetninger fremtvinger nye planer og prioriteringer. Dette er svært ineffektivt og hindrer sykehuset i å løse *svært alvorlige HMS problemer* innen et forsvarlig tidsperspektiv. Styret må være bevist dette da saken er av potensielt svært alvorlig karakter.

Budsjettsaken budbringer et krav til effektivisering/produksjonsøkning på 3%. Dette er et krav som betydelig overskrider sykehusets tidligere evne til årlig effektivisering av drift. Det tolkes også av saken at dette skal skje innenfor dagens bemanning (uten økning i årsverk). Effektiviseringskravet vil kunne representere en *betydelig økning i arbeidspress* i deler av virksomheten, og da spesielt i de deler av sykehuset som allerede er under stor belastning. Dette er avdelinger som er definert som "flaskehals" grunnet tekniske kapasitetsbegrensninger eller som lider under stor mangel på kvalifisert personell. Vi risikerer således at enkeltansatte blir satt under betydelig press i 2015.

Det er stor risiko forbundet med klinikkens evne til å gjennomføre tilstrekkelig tiltak for å innfri krav til resultatforbedring/aktivitetsvekst. Enkelte klinikker peker på støtteklinikken som løsning på egne budsjettutfordringer, noe som i sum vil øke presset på disse delene av sykehusets virksomhet. Dersom støtteklinikken reelt sett skal representere en løsning på andre klinikkens utfordringer, må dette også speiles i budsjettet ved at støtteklinikkenes økonomiske forutsetninger styrkes.

Medio desember er det fortsatt stor underdekning på tiltakssiden for å oppnå resultatkrav for 2015. Vernetjenesten kan ikke akseptere at videre prosess for å oppnå virksomme rasjonaliseringstiltak kompromisser med Arbeidsmiljølovens krav til et fullt forsvarlig arbeidsmiljø. Styret må derfor monitorere videre budsjettprosess opp i mot de arbeidsmiljømessige konsekvensene av nye tiltak.

Viser for øvrig til Arbeidsmiljøutvalgets (AMU) vedtak og uttalelse i budsjettsaken.

Per Oddvar Synnes
foretaksverneombud



BUDSJETT 2015 – drøftingsprotokoll

NSF viser til felles protokoll, og har i tillegg følgende tilføyelse.

Involveringen av tillitsvalgte i budsjettarbeidet har vært bedre enn tidligere år, men vi ser at det fortsatt er langt frem til prinsippet om god involvering og medvirkning er ivaretatt. Utfordringene er fremdeles knyttet til involvering av tillitsvalgte helt ned til førstelinjenivå. NSF mener dette beklagelig da det i stor grad er på nivåene nærmest pasienten de gode og bærekraftige innsparingstiltakene kan finnes.

NSF vil uttrykke bekymring for at vi fremdeles baserer klinikkens rammer på historiske tall og midlertidige rammer. Det er viktig at vi fremover jobber med å få på plass best mulig objektive kriterier. Et godt hjelpemiddel til en riktig fordeling av ressurser til sykepleie mellom klinikkene, vil kunne være innføring av et pleiekategoriseringssystem. Vi beklager at IKT fagutvalgt har valgt å nedprioritere dette. Et slikt system vil kunne synliggjøre sykepleieaktivitet på den enkelte enhet, og være et viktig styringsverktøy for å sikre riktig ressursfordeling og en bemanning som er i samsvar med aktivitet

Budsjett 2015 forutsetter en betydelig driftseffektivisering ut over det som var lagt til grunn i økonomisk langtidsplan, og det legges blant annet opp til en betydelig aktivitetsøkning uten økte kostnader til bemanning NSF forutsetter at det sikres at en aktivitetsøkning skjer uten økt arbeidsbelastning på de ansatte. Medarbeiderundersøkelsen og meldte HMS avvik viser at arbeidspresset allerede oppleves å være for høyt flere steder og det meldes også om for liten tid til faglig oppdatering og utvikling. NSF ønsker også å vise til det store antall brudd på arbeidstidsbestemmelsene i sykehuset. Tilbakemeldingene fra våre tillitsvalgte er at dette i stor grad skyldes for lav grunnbemanning. Et økt arbeidspres for den enkelte ansatte samt stor bruk av overtid, lange arbeidsøkter og manglende tid til faglig oppdatering, vil kunne føre til en forringelse av arbeidsmiljøet, lavere faglig kvalitet og redusert pasientsikkerhet ved sykehuset.

En produktivitetsøkning må derfor skje gjennom:

- Gevinster skapt ved pasientforløpsarbeid/Lean
- Konvertering av vikar- og overtidsmidler til fast ansatte
- Fokus på riktig bruk av kompetanse og tilstrekkelig med støttepersonell

En reduksjon i investeringer i bygg for å håndtere myndighetspålegg fremstår som veldig uheldig og belastende for de ansattes arbeidsmiljø. Vi støtter derfor forslag om en lånesøknad for å sikre et tilstrekkelig investeringsnivå i 2016, men frykter 2015 nivået vil redusere mulighetene til å nå våre mål samt utfordre frister satt av tilsynsmyndighetene. Det er uheldig at investeringsrammene ikke muliggjør MTU investeringer som reduserer levealder MTU. Dette er en viktig forutsetning for å effektivisere driften vår.

Vi støtter forslaget om å bruke leasing av MTU. Selv om dette kan føre til økte driftskostnader, er det vanskelig å se at det er andre muligheter.

Vi registrerer at det i enkelte klinikker legges opp til ledighold av stillinger som et budsjetttiltak. Dette, kombinert med krav til aktivitetsøkning, vil kunne føre til et økt arbeidspress på de ansatte, til dårligere pasientsikkerhet og forverring av arbeidsmiljøet.

NSF mener det er viktig at ordningen med 100 utdanningsstillinger for sykepleiere i videreutdanning videreføres. Spesialsykepleiere innehar nøkkelkompetanse i et OUS som stadig blir mer spesialisert og lønn under utdanning er et viktig rekrutteringsvirkemiddel. Det er likevel viktig å påpeke at kartlegging viser et behov for 389 spesialsykepleiere i 2015, og det er da ikke tatt høyde for den høye gjennomsnittsalder som er i denne gruppen. Vi mener det derfor er nødvendig å øke antallet utdanningsstillinger samtidig som det må jobbes med systematisk med andre rekrutteringstiltak samt virkemidler for å beholde de spesialsykepleierne vi har. Dette må også fremkomme i budsjettet.

NSF kan ikke se at føringer i statsbudsjettet om prioritering av områdene Psykisk helse og TSB gjenfinnes i budsjettsaken. NSF er også bekymret for at økt dreining mot poliklinisk behandling vil gå på bekostning av nødvendig døgntilbud.

NSF savner igjen en helhetlig tenkning rundt budsjettet og den overslagseffekt beslutninger gjort i en klinikk har på andre klinikker. Vi ser at det fortsatt er en tendens til at det relative nivå av støttetjenester reduseres, noe som vil føre til økt belastning på ansatte i øvrige klinikker.

Mvh
NSF – OUS v/
Svein Erik Urstrømmen
Stedfortredende FTV

Protokoll drøftemøte budsjett OUS 9. desember 2014



Budsjett 2015

I årets statsbudsjett står det:

”1.7 Rus og psykisk helse

Mange i de svakeste pasientgruppene får ikke god nok og rask nok hjelp. Regjeringen vil styrke tilbudet til ruspasienter og pasienter med psykiske lidelser. Allerede er bevilgningene økt i spesialist- helsetjenesten, og **helseregionene er instruert om å prioritere tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern.**”

”2.4 Rus og psykisk helse

I tillegg styrkes psykisk helsevern og tverrfag- lig spesialisert rusbehandling gjennom den fore- slåtte inntektsveksten på 2,15 pst. i spesialisthelse- tjenesten omtalt under avsnitt 2.1. **Regelen om at psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rus- behandling hver for seg skal ha årlig vekst som er større enn somatikk videreføres og innebærer at disse fagområdene gis høy prioritet.** Videre innføres retten til fritt behandlingsvalg innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helse- vern i 2015.”

I klinikkdrøftingen ble det ikke klarlagt hvorvidt økt kostnadsvekst for psykisk helse og rusbehandling er oppfylt ved OUS.

I drøftingen på foretaksnivå ble det heller ikke svart ut hvordan regnestykket for dette er ved OUS. OUS legger frem et budsjett hvor de fleste somatisk klinikker øker mer enn klinikk for psykisk helse og avhengighet i forhold til både aktivitet og kostnadsvekst. Det er derfor vanskelig å se at psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er prioritert ved OUS. Dette forslaget til budsjett 2015 er forhånds akseptert av HSØ. Dette gjør at Psykologforeningen er sterkt i tvil om hvordan HSØ har forstått statsbudsjettet for 2015. Ved å akseptere dette har HSØ ingen mulighet til å svare ut om man oppfyller sitt oppdrag om økt vekst for psykisk helsevern og TSB i regionen.

Det må klargjøres hvordan utregningen som svarer ut statsbudsjettets krav, skal foregå. Det må komme en tydelig utregning fra region Helse Sør-Øst og det må være klart hva som er OUS sin andel.

Det er viktig for Psykologforeningen at kostnadsvekst indikatoren fortsatt er med fordi

aktivitetsvekst i seg selv er ikke nødvendigvis en garanti for at pasientene får mer behandling, derfor må man også se på kostnadsvekst.

Dette kommer bl.a. av forhold. Noe aktivitetsvekst er kun omregistrering. Se eksempel under. Det andre er at det ikke foreligger noen god omregningsnøkkel mellom døgnaktivitet - > poliklinisk aktivitet -> telefonaktivitet. Hvis man legger ned en døgnpost, hvor mange polikliniske samtaler eller telefonsamtaler skal veie opp for dette? Hvordan ser dette ut på statistikken i dag?

Fjorårets budsjett var således et godt eksempel på omregistrering av aktivitet. Poliklinisk aktivitet innen TSB økte med 16 % i budsjett 2014. I dette lå det kun; at man klarte å lydisolere de behandlingsrommene som ikke var godkjent for poliklinisk behandling pga. at de ikke var lydtette nok, nå får man refusjon for det arbeide man allerede gjorde. Denne aktivitetsøkningen innen TSB var således bare en omregistrering av eksisterende aktivitet.

Norsk Psykologforening OUS ser det derfor som viktig at fortsatt slås fast i statsbudsjettet at det skal være en økt vekst innen psykisk helse og rusbehandling.

Psykiske lidelser er den største utfordringen i forhold til unge uføre. For hver uføretrygdet for psykisk lidelse taper Norge 21 arbeidsår. Årlige samfunnskostnader for psykiske lidelser i Norge er anslått til 60 -70 milliarder (St.prp. nr.1, 2009-10). Psykiske lidelser står for 40 % av sykefraværet og 40 % av uføretrygdkostnadene. Pasienter med hjertelidelse som i tillegg er deprimerte lever 10 år kortere enn sine medpasienter som ikke er deprimerte.

I en norsk undersøkelse fant man at blant de hvor psykiske lidelser er hovedgrunn eller medvirkende årsak til uføretrygd, har så mange som 32% aldri fått hjelp (Øverland, Glozier, Krokstad, & Mykletun, 2007). Bare 13 % av mennesker med selvrapportert depresjon og 25 % av de med selvrapportert angst søker hjelp (Roness, Mykletun, & Dahl, 2005). Blant ungdom er andelen av de med høyest symptombelastning som søker hjelp ikke høyere enn 34 % (Zachrisson, Rödje, & Mykletun, 2006).

I forhold til samfunnsansvaret og samfunnsøkonomien er det derfor ikke tilstrekkelig når det i budsjett-drøftingen vises til at OUS ikke har ventelister innen TSB eller Psykisk helse.

Det er derfor viktig at man gir behandling som pasientene kan nyttegjøre seg og at det gjøres studier som viser hvordan vi kan nå pasientene. FEST-studien er et eksempel på at god psykologisk behandling gir resultater.

For pasientene i FEST-studien ([Første eksperimentelle studie av overføringsarbeid \(FEST\)](#)) kan det dokumenteres gode resultater etter den 3-årige oppfølgingsperioden:

- forbruk av spesialisthelsetjenester i psykisk ettervern ble redusert med 75 % i forhold til vanlig behandling i 3-års perioden etter avsluttet terapi
- psykiatrisk behandling hos fastleger ble redusert med ca 60 %
- antall sykemeldinger ble redusert med 75 %

<http://www.med.uio.no/klinmed/forskning/aktuelt/aktuelle-saker/2012/psykoterapi-hjelper-de-sykeste.html>

Psykologforeningen støtter organisasjonenes fellesprotokoll.

Mvh

Birgit Aanderaa
FTV OUS NPF

Roness, A., Mykletun, A., & Dahl, A. A. (2005). Help-seeking behaviour in patients with anxiety disorder and depression. *Acta Psychiatr Scand*, *111*, 51-58.

Zachrisson, H. D., Rödje, K., & Mykletun, A. (2006). Utilization of health services in relation to mental health problems in adolescents: A population based survey. *BMC Public Health*, *6*.

Øverland, S., Glozier, N., Krokstad, S., & Mykletun, A. (2007). Undertreatment Before the Award of a Disability Pension for Mental Illness: The HUNT Study. *Psychiatric Services*, *58(11)*, 1479-1482

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 18. desember 2014

Saksbehandler: Viseadministrerende direktør økonomi og finans

Vedlegg: Vedlegg 1: Modifisert konseptrapport: Ekstraordinær avvikssituasjon i OUS bygningsmasse – midler til å lukke myndighetspålagte tiltak.
Vedlegg 2: Ekstern kvalitetssikring av modifisert konseptrapport om ekstraordinær avvikssituasjon i OUS sin bygningsmasse – midler til å lukke myndighetspålagte avvik

**SAK 67/2014 INVESTERINGSTILTAK I BYGNINGSMASSEN TIL OSLO
UNIVERSITETSSYKEHUS**

FORSLAG TIL VEDTAK:

- 1. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å søke et lån på inntil 1 265 millioner kroner for å understøtte investeringer i bygningsmassen for å lukke myndighetspålegg og sikre oppgraderinger slik at sikker drift kan opprettholdes.*
- 2. Styret legger til grunn at egenandelen på 542 millioner kroner finansieres av Oslo universitetssykehus HFs egne midler.*
- 3. Styret ber om at lånesøknaden fremmes til Helse- og omsorgsdepartementet via Helse Sør-Øst RHF.*

Oslo, den 11. desember 2014

Bjørn Erikstein

1. Sammendrag

Oslo universitetssykehus har i dag et stort antall pålegg fra tilsynsmyndigheter (Oslo brann- og redningsetat, Direktoratet for sikkerhet og beredskap og Arbeidstilsynet) som følge av bygningsmessige og vedlikeholdsmessige utfordringer. Påleggene skal lukkes i løpet av få år og kan ikke vente til nye bygg står ferdige. Så godt som alle myndighetspålegg er knyttet til ivaretagelse av sikkerhet for pasienter og ansatte. Behovet for ny bygningsmasse er derfor også den viktigste prosjektutløsende årsak til Idefase - OUS.

Sykehuset har over de siste tre årene brukt rundt 460 millioner kroner til å lukke 168 myndighetspålegg, men det er fortsatt om lag 350 pålegg som gjenstår. Av disse er flere svært omfattende og krevende. Tilstandsgraden på en del bygg er så dårlig at det også forventes å tilkomme nye avvik/pålegg. Ordinært vedlikeholdsbudsjett gir ikke rom for å lukke myndighetspåleggene og samtidig opprettholde et akseptabelt vedlikehold. Ettersom omfanget av pålegg er omfattende, tidsfristene korte og kostnader knyttet til utbedringer store, vurderes situasjonen som ekstraordinær for sykehuset.

Helse- og omsorgsdepartementet har åpnet opp for at sykehus kan søke lån på opptil 70 pst av forventet prosjektkostnad knyttet til nybyggprosjekter eller prosjekter som omfatter oppgradering eller vedlikehold av eksisterende bygningsmasse.

Oslo universitetssykehus HF har i denne sammenheng ikke ett prosjekt, men en samling av et relativt stort antall større og mindre prosjekter knyttet til tiltak for å lukke myndighetspålegg. Det er utarbeidet en konseptrapport som beskriver de viktigste tiltak som må gjennomføres og kostnader knyttet til disse. Rapporten har gjennomgått ekstern kvalitetssikring. Tiltakene er prioritert inn i tre "pakker". Tiltakene i "pakke 1" må gjennomføres uavhengig av fremtidige nye bygg. Det fremkommer av rapporten at behovet for investeringsmidler i "første pakke" er beregnet til 1,67 mrd kroner (2012-priser). På bakgrunn av dette foreslås det at Oslo universitetssykehus HF fremmer en lånesøknad til Helse- og omsorgsdepartementet via Helse Sør-Øst RHF om et lån i størrelsesorden 1,265 mrd kroner (2015-priser) gjeldende fra 2016.

Det legges til grunn en egenfinansiering på 30 pst i samsvar med den statlige låneordningen for sykehus. I prosessen med utarbeidelse av konseptrapporten som grunnlag for lånesøknad har det vært både skriftlig kommunikasjon og møter med Helse Sør-Øst RHF. Fra det regionale helseforetaket har det vært forutsatt at Oslo universitetssykehus HF må forplikte seg å stille egenandelen på 30 pst av egen likviditet. På denne bakgrunn legges det til grunn at nevnte egenandel – om lag 136 millioner kroner (2015-priser) hvert av årene 2016-2019 - vil bli finansiert av Oslo universitetssykehus HF's egen likviditet.

2. Tidligere vedtak i styret på saken

Sykehusets behov for vedlikeholdsinvesteringer for å lukke myndighetspålagte tiltak har vært omtalt i følgende saker:

- Budsjett 2015 (sak 47/2014)
- Budsjett 2015(sak 39/2014)
- Økonomisk langtidsplan (sak 23/2014) hvor følgende vedtak er sentralt:

”Styret ber administrerende direktør innlede en dialog med Helse Sør-Øst RHF om å sikre tilstrekkelig finansiering av investeringer gjennom disponering av budsjettert overskudd og tilgang på ekstraordinære lån”

- Beslutningssak budsjett 2014 (sak 71/2013)
- Status investeringer i samlokaliseringer (sak 50/2013)
- Plan for vedlikeholdsinvesteringer 2013(sak 09/2013)

3. Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

Det er viktig for driften av Oslo universitetssykehus å møte sykehusets bygningsmessige utfordringer på kort sikt. Dette er nødvendig for å sikre forsvarlig drift, best mulig kvalitet på pasientbehandlingen og best mulig arbeidsmiljø for ansatte.

Arbeidet med utbedringer knyttet til myndighetspålegg foregår i områder av sykehuset som har pasientrettet aktivitet. En vesentlig forutsetning for at sykehuset skal lykkes med dette arbeidet er å ha kontinuitet i den bemanning og kompetanse som kreves for gjennomføre et så omfattende og utfordrende arbeid. Dette krever en økonomisk forutsigbarhet. Mangel på forutsigbarhet vanskeliggjør sykehusets ambisjoner og tilsynsmyndighetenes krav om å drive sykehusvirksomhet i forsvarlig bygningsmasse, både av hensyn til pasienter og ansatte.

Det gjennomføres regelmessige møter med tilsynsmyndighetene for å følge opp fremdrift knyttet til lukking av myndighetspålegg, og det gjenstår nå om lag 350 myndighetspålagte tiltak. Av de gjenstående tiltak er flere svært omfattende og krevende, også i tid, fordi nødvendig teknisk/bygningsmessig oppgradering i gamle bygg er utfordrende. Selv med et høyt investeringsnivå, og høy aktivitet knyttet til å lukke tilsynspålegg, har ikke sykehuset klart å ta igjen vedlikeholdsetterslepet.

Ettersom budsjetterte vedlikeholdsmidler til byggformål kun dekker opp for løpende vedlikehold og ikke kan fange opp tilsynspåleggene ser sykehuset seg nødt til å søke ekstraordinære finansieringsløsninger. En lånefinansiering slik det skisseres i denne sak kan gi sykehuset en økonomisk forutsigbarhet og skape rom for nødvendige investeringer i de prosjekter som kreves for å sikre forsvarlig drift av Oslo universitetssykehus HF.

Administrerende direktør anbefaler på denne bakgrunn at det fremmes en lånesøknad for investeringer knyttet til lukking av myndighetspålegg i sykehusets bygningsmasse og ber om at styret slutter seg til at saken fremmes til Helse Sør-Øst RHF for videre behandling.

4. Faktabeskrivelse

Oslo universitetssykehus har et stort antall pålegg fra tilsynsmyndighetene (Oslo brann og redningsetat, Direktoratet for sikkerhet og beredskap, Arbeidstilsynet) som følge av bygningsmessige og vedlikeholdsmessige utfordringer. Idéfaserapport OUS – Campus Oslo er nå under behandling, men utredninger, beslutninger og gjennomføring vil uansett ta tid. Nytt/nye bygg ikke kan stå ferdige før tidligst om 6-7 år. Påleggene fra tilsynsmyndighetene må lukkes i løpet av få år og kan ikke vente til nye bygg står ferdige. Så godt som alle myndighetspålegg er knyttet til ivaretagelse av sikkerhet for pasienter og ansatte.

Ser man bort fra Rikshospitalet, har sykehusets bygningsmasse en snittalder på nærmere 60 år, mens landsgjennomsnittet for sykehus ligger på 40 år. Hele 273 000 m² er fredet bygningsmasse og utgjør mer en 25 pst av det totale areal. En tilstandsanalyse utarbeidet for Helse Sør-Øst RHF i 2013 konkluderte med at 55 pst av bygningsmassen til Oslo universitetssykehus er i utilfredsstillende eller svært dårlig teknisk stand.

Styret i Helse Sør-Øst RHF forutsatte i sin behandling av idéfasemandatet for Oslo universitetssykehus at sykehuset iverksatte nødvendige tiltak for å oppfylle bygningsmessige lovkrav og sikre forsvarlig drift. I vedtaket i sak 20/2013 i styret i Helse Sør-Øst RHF heter det bl.a.:

”Styret forutsetter at det iverksettes nødvendige tiltak ved Oslo universitetssykehus HF for å oppfylle bygningsmessige lovkrav og for å opprettholde en forsvarlig drift inntil den endelige utbyggingen er fullført.”

Ordinært vedlikeholdsbudsjett gir ikke rom for å lukke myndighetspåleggene og samtidig opprettholde et akseptabelt vedlikehold. I de siste tre årene har det blitt brukt 460 millioner kroner til å lukke 168 pålegg, men det er fortsatt om lag 350 myndighetspålegg som gjenstår, deriblant flere omfattende. Tilstandsgraden på en del bygg er så dårlig at det også forventes å tilkomme nye avvik/pålegg. Omfanget av pålegg er omfattende, tidsfristene korte og kostnader knyttet til utbedringer store, slik at situasjonen må betraktes som ekstraordinær.

Helse- og omsorgsdepartementet har åpnet opp for at sykehus kan søke statlige lån på opptil 70 prosent av forventet prosjektkostnad. Dette skjer etter søknad som sendes via de regionale helseforetakene. Det er videre åpnet for å søke om investeringslån til vedlikeholds- og oppgraderingsprosjekter. Dette ble behandlet i Prop. 1S (2013 -2014). Helse- og omsorgsdepartementet har i brev til Helse Sør-Øst RHF presisert følgende:

”Departementets låneordning gjelder ikke bare nybyggprosjekter. Departementet vurderer lånesøknad til byggeprosjekter med bakgrunn i fremlagt konseptrapport, inkl. ekstern kvalitetssikring. Dette gjelder om prosjektet er oppgradering eller vedlikehold av eksisterende bygningsmasse eller nybyggprosjekter.”

Utarbeidelse av Rapporten

Vedlagte rapport bygger på foreliggende skriftlig kommunikasjon mellom Oslo universitetssykehus og tilsynsmyndigheter og på rapporter og underlag fra Idéfase OUS – Campus Oslo.

I forbindelse med disse arbeidene er det etablert en oversikt over bygg og tilstandsgrad, samt estimerte kostnader knyttet til nødvendige akutte tiltak i de ulike byggene. De beskrevne nødvendige akutte tiltak bygger på avvik i henhold til myndighetskrav.

I arbeidet med rapporten er myndighetspålegg knyttet til de enkelte bygg pr. lokalitet, vurdert og prioritert. Tiltak knyttet til behovet for nødvendig oppgradering av teknisk infrastruktur for at tiltakene skal ha effekt, og behovet for rokkeringsareal i gjennomføringsperioden, er også gjennomgått.

Ekstern kvalitetssikring av rapporten er gjennomført både underveis i arbeidet og mot ferdig rapport.

Prioritering av tiltak

Prioriteringen omfatter tiltak knyttet til myndighetspålegg og avvik, forebyggende vedlikehold og tiltak for å forbedre kvalitet, levetid eller funksjonalitet.

Viktighetsgrad og frister for utbedring gitt av de ulike tilsynene som finnes i en overordnet gjennomføringsplan, er så langt det er mulig tatt hensyn til. Det er også gjort en vurdering av når det er mulig å gjennomføre tiltakene med hensyn til kapasitet og med nødvendig hensyn til pågående pasientbehandling.

Tiltak er deretter fordelt inn i tre perioder (såkalt ”pakker”) i en plan for gjennomføring. ”Pakkene” beskriver tiltak og kostnad, hvor detaljeringsgraden er størst i den første pakken.

Tiltak som inngår i ”pakke 1” fordeles over 4 år og inkluderer de myndighetspålegg som, uavhengig av fremtidig sykehusløsning, må lukkes. Disse omfatter i stor grad bygg på Ullevål (3, 6, 7 og 8) og Radiumhospitalet (bygg AB og C) samt Aker (bygg 4). I disse byggene foregår det omfattende klinisk aktivitet med mange pasienter og ansatte. Tiltak i denne ”første pakken” er omfattende og gjennomføring krevende for organisasjonen, samtidig er disse også vurdert som de viktigste og som haster mest. For å ha effekt av tiltakene som gjennomføres i disse byggene forutsettes også økt infrastruktur. Leie av et rokkeringsbygg (i form av et modulbygg) tidlig i denne perioden er vurdert hensiktsmessig for drift av klinisk virksomhet.

Det legges opp til å ha noe fleksibilitet mellom ”pakkene” og de enkelte tiltak dersom uforutsette pålegg og tiltak skulle oppstå.

Det vil i løpet av første tidsperiode gjennomføres vedtak knyttet til nytt/nye sykehusbygg som kan ha betydning for valg av tiltak og gjennomføring i de påfølgende pakkene. Hvor lenge sykehuset skal ha virksomhet i de aktuelle byggene vil her være vesentlig. Situasjonen er imidlertid ikke slik at man kan avvende disse beslutningene før arbeidet med lukking av myndighetspålegg intensiveres.

Investeringsbehovet

Kostnadene for tiltak knyttet til utbedringer av myndighetspålegg er basert på kartlegging av bygningsmassen (Multimap) og sykehusets tiltakslistene. Sammen med nødvendige kostnader til infrastruktur som følger av tiltakene utgjør dette ca 3 330

millioner kroner (2012-priser). Dette beløp er foreslått fordelt på ”tre pakker” på følgende måte:

| | Pakke 1 | Pakke 2 | Pakke 3 | Totalt |
|----------------------------------|---------|---------|---------|--------|
| Kostnad myndighetspålagte tiltak | 1 470 | 560 | 1 000 | 3 030 |
| Kostnad nødvendig infrastruktur | 200 | | 100 | 300 |
| Sum kostnader totalt | 1 670 | 560 | 1 100 | 3 330 |

Investeringsbehovet i første pakke er beregnet til 1 670 millioner kroner og er planlagt gjennomført i 2016-2019. Forutsatt en egenfinansiering på 30 pst blir lånebehovet i første pakke 1 265 millioner kroner (2015-priser). Gjennomføres tiltakene vil dette i denne tidsperiode årlig binde opp 136 millioner kroner (2015 priser) av investeringsmidlene til Oslo universitetssykehus HF.

Økonomi og økonomisk bæreevne

Investeringer knyttet til lukking av myndighetspålegg er viktige for å kunne ha en forsvarlig drift med god kvalitet og pasientsikkerhet. Det vil være utfordrende å gjennomføre de bygningsmessige tiltakene samtidig med ordinær drift. Tiltakene må derfor forventes å kunne ha en viss negativ innvirkning på driftsøkonomi. Leie av rokkeringsareal vil i en slik situasjon avhjelpe, men vil samtidig påvirke driftskostnader. Prosjektet begrunnes dermed utelukkende på bakgrunn av risiko for arbeidstakere og pasienter ved fortsatt drift i eksisterende bygninger uten utbedringstiltak og i de pålegg som tilsynsmyndigheter har vedtatt, med tilhørende risiko for bøter dersom ikke tiltak gjennomføres.

Fra det regionale helseforetaket har det vært kommunisert at Oslo universitetssykehus HF må forplikte seg til en egenandel på 30 pst fra egen likviditet. På bakgrunn av nevnte dialog legges det til grunn at sykehusets egenandel – om lag 136 millioner kroner hvert av årene 2016-2019 - vil bli finansiert av Oslo universitetssykehus HF's egen likviditet. Finansieringskilden vil da enten være tilgjengelig andel av avskrivningsmidler (dvs den delen av likviditeten ved et null-resultat som blir igjen i foretaket), positive resultater fra driften eller salg av eiendom. Dette vil bli innarbeidet i økonomisk langtidsplan 2016-2019 for Oslo universitetssykehus HF når den skal fremlegges for behandling i styret våren 2015.

Den økonomiske bæreevne er vurdert. Det er beregnet avskrivning for gjennomføring av disse investeringer som samsvarer med en mulig plan for tilbakebetaling av lån vurdert opp mot sykehusets Økonomiske langtidsplan for 2015-2018. Med resultatutviklingen slik den er forutsatt vil Oslo universitetssykehus HF ha bæreevne til å finansiere investeringsprosjektene i ”pakke 1”.

Modifisert konseptrapport

Ekstraordinær avvikssituasjon i OUS bygningsmasse – midler til å lukke myndighetspålagte tiltak

20.10.2014

| Versjon | Dato | Godkjent av | Kommentarer |
|---------|------------|-------------|---|
| 0.8 | 15.10.2014 | ØD | Intern kommentarrunde |
| 1.0 | 20.10.2014 | GT | Underlag for kvalitetssikring |
| 1.1 | 3.11.2014 | GT | Mindre justeringer etter innspill fra adm. dir. |
| 1.2 | 28.11.2014 | GT | Mindre justeringer etter innspill |
| 2.0 | 2.12.2014 | GT | Oppdatert etter diskusjon i OUS ledermøtet. Aker prioritert inn i første pakke. Midlertidig modulbygg leies. |

Sammendrag

Behovet for ny bygningsmasse er den viktigste prosjektutløsende årsak til Idefase-OUS som nå er til høring. Som følge av bygnings- og vedlikeholdsmessige utfordringer har OUS i dag et stort antall pålegg fra tilsynsmyndigheter (Oslo brann og redningsetat, DSB, Arbeidstilsyn) som skal lukkes i løpet av få år og som ikke kan vente til nye bygg står ferdige. Så godt som alle myndighetspålegg er knyttet til ivaretagelse av sikkerhet for pasienter og ansatte.

Det er utarbeidet en modifisert konseptrapport som overordnet beskriver hvordan omfanget av tilsynsavvik i OUS' bygningsmasse skal utbedres for å oppnå og opprettholde et akseptabelt sikkerhetsnivå for pasienter og ansatte i perioden fram til nytt sykehus kan være ferdig. Investeringsbehovet knyttes til lukking av myndighetspålagte avvik og fordeles i 3 "pakker", som beskriver tiltak og kostnad, med størst detaljeringsgrad på den første. Rapporten skal kvalitetssikres.

Rapporten danner grunnlag for søknad om et statlig lån på inntil 70% av ekstraordinære kostnader for OUS. Kostnadene er knyttet til myndighetspålegg samt de kostnader til tiltak som er nødvendige å inkludere for å få effekt av de utbedringer som gjøres. Dette omfatter nødvendig utbedring av infrastruktur.

Kostnadene omfatter ikke ordinære vedlikeholdskostnader, forebyggende vedlikehold, tiltak for å forbedre kvalitet, levetid eller funksjonalitet, tiltak for å bedre pasientbehandling eller øke kapasitet.

I perioden 2012-2013 har OUS brukt ca 200 MNOK på lukking av tilsynspålegg. I 2014 vil ca 260 MNOK som gå til dette formål. OUS har ønske om å trappe opp innsatsen med å lukke tilsynsavvik i 2015 og videre. Dette er også i tråd med tilsynenes kommuniserte forventning. Presset likviditet i Helse Sør-Øst gjør at man må regne med vesentlig lavere tildeling av investeringsmidler til vedlikehold av denne typen. Dette vil medføre at ambisjonsnivået må senkes. Det bemerkes at ordinært vedlikeholdsbudsjett kun dekker opp for løpende vedlikehold og kan ikke fange opp tilsynspåleggene.

Tilsynsmyndigheten har regelmessige møter med OUS for å følge opp fremdrift knyttet til lukking av myndighetspålegg, og det bekymrer tilsynsmyndigheten at dette trekker ut i tid.

Tiltak for å etterkomme myndighetspålegg knytter seg til de fleste deler av bygningsmassen i OUS, med størst omfang til byggene på Radiumhospitalet, Ullevål og Aker. Arbeidet med utbedringer foregår i områder av sykehuset som har pasientrettet aktivitet og krever derfor inngående planlegging og hensyntagen under gjennomføring. En vesentlig forutsetning for at OUS skal lykkes med dette arbeidet er over tid å ha kontinuitet i den bemanning og kompetanse som kreves for gjennomføre et så omfattende og utfordrende arbeid. Dette krever en økonomisk forutsigbarhet. Mangel på forutsigbarhet vanskeliggjør sykehusets ambisjoner og legger ikke til rette for en forutsigbar plan for lukking av tiltak gitt av tilsynsmyndighetene slik at OUS kan drive sykehusvirksomhet i forsvarlig bygningsmasse.

Det gjenstår ca 350 myndighetspålagte tiltak. Av disse er flere svært omfattende og krevende. Gamle bygg og utfordrende tekniske/bygningsmessige løsninger gjør arbeidet både mer kostbart og mer tidkrevende. Det ansees som nødvendig å bruke rundt 7 år for å lukke alle avvikene.

Behovet for investeringsmidler er fordelt i tre pakker. De myndighetspålegg som, uavhengig av fremtidig sykehusløsning, må lukkes er prioritert i første pakke. Disse omfatter bygg på Ullevål, Radiumhospitalet og Aker som huser mange ansatte og stort antall pasienter. Usikkerhet som følger av planer for et nytt sykehus og hvordan dette kan påvirke prioriteringen av tiltak, reduseres ved at de bygg som det er knyttet usikkerhet til, eller som vurderes å ha en noe lavere kritikalitet, er plassert i senere pakker i gjennomføringsperioden. Før oppstart av disse tiltakene forventer man å ha informasjon som underletter valgene.

Forventet befolkningsøkning på 16% i aktuelle tidsrom vil innebære økt aktivitet. Dette vil medføre behov for økt kapasitet på kort og mellomlang sikt. Behovet for kapasitetsøkning vil ikke løses gjennom tiltak beskrevet her. Det er imidlertid beskrevet behov for omrokkeringsarealer for å kunne gjennomføre tiltakene slik at driften kan sikres.

Kostnadene for tiltak knyttet til utbedringer av myndighetspålegg er basert på kartlegging av bygningsmassen (Multimap) og OUS tiltakslistene. Sammen med nødvendige kostnader til infrastruktur, som følger av tiltakene, utgjør dette ca 3 330 MNOK kroner. Dette beløp foreslås fordelt på tre pakker på følgende måte:

| | Pakke 1 | Pakke 2 | Pakke 3 | Totalt |
|----------------------------------|-------------|-------------|-------------|--------|
| Kostnad myndighetspålagte tiltak | 1 470 | 560 | 1 000 | 3 030 |
| Kostnad nødvendig infrastruktur | 200 | | 100 | 300 |
| Sum kostnader totalt | 1 670 | 560 | 1 100 | 3 330 |
| Tid for gjennomføring, år: | 2016 - 2019 | 2018 - 2020 | 2020 - 2022 | |

Nødvendige omrokkeringsbygg forutsettes leid i perioden, og da allerede fra gjennomføring av pakke 1.

Tiltak som inngår i pakke 1 fordeles over 4 år. Forutsatt en egenfinansiering på 30 % blir lånebehovet i første pakke 1,2 Mrd.

Muligheten for å investere i permanente nybygg som et alternativ til store deler av pakke 2 og 3 påpekes. Om muligheten foreligger vil dette være en mer optimal bruk av investeringsmidler som bidrar til å flytte virksomhet ut av uhensiktsmessige bygg vi ellers med kortsiktig nytte måtte investere i.

Samlede kostnader fordelt over de 7 årene tiltakene er tenkt gjennomført, gir ca 4-600 MNOK pr år. Til sammenligning er budsjetterte vedlikeholdsmidler til byggformål for OUS i gjennomsnitt omkring 150 MNOK /år.

Styret i Oslo universitetssykehus HF har i behandling av økonomisk langtidsplan vurdert behovet for driftseffektivisering og det planlegges med en forbedring av resultatene på 150 MNOK kroner hvert år fra og med 2015 til og med 2018. I 2018 er det planlagt at OUS skal levere et økonomisk resultat på 600 MNOK i overskudd. Med en slik utvikling har OUS økonomisk bæreevne til å finansiere investeringsprosjektene i pakke 1, 2 og 3.

Det anbefales at investeringer knyttet til myndighetspålagte tiltak fordeles i tre pakker over 7 år med følgende prioritering og overordnet gjennomføringsplan:

- ❖ Første investeringspakke fordeles over 4 år. Tiltakene inkludert i denne pakken utbedrer de viktigste avvikene knyttet til de største kliniske byggene på Ullevål, Radiumhospitalet og Aker. Omfang eller innretning av tiltakene inkludert her vil ikke være påvirket av fremtidig sykehusvalg.
- ❖ Investeringspakke 2 og 3 legges tidsmessig slik at beslutninger knyttet til nytt sykehusbygg og/eller omfordeling av oppgaver i HSØ som kan ha betydning for valg av tiltak og gjennomføring av disse, kan fanges opp og inneholdt i pakkene evt. justeres.
- ❖ Det forutsettes at midlertidige rokkeringsbygg leies, og at arealene er på plass ved gjennomføring av pakke 1.
- ❖ Investeringsbehovet i første pakke er NOK 1,7 mrd. Forutsatt egen finansiering på 30 % er lånebehovet 1,2 Mrd.
- ❖ Investeringsbehovet og dermed også lånebehovet for alle tre pakker synliggjøres i lånesøknaden.
- ❖ Det kan oppstå situasjoner som man i dag ikke kan forutse, men som gjør det nødvendig å omprioritere mellom tiltak i pakkene.

Innhold

| | |
|---|----|
| Sammendrag | 2 |
| 1. Bakgrunn, mandat og arbeidsprosess | 7 |
| 1.1. Bakgrunn | 7 |
| 1.2. Mandat | 8 |
| 1.3. Mål og rammer | 9 |
| 1.4. Organisering av arbeidet | 9 |
| 1.5. Metode og datagrunnlag | 10 |
| 2. Status dagens virksomhet og bygg | 11 |
| 2.1. Innledning | 11 |
| 2.2. Bygningsteknisk kartlegging | 11 |
| 2.3. Aktivitets- og kapasitetstall | 12 |
| 2.3.1. Somatikk | 12 |
| 2.3.2. Psykisk helse og avhengighet | 13 |
| 2.4. Ullevål | 14 |
| 2.4.1. Virksomhet og driftssituasjon | 15 |
| 2.4.2. Bygg og infrastruktur | 16 |
| 2.4.3. Tilsynsavvik | 17 |
| 2.5. Rikshospitalet | 18 |
| 2.5.1. Virksomhet og driftssituasjon | 18 |
| 2.5.2. Bygg og infrastruktur | 19 |
| 2.5.3. Tilsynsavvik | 20 |
| 2.6. Radiumhospitalet | 20 |
| 2.6.1. Virksomhet og driftssituasjon | 20 |
| 2.6.2. Bygg og infrastruktur | 21 |
| 2.6.3. Tilsynsavvik | 22 |
| 2.7. Aker | 22 |
| 2.7.1. Virksomhet og driftssituasjon | 22 |
| 2.7.2. Bygg og infrastruktur | 23 |
| 2.7.3. Tilsynsavvik | 24 |
| 2.8. SSE | 25 |
| 2.8.1. Virksomhet og driftssituasjon | 25 |
| 2.8.2. Bygg og infrastruktur | 25 |

| | | |
|---------|---|----|
| 2.8.3. | Tilsynsavvik..... | 25 |
| 2.9. | Dikemark | 26 |
| 2.9.1. | Virksomhet og driftssituasjon | 26 |
| 2.9.2. | Bygg og infrastruktur | 26 |
| 2.9.3. | Tilsynsavvik..... | 26 |
| 2.10. | Gaustad og Sognsvannveien..... | 27 |
| 2.10.1. | Virksomhet og driftssituasjon | 27 |
| 2.10.2. | Bygg og infrastruktur | 27 |
| 2.10.3. | Tilsynsavvik..... | 28 |
| 2.11. | Oppsummert oversikt over tilsynsavvik..... | 28 |
| 3. | Demografi og dimensjonerende forutsetninger | 29 |
| 3.1. | Demografisk fremskriving | 29 |
| 3.2. | Generelle dimensjonerende forutsetninger | 30 |
| 4. | Behov for tiltak | 30 |
| 4.1. | Et skritt på veien..... | 30 |
| 4.2. | Pågående arbeid med vedlikehold og lukking av tilsynsavvik..... | 31 |
| 5. | Utredning av alternativer | 32 |
| 5.1. | Innledning..... | 32 |
| 5.2. | Alt. 0: Lukking av myndighetspålagte avvik uten rokkeringsbygg..... | 33 |
| 5.3. | Alt. 1: Lukking av myndighetspålagte avvik med midlertidig bygg | 33 |
| 5.3.1. | Dimensjonering og vurdering av midlertidige bygg | 33 |
| 5.3.2. | Funksjonsprogram og driftsmodell (HFP/DFP)..... | 34 |
| 5.3.3. | Utstysbehov | 34 |
| 5.3.4. | Overordnede tekniske krav | 34 |
| 5.3.5. | Planlagt gjennomføring | 34 |
| 5.3.6. | Prosjektkostnad og gjennomføringsevne..... | 37 |
| 5.3.7. | Forventet resultat..... | 38 |
| 5.4. | Mulighet for oppgradering kombinert med permanent nybygg..... | 39 |
| 6. | Økonomi | 40 |
| 6.1.1. | Påvirkning av driftsøkonomi..... | 40 |
| 6.1.2. | Usikkerhetsvurdering | 40 |
| 6.1.3. | Økonomisk bæreevne | 41 |
| 7. | Oppsummering..... | 42 |

1. Bakgrunn, mandat og arbeidsprosess

1.1. Bakgrunn

Oslo universitetssykehus (OUS) er lokal- og områdesykehus for store deler av Oslo, regionsykehus for helseregion Sør-Øst og har nasjonale oppgaver innen spesialisert medisin. Oslo universitetssykehus er landets ledende universitetssykehus med omfattende utdanningsvirksomhet og internasjonalt anerkjente forskningsmiljøer.

OUS har nylig gjennomført et idéfasearbeid (Idéfase OUS – Campus Oslo). I Idéfaserapporten beskrives tre primære behov som bakgrunn for at Oslo universitetssykehus trenger nye sykehusbygg:

- Store deler av virksomheten foregår i en bygningsmasse som er gammel og uhensiktsmessig og som er i dårlig, til dels meget dårlig forfatning. Det er nødvendig med tiltak for å sikre avansert medisinsk virksomhet, for å kunne følge den medisinske og teknologiske utviklingen og for å bedre forhold for både pasienter og ansatte. Bygningsmassens areal er unødige stort, ineffektivt og kostnadsdrivende.
- En sammenslåing av likartede aktiviteter er nødvendig for å oppnå bedre kvalitet og effektivitet i pasientbehandlingen samt gi sunn økonomisk drift.
- Det forventes en betydelig befolkningsvekst i Oslo og tilstøtende deler av regionen.

Behovet for ny bygningsmasse er den viktigste prosjektutløsende årsak til Idéfase-OUS. Ser man bort fra Rikshospitalet, har bygningsmassen i OUS en snittalder på nærmere 60 år, mens landsgjennomsnittet for sykehus ligger på 40 år. Hele 273 000 m² er fredet bygningsmasse og utgjør mer en 25% av det totale areal. Det meste av dette kan ikke eller kan bare delvis utnyttes, og da til mindre krevende oppgaver som f. eks. kontorer. En tilstandsanalyse utarbeidet for Helse Sør-Øst (HSØ) i 2013/14 konkluderte med at 55 % av bygningsmassen til Oslo universitetssykehus er i utilfredsstillende eller svært dårlig teknisk stand. En vesentlig del av dette arealet er derfor uegnet til å drive sykehusvirksomhet, enten pga. byggenes tilstand og/eller beliggenhet og avstand.

Idéfaserapport OUS – Campus Oslo er under behandling, men utredninger, beslutninger og gjennomføring vil ta tid og et første byggetrinn kan ikke stå ferdige før tidligst om 6-7 år.

Styret i HSØ har i sin behandling av mandatet til mandat for idéfase Campus Oslo vedtatt følgende:

Styret forutsetter at det iverksettes nødvendige tiltak ved Oslo universitetssykehus HF for å oppfylle bygningsmessige lovkrav og for å opprettholde en forsvarlig drift inntil den endelige utbyggingen er fullført.

(Vedtak 020-2013 pt. 4)

Som følge av bygnings- og vedlikeholdsmessige utfordringer har OUS i dag et stort antall pålegg fra tilsynsmyndigheter (Oslo brann og redningsetat, DSB, Arbeidstilsyn) som skal lukkes i løpet av få år og som ikke kan vente til nye bygg står ferdige. Så godt som alle myndighetspålegg er knyttet til ivaretagelse av sikkerhet for pasienter og ansatte.

Ordinært vedlikeholdsbudsjett gir ikke rom for å lukke myndighetspåleggene og samtidig opprettholde et akseptabelt vedlikehold. OUS har de siste tre årene brukt 460 MNOK til å lukke 168

pålegg, men det er fortsatt ca 350 myndighetspålegg som gjenstår, deriblant flere omfattende). Tilstandsgraden på en del bygg er videre så dårlig at det også forventes å tilkomme nye avvik/pålegg. Påleggene er så omfattende, tidsfristene så korte og kostnader knyttet til utbedringer så store, at situasjonen må betraktes som ekstraordinær.

Helse- og omsorgsdepartementet har åpnet for å søke om investeringslån til vedlikeholds- og oppgraderingsprosjekter. Dette ble behandlet i Prop. 1S (2013 -2014) og Helse- og omsorgsdepartementet har i brev til Helse Sør-Øst RHF presisert følgende:

”Departementets låneordning gjelder ikke bare nybyggprosjekter. Departementet vurderer lånesøknad til byggeprosjekter med bakgrunn i fremlagt konseptrapport, inkl. ekstern kvalitetssikring. Dette gjelder om prosjektet er oppgradering eller vedlikehold av eksisterende bygningsmasse eller nybyggprosjekter.”

På bakgrunn av dette er en modifisert konseptrapport relatert til behovet for lukking av myndighetspålegg utarbeidet som underlag for en lånesøknad.

1.2. Mandat

Det skal utarbeides en modifisert konseptrapport som beskriver hvordan omfanget av tilsynsavvik i OUS' bygningsmasse skal utbedres for å oppnå/opprettholde et akseptabelt sikkerhetsnivå for pasienter og ansatte i perioden fram til nytt sykehus kan være ferdig. Investeringsbehovet fordeles i 3 ”pakker”, som beskriver tiltak og kostnad, med størst detaljeringsgrad på den første. Rapporten skal kvalitetssikres

En konseptrapport skal i utgangspunktet beskrive alternative løsninger. I denne rapporten tar man utgangspunkt i at det allerede foreligger alternativer for utvikling av OUS bygningsmasse, beskrevet i OUS Idéfase – Campus Oslo. Alle alternativ som beskrives i idéfaserapporten inneholder et vesentlig omfang av nødvendig teknisk oppgradering, slik figuren nedenfor viser.

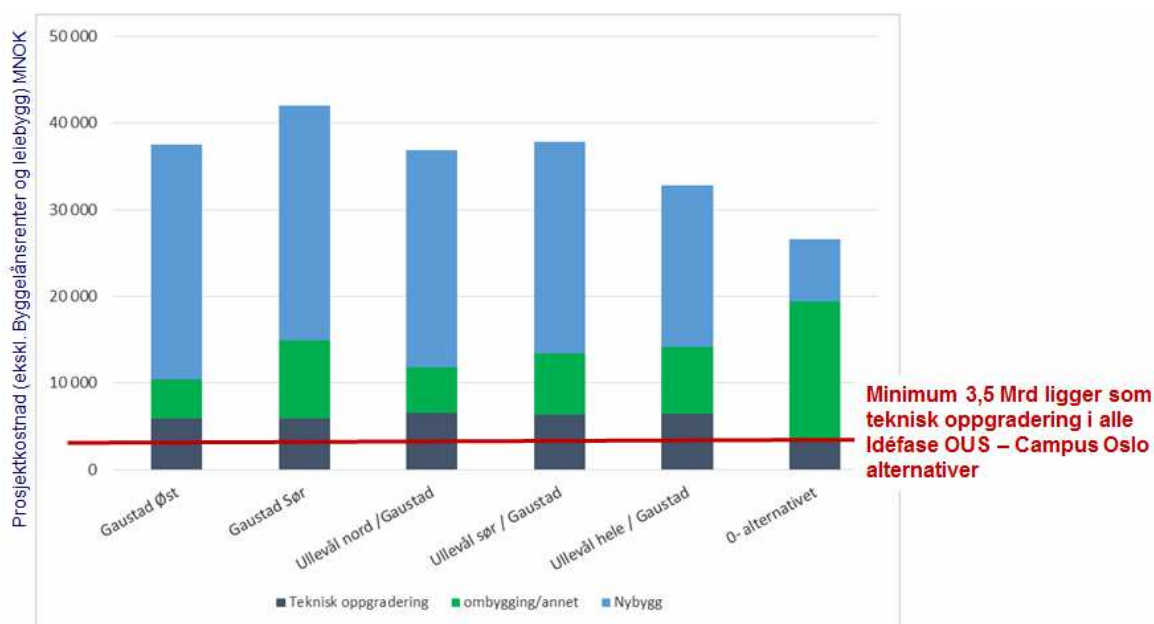


Fig. 1: Minimum nødvendig teknisk oppgradering uavhengig av alternativ (ref. Idéfase OUS – Campus Oslo). (0-alternativet er lavest på teknisk oppgradering, men her er omfanget av ombygging vesentlig større enn i de andre alternativene.)

Omfang og prioritering av den nødvendige tekniske oppgraderingen varierer i alternativene, men alle inneholder samme omfang av lukking av pålagte tilsynsavvik, og det er denne fellesnevneren som ligger som utgangspunkt for arbeidet og tiltakene beskrevet i rapporten som nå fremlegges.

Den modifiserte konseptrapporten beskriver derfor kun ett alternativ. Vurderinger knyttet til alternativ gjennomføring omtales, men bearbeides ikke ytterligere. Hovedpunktene i en konseptrapport er tatt med, men innholdet under en del av punktene er begrenset til en overordnet betraktning. Dette er gjort med utgangspunkt i rapportens spesielle fokus.

Oppdraget omfatter lukking av tilsynsavvik og andre helt nødvendige tiltak for å ivareta pasientsikkerheten før nybygg eller rehabilitering (0-alternativet) er ferdigstilt. Forventet gjennomføringsperiode er maksimum 8-10 år. Kostnader knyttet til nødvendig infrastruktur og rokkeringsarealer for å kunne gjennomføre tiltak/oppgradering skal inkluderes.

Oppdraget omfatter ikke ordinære vedlikeholdskostnader, forebyggende vedlikehold, tiltak for å forbedre kvalitet, levetid eller funksjonalitet eller tiltak for å bedre eller øke pasientbehandling.

1.3. Mål og rammer

Det er satt følgende mål og rammer for oppdraget

- Det skal leveres en modifisert konseptrapport som grunnlag for en søknad om lån for finansiering av nødvendig teknisk oppgradering for å lukke pålagte tilsynsavvik
- Investeringsbehovet skal fordeles i pakker som beskriver tiltak og kostnad, med størst detaljeringsgrad på den første
- Rapporten skal kvalitetssikres
- Tidsrammen for arbeidet har vært 15.9 – 20.10.14
- Målsettingen er å oppnå finansiering og nødvendig forutsigbarhet for gjennomføring av tiltak knyttet til myndighetspålegg

1.4. Organisering av arbeidet

Rapporten er utarbeidet av en arbeidsgruppe med dedikerte ressurser:

Øystein Dolva (leder)

Knut Neergaard (OSS, I&P)

Tone Ikdahl (MHU Stab)

Per Oddvar Synnes (Hovedverneombud)

Øyvind Wøllo (Økonomi)

Nina Fosen (Terramar, Idéfase OUS – Campus Oslo)

Amin Haddadi (Multiconsult, Idéfase OUS – Campus Oslo)

Arbeidsgruppen rapporterer til Direktør OSS

Arbeidsgruppen har hatt ukentlige møter i prosjektperioden fra 15.9 – 20.10.14. Det er gjennomført et arbeidsseminar med deltakere fra OSS, Eiendom, OSS I&P, OUS Stab økonomi, med flere, og det har vært ytterligere møter med interessenter for utdyping av enkeltpunkter.

Arbeidsprosessen er illustrert i figur 2. Informasjon om bygningenes tilstandsgrad og eksisterende tilsynsavvik utgjør sammen med Idefase OUS – Campus Oslo grunnlaget for det utførte arbeidet. Arbeidet er kvalitetsvurdert av eksterne konsulenter fra Opak og Metier både underveis og i etterkant av arbeidet.



Fig. 2: Arbeidsprosess/ -metode

1.5. Metode og datagrunnlag

Rapporten bygger på foreliggende skriftlig kommunikasjon mellom OUS og tilsynsmyndigheter, samt på rapporter og underlag fra Idefase OUS – Campus Oslo.

I forbindelse med ovennevnte arbeid etablerte Multiconsult en oversikt over bygg og tilstandsgrad, samt estimerte kostnader knyttet til nødvendige akutte tiltak i de ulike byggene. De beskrevne nødvendige akutte tiltakene bygger på avvik i henhold til myndighetskrav.

Status for gjennomføring av tiltak/ lukking av avvik og/eller vedtak om gjennomføring er hensyntatt. Det er videre også tatt hensyn til nødvendig oppgradering av teknisk infrastruktur for å kunne utbedre påleggene, dvs. der eksisterende infrastruktur ikke er tilstrekkelig for å kunne utbedre pålagte tiltak. Dette gjelder i hovedsak forhold knyttet til strøm og kjøling. Frister for utbedring gitt av de ulike tilsynene er så langt mulig tatt hensyn til i planleggingen av de foreslåtte pakkene (ref. kap. 5)

Metodisk har arbeidsgruppen gjennomgått de enkelte bygg pr. lokalitet og vurdert pålegg, tiltak og nødvendig omrokkeringsareal for å kunne gjennomføre tiltaket. Deretter er behovet for infrastruktur og omrokkeringsareal vurdert i sin helhet pr. lokalitet.

Avslutningsvis er det gjennomført en vurdering av når det er mulig å gjennomføre tiltakene med hensyn til kapasitet og med nødvendig hensyn til pågående pasientbehandling, sammen med en usikkerhetsvurdering.

2. Status dagens virksomhet og bygg

2.1. Innledning

Norges største medisinske og helsefaglige miljø ble etablert ved fusjonen av universitetssykehusene i Oslo i 2009. OUS er landets mest komplette sykehus. Det fungerer som lokal- og områdesykehus for Oslos befolkning, samtidig som det er regionssykehus for innbyggerne i HSØ. Sykehuset har også en rekke nasjonale funksjoner og er en stor og aktiv forsknings- og utdanningsinstitusjon.

Størstedelen av dagens arealer ved Oslo universitetssykehus befinner seg ved Ullevål sykehus, Rikshospitalet, Gaustad sykehus, Radiumhospitalet og Aker sykehus. Videre har Oslo universitetssykehus store arealer i Sognsvannsveien (Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling), ved Spesialsykehuset for epilepsi i Bærum og på Dikemark i Asker.

Rikshospitalet ivaretar først og fremst elektive lands- og regionsfunksjoner. Ullevål ivaretar lokal-, område og regionsfunksjoner inkludert traume/akuttmottak og tilhørende klinisk virksomhet, samt enkelte nasjonale funksjoner. Radiumhospitalet har en kreftprofil og ivaretar omlag halvparten av OUS' virksomhet innen kreftbehandling. Aker er på vei mot en samhandlings- og rehabiliteringsprofil, men har fremdeles noe aktivitet innen fagområder som er ønsket samlet på hhv Rikshospitalet og Ullevål, men som p.g.a. manglende plass ikke er gjennomført.

OUS har virksomhet innen psykisk helse og avhengighet (PHA) på tre av de fire hovedsykehusene. PHA har i tillegg døgnvirksomhet på sykehusnivå (dvs. ekskl. DPS) på Dikemark og i Songsvannveien.

OUS har forsknings- og laboratorievirksomhet på alle hovedlokaliteter. Størst er virksomheten ved Rikshospitalet, Radiumhospitalet og Ullevål.

Store deler av virksomheten drives i dag i bygningsmasse som er i så dårlig forfatning at det er vanskelig å drive god pasientomsorg. Kombinert med at virksomheten er svært spredt, medfører dette både kostbar drift og utfordringer med hensyn til kompetansedeling og -utvikling. Som omtalen av OUS hovedlokaliteter i senere avsnitt beskriver er det også liten reservekapasitet tilgjengelig i eksisterende bygg.

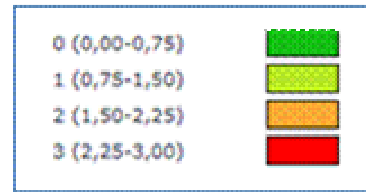
2.2. Bygningsteknisk kartlegging

I 2010-2011 gjennomførte Multiconsult en overordnet bygningsteknisk kartlegging og vurdering av helseforetakets eksisterende bygningsmasse. I 2011 ble det også gjennomført en kartlegging av funksjonell egnethet for virksomhet i de mest sentrale delene av anlegget.

Tilstandsanalysen fra Multiconsult viste at den gjennomsnittlige alderen for bygningsmassen i OUS var 49 år, mens landsgjennomsnittet for sykehusbygninger var ca. 40 år. Dersom bygningsmassen ved Rikshospitalet holdes utenfor sammenlikningen, er snittalderen for den resterende bygningsmassen i OUS nå nærmere 60 år. Bygningsmassen ved OUS vurderes til å ha dårligere tilstandsgrad enn sykehus i resten av regionen og landet.

Ny og oppdatert tilstandsanalyse er gjennomført i 2014, og i denne rapporten er det tilstandskartleggingen fra 2014 som er vist.

Kartleggingen, som inkluderer 168 av OUS' bygninger¹, har avdekket at bygningsmassen har svært varierende teknisk tilstand. En gjennomsnittlig tilstandsgrad på 1,6 for hele porteføljen er vesentlig dårligere enn det som er alminnelig ambisjonsnivå. Til sammenligning er landsgjennomsnittet for teknisk tilstand i sykehus 1,2 – 1,3. I oversiktene som følger i kap. 2.4 – 2.9 er det illustrert teknisk tilstand for Ullevål sykehus, Rikshospitalet med Gaustad sykehus, Radiumhospitalet og Aker sykehus. Fargekodene gjenspeiler tilstandsgrad per bygg som er vurdert etter *NS 3424 Tilstandsanalyse av byggverk* hvor 0 er god, 1 er akseptabel, 2 er dårlig og 3 er svært dårlig. Bygg i hvitt er ikke kartlagt.



Hensikten med å beskrive status for sykehusets virksomhet, bygg og infrastruktur på de ulike lokaliteter er å gi nødvendig bakgrunn for forståelse av sykehusets driftssituasjon og behovet for omrokkeringsareal og infrastrukturtiltak som gjør det mulig å lukke pålagte tilsynsavvik som planlagt.

2.3. Aktivitets- og kapasitetstall

2.3.1. Somatikk

Hovedtyngden av OUS sin somatiske virksomhet er knyttet til lands- og regionsfunksjoner som utgjør mer enn 60 % av den somatiske virksomheten i sykehuset. Tabellen nedenfor viser DRG-produksjonen i 2012, inndelt etter tilstandens hastegrad og pasientens bosted i sykehusområde og region. Sykehusets DRG-produksjon er økende.

De siste årene har det vært arbeidet systematisk for å få redusert ventelister og fristbrudd. Arbeidet har gitt resultater. Det arbeides videre med tiltak som kapasitetsøkning og ny oppgavedeling i regionen for å løse de utfordringer som fortsatt finnes innen en del fagområder. Flaskehalsene innen radiologi og patologi blir viet spesiell oppmerksomhet, og det pågår kapasitetsøkning innen begge områder.

Tabell 1 - DRG-finansiert somatisk virksomhet inndelt etter hastegrad og bosted (fra styrerepresentasjon, 25.april 2013).

| Bosted | Elektive | Ø.hjelp | Totalt |
|-----------------------|----------|---------|---------|
| Oslo sykehusområde | 40 461 | 42 116 | 82 577 |
| Egen region for øvrig | 66 331 | 43 193 | 109 524 |
| Andre regioner | 9 536 | 5 101 | 14 637 |
| Utlendinger / andre | 209 | 1 106 | 1 315 |
| Totalt | 116 537 | 91 516 | 208 053 |

Tabellen nedenfor er hentet fra Idéfaserapporten, viser fordelingen av aktiviteten mellom de somatiske klinikkene, og beskriver somatiske pasientaktivitet i OUS i 2012, beregnet for:

¹ Disse 168 bygningene utgjør ca 950.000 m², dvs ca 95% av OUS' bygningsmasse

- Døgnbehandling målt som avdelingsopphold, liggedager i normal seng og gjennomsnittlig liggetid samt liggedager i observasjonsseng tilknyttet akuttmottak og hotell.
- Dag- og poliklinisk behandling målt som antall dagbesøk og polikliniske besøk.

Tabell 2 - Pasientaktivitet innen Somatikk i OUS 2012

| Klinikk | OUS 2012 | | | | | | |
|---|---------------|-------------------------|-----------------|-----------------|--------------------|---------------|----------------|
| | Avd. opphold | Ligge-dager normal seng | Gjnsn. liggetid | Obs ligge-dager | Hotell ligge-dager | Dag-opphold | Poli-klinikk |
| B - Medisinsk klinikk | 14 895 | 74 304 | 5,0 | 8 355 | | 18 419 | 86 840 |
| C - Klinikk for kirurgi og nevrofag | 25 207 | 117 488 | 4,7 | | | 28 317 | 166 722 |
| D - Kvinne- og barneklubben | 24 142 | 93 640 | 3,9 | | | 9 605 | 116 649 |
| E - Kreft- kirurgi og transplantasjonsklubben | 24 062 | 119 104 | 4,9 | | | 32 373 | 182 070 |
| F - Hjerne-, lunge- og karklinikk | 11 669 | 37 957 | 3,3 | | | 6 349 | 22 141 |
| H – Akuttklubben* | | | | 820 | | | |
| I alt | 99 975 | 442 493 | 4,4 | 9 175 | 64 614 | 95 063 | 574 422 |

* Data for 2012 inkluderer liggedager i observasjonssenger i Akuttklubben. Øvrig aktivitet i Akuttklubben som for eksempel intensivbehandling og smertebehandling er ikke medregnet her, men dimensjonert separat. Aktivitet tilknyttet Klinikk for diagnostikk og intervensjon inngår ikke i pasientgrunnlaget, men dimensjoneres separat. Data for poliklinisk behandling er ekskl. aktivitet i skadelegevakt, som lokaliseres sammen med storbylegevakten, samt stråleterapi som dimensjoneres separat.

Tabell 3 –Somatisk sengekapasitet på OUS hovedlokalteter

| | Rikshospitalet | Radiumhospitalet | Ullevål | Aker |
|--|----------------|---|--|---|
| Senger – Somatikk, normal (ekskl. intensiv og hotell) | 391 | 191 | 453 | 154 |
| | | Hvorav 21 senger pt. Kan benyttes til rokkering | Hvorav 13 senger i bygg 3 og 8 i bygg 7 er kan benyttes til rokkering. | Hvorav Oslo kommune disponerer 52 senger, og har signalisert ønske om ytterligere 26 til Kommunal akutt døgnenhet. Det er i dag inntil 9 ledige senger |

Det bør bemerkes at flere av OUS sengeposter har en lite tilfredsstillende standard ift pasienters forventning til bl.a. enerom og badersforhold. Dette vil ikke påvirkes ved utbedring av tilsynsavvik.

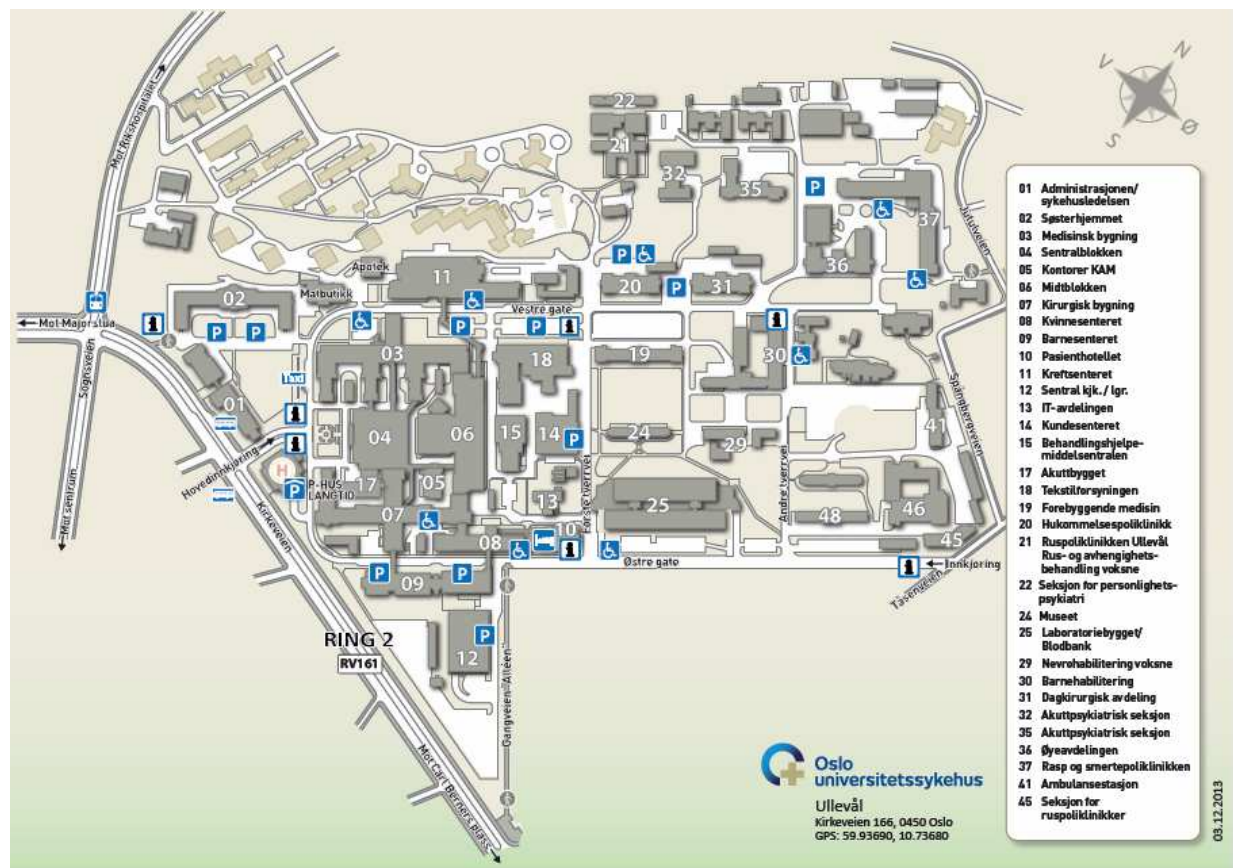
2.3.2. Psykisk helse og avhengighet

Klinikk for psykisk helse og avhengighet leverer og utvikler hele bredden av tjenester, fra spesialiserte tjenester på sykehusnivå til desentraliserte tjenester på DPS-nivå. Det er krav om at tjenestene skal være tilgjengelige og sammenhengende, ha høy faglig kvalitet og være tilpasset befolkningens økende behov.

Tabell 4 - Pasientaktivitet innen psykisk helse og avhengighet i OUS 2012

| Klinikk | Avdeling | OUS 2012 | | | |
|------------------|---|--------------|----------------|--------------------|----------------------|
| | | Opphold | Liggedager | Dag- behandling | Poliklinikk Besøk |
| Klinikk A | 700423 Psykisk helse, nasj. og reg. funksj., avd | 185 | 14 651 | 90 | 25 762 |
| | 700425 Psykisk helsevern døgnbehandling, avdeling | 1 318 | 49 243 | 13 | 9 656 |
| | 700424 Rus- og avhengighetsbehandling, avdeling | 2 804 | 26 154 | 823 | 16 127 |
| | 700426 Barne- og ungdomspsykiatrisk, avdeling | 91 | 4 311 | 1 015 | 40 914 |
| | Klinikk A i alt | 4 398 | 94 359 | 1 941 | 92 459 |
| DPS | 109998 Josefinesgate DPS | 340 | 10 977 | 654 | 16 350 |
| | 110012 Søndre Oslo DPS | 179 | 5 931 | 13 | 21 325 |
| | DPS i alt | 519 | 16 908 | 667 | 37 675 |
| OUS i alt | | 4 917 | 111 267 | 2 608 | 130 134 |

2.4. Ullevål



Figur 3 – Oversiktskart Ullevål sykehus

2.4.1. Virksomhet og driftssituasjon

Ved Ullevål er det både somatisk virksomhet og virksomhet innen psykisk helse og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Ullevål ivaretar lokal-, område og regionsfunksjoner inkludert traume/akuttmottak og tilhørende klinisk virksomhet, samt enkelte nasjonale funksjoner. Mye av virksomheten som ble gjenværende på Aker etter overføring av pasientgrunnlag til Ahus er flyttet til Ullevål. For å gjøre dette mulig er bl.a. noe virksomhet flyttet til RH hvor man har fått samling av funksjoner. I tillegg er nytt akuttbygg oppført på Ullevål. Det har imidlertid foreløpig ikke vært mulig å finne plass til all den virksomhet som ønskes flyttet fra Aker, i hovedsak fordi standarden på bygningsmassen begrenser mulighetsrommet for innflytting.

Standarden på bygningsmassen og nødvendig oppussing for lukking av brann- og arbeidstilsyns avvik medfører behov for rokkeringsareal, spesielt for sengeposter.

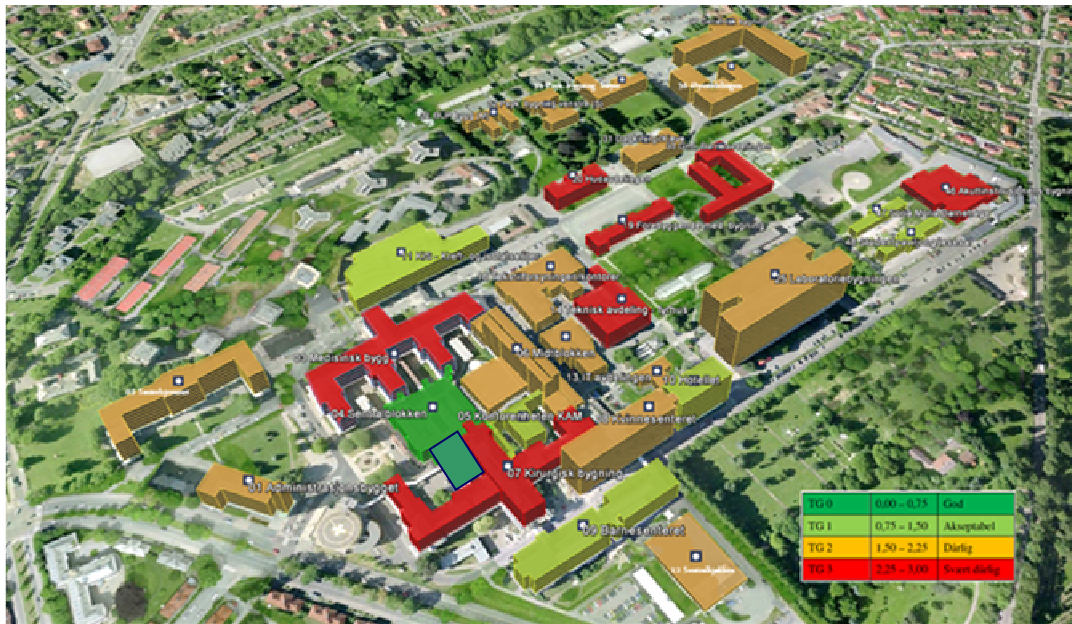
Oppsummert tegnes det følgende bilde av driftssituasjonen i byggene:

- Deler av bygningsmassen ved Ullevål er svært dårlig, spesielt bygg 3, 7 (medisinsk og kirurgisk bygg) og 8 som omfatter vesentlig somatisk aktivitet inkl. sengeposter.
- Sengekapasitet til medisinsk virksomhet er utnyttet. I prinsippet er det ingen ledige sengeposter i Bygg 3 dvs. at ingen hele eller større deler av poster ledig.
- Det er etablert/etableres 13 senger spredt innenfor medisinsk klinikk i Bygg 3, samt 16 senger i bygg 11 (Kreftsentret) for å imøtekomme deler av behovet for rokkeringsareal. Fortsatt er det behov for ytterligere 14 senger for å kunne rehabilitere hjertemedisinsk sengepost, og man trenger derfor ytterligere rokkeringsareal.
- I Bygg 7 er det tilrettelagt for 8 rokkeringsplasser i Ortopedisk post 3.
- Bygg 11 kan ivareta de fleste av dagens krav til sengeposter, mens bygg 8 (Kvinnesentret) har et oppgraderingsbehov ift eksisterende avvik, og trenger rokkeringsareal for nødvendig lukking av tilsynsavvik.
- Ullevål tilføres fire nye operasjonsstuer i det nye akuttbygget som nå er ferdigstilt. Hvilke operasjoner som skal utføres her inntil urologi flytter til Ullevål er under avklaring.
- Eksisterende poliklinikkareal på Ullevål er fullt disponert innenfor normalarbeidstid. Det er mulig å tilrettelegge for mer poliklinikk og dagbehandling i noen av byggene (19, 20 og 31), men dette krever investeringer for lukking av vesentlige tilsynsavvik. Det er startet prosjekt for å bedre infrastrukturen i Bygg 20 for å kunne ivareta poliklinikk og dagpasienter der.
- Kontorkapasiteten på Ullevål er under press, og andre kontorløsninger for personell uten nærhetsbehov til klinisk virksomhet er under vurdering.
- Psykisk helse og avhengighetsbehandling driver i dag mye av sin virksomhet på Ullevål i svært dårlige bygg.
- Det pågår arbeid for å utnytte Barnesentret bedre

2.4.2. Bygg og infrastruktur

Bygningsmassen i Kirkeveien utgjør til sammen ca 290 000 m². Bygningsmassen er oppført i perioden 1902 – 2007, og den gjennomsnittlige arealvektete alderen er over 60 år. De fleste bygningene er oppført i 4 – 6 etasjer, men Midtblokken (bygg 6), Kvinnesenteret (bygg 8) og Hotellet, samt Laboratoriebygningen (bygg 25) er og oppført i hhv 11, 12, 10 og 13 etasjer.

Ullevål sykehus - teknisk tilstand 2014



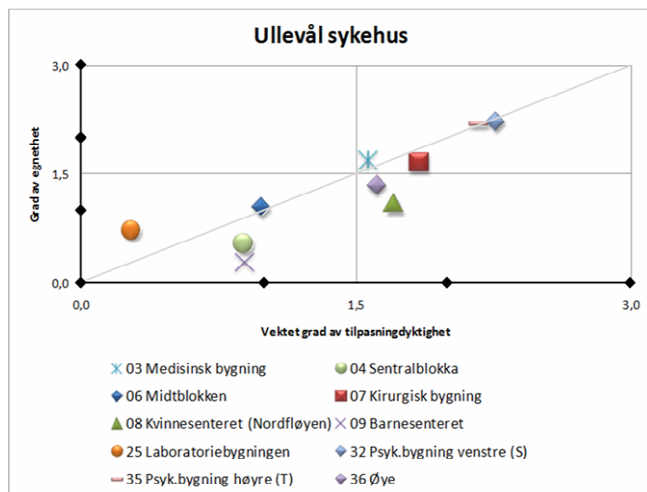
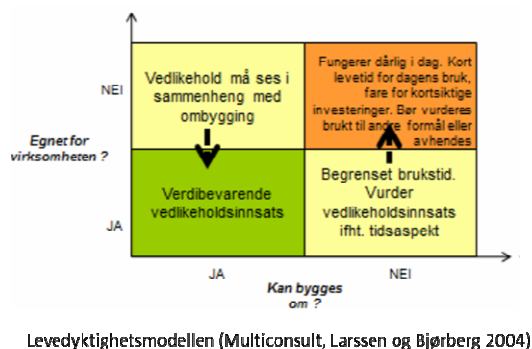
Figur 4- Oversikt teknisk tilstand Ullevål sykehus

Barnesenter (bygg 9) er spesielt bygget for behandling av barn. Bl.a. er sengerommene relativt små (bygget for barnesenger), og bygget er slik det nå fremstår derfor kun egnet for barn.

Teknisk sett bærer bygningsmassen preg av den høye alderen og manglende vedlikehold og fornying.

Felles forsyningsanlegg i Kirkeveien er gjennomgående vurdert med utilfredsstillende teknisk tilstand. Dette er gjennomgående eldre anlegg med utilstrekkelig kapasitet, tydelig slitasje og behov for delvis oppgradering og/eller utskiftning. Spesielt dårlig er kjølesystemer og gas-systemer som har store og relativt akutte behov for oppgraderinger og utskiftninger.

Bygningsmassen ved Ullevål sykehus er preget av høy gjennomsnittsalder, manglende vedlikehold og fornying og fremstår totalt sett med et stort teknisk oppgraderingsbehov. Bygningsmassen har også svært varierende grad av tilpasningsdyktighet og følgelig også svært varierende grad av levedyktighet sett i forhold til fremtidsrettet og langsiktig sykehusdrift.



Figur 5: Kombinasjon egnethet og tilpasningsdyktighet for bygninger ved Ullevål

2.4.3. Tilsynsavvik

Det er registrert følgende omfang av tilsynsavvik knyttet til byggtekniske forhold på Ullevål

| | HMS/Arbeidstilsyn | DSB | Brann |
|----------------|-------------------|-----|-------|
| Ullevål | 90 | 48 | 24 |

Av disse er det i løpet av 2012 – 2014 (prognose) lukket 46 tilsynspålegg relatert til arbeidstilsynet (AT), 13 brannpålegg og 8 relatert til DSB avvik,

Tabellen nedenfor viser bygg på Ullevål med registrerte tilsynsavvik

Ullevål

| Bygg | | HMS/AT | DSB | Brann | Prioritet AT [1 - 5] der 5 er mest alvorlig |
|------|-------------------|--------|-----|-------|---|
| 1 | Administrasjon | X | | | 3 |
| 2 | Søsterhjemmet | | | X | |
| 3 | Medisinsk bygning | X | X | X | 4 |
| 4 | Sentralblokken | | X | | |
| 6 | Midtblokken | X | X | X | 3 og 4 |
| 7 | Kirurgisk bygning | X | X | X | 4 |
| 8 | Kvinnesenteret | | X | X | |
| 9 | Barnesenteret | | X | | |
| 10 | Pasienthotell | X | | | 4 |

Ullevål

| Bygg | | HMS/AT | DSB | Brann | Prioritet AT |
|------|-----------------------------|--------|-----|-------|-----------------------------------|
| | | | | | [1 - 5] der 5 er mest alvorlig |
| 11 | Kreftsentret | | X | | |
| 12 | Sentral kjk./lager | X | | | 4 |
| 14 | Kundesenter | X | | | 3 |
| 17 | Akuttbygget | | X | | |
| 18 | Tekstilforskyning | X | | | 4 |
| 19 | Forebyggende medisin | X | | | 3 |
| 20 | Hukommelsespoliklinikk | X | | | 3 |
| 25 | Lab. bygg | X | | | 3 |
| 31 | Dagkirurgisk avdeling | X | X | | 3 og 4 |
| 32 | Psykiatrisk avd. | X | | X | 3 og 4 |
| 35 | Psykiatrisk avd. | X | | X | 3 og 4 |
| 36 | Øyeavd. | X | X | | 3 |
| 37 | RASP og smertepoliklinikken | X | | X | 3 |
| 47 | Barnehage | X | | | 3 |
| 64 | Barnehage | X | | | 4 |
| 65 | Barnehage | X | | | 4 |
| 66 | Barnehage | X | | | 4 |
| 67 | Barnehage | X | | | 4 |

2.5. Rikshospitalet

2.5.1. Virksomhet og driftssituasjon

På Rikshospitalet (RH) ivaretas i dag elektive lands- og regionsfunksjoner. OUS har gjennomført tiltak for å samle regionsfunksjoner på Rikshospitalet de siste årene. Nettopp denne tilflyttingen av aktivitet har medført fortetting og kapasitetsutfordringer, spesielt når det gjelder operasjon, intensiv og postoperativ virksomhet samt støtteareal.

Oppsummert tegnes det følgende bilde av dagens driftssituasjon i byggene:

- Vanskelig å finne ledig sengekapasitet. Postene, med dagens antall senger, er utnyttet.
- Intensiv og postoperativ kapasitet er utvidet de senere år. Det er våren 2014 bygget om for seks nye PO plasser til hjertekirurgisk aktivitet. Dette frigjør et tilsvarende antall plasser i Akuttklinikkens lokaler.
- Det pågår et prosjekt for å etablere to nye operasjonsstuer i Operasjonsgang 1.
- Poliklinikkarealet er fullt disponert. Det er ikke mulighet for utvidelse innen normal arbeidstid.
- Siste års fortetting på Rikshospitalet gjør det utfordrende å finne areal for administrative funksjoner, gode logistikk-løsninger og nødvendig fleksibilitet for klinisk virksomhet.

- Lab-kapasiteten på Rikshospitalet, i form av areal, er utfordrende sett i lys av behovet. Det for liten plass til både diagnostikk og forskning.

2.5.2. Bygg og infrastruktur

Bygningsmassen utgjør til sammen ca 231 000 m², inkludert glassgate, hotell og tekniske mellometasjer. Alle bygninger er fra 1998 - 2000, dvs. 14-16 år gamle. Bygningsmassens tilstand fremstår gjennomgående med økende behov for vedlikehold og utskiftninger. Teknisk sett vil bygningsmassen kunne ha meget lang levetid, både med bakgrunn i bygningsmessige materialevalg, men også som følge av at tekniske installasjoner forventes relativt enkelt skiftet ut / supplert som følge av desentraliserte anlegg og tekniske mellometasjer over store deler av de sentrale, tunge sykehusfunksjonene.

De vurderte forsyningsanleggene ved Rikshospitalet fremstår med ulik teknisk tilstand, hvor hovedvannforsyning, reservekraft, varmeanlegg og gassanlegg er vurdert å være tilfredsstillende. Øvrige forhold, dvs. hovedforsyning for strøm, nødstrøm samt kjøleanlegg, vurderes imidlertid ikke å være tilfredsstillende i dag og fremstår således med et behov for oppgradering. Forholdene knyttet til transport og logistikksystemer, samt tomt og områdeforhold er alle vurdert som akseptable.

Rikshospitalet - Teknisk tilstand 2014



Fig. 6: Teknisk tilstand Rikshospitalet og Gaustad sykehus

Rikshospitalets bygningsmasse innehar god bygningsmessig struktur som tilsier meget gode muligheter for at fremtidige endringsbehov kan imøtekommes gjennom ombygginger. Gjennom løpende utvikling, tilpasning og vedlikehold (inkl utskiftninger) er Multiconsult av den oppfatning at bygningsmassen er velegnet for langsiktig sykehusdrift.

Bygningsmassens tilstand viser behov for vedlikehold og utskiftninger, og bygningenes alder tilsier at behovet vil øke de kommende årene.

2.5.3. Tilsynsavvik

Totalt sett er det registrert følgende omfang av tilsynsavvik knyttet til byggtekniske forhold på Rikshospitalet

| | HMS/Arbeidstilsyn | DSB | Brann |
|-----------|-------------------|-----|-------|
| RH | 53 | 40 | 3 |

Av disse er det i løpet av 2012 – 2014 (prognose) lukket 26 tilsynspålegg relatert til arbeidstilsynet (AT) og 5 relatert til DSB avvik. Lukking av branntiltak i bygg D er igangsatt.

Tabellen nedenfor viser bygg på Rikshospitalet med registrerte tilsynsavvik

Rikshospitalet

| Bygg | | HMS/AT | DSB | Brann | Prioritet | AT |
|------|-------------------|--------|-----|-------|-----------------------------------|----|
| | | | | | [1 - 5] der 5 er mest alvorlig | 5] |
| A | Lab/ Forskning | | x | | | |
| B | Administrasjon | x | x | | 3 | |
| C | Pasientbehandling | x | x | x | 3 | |
| D | Pasientbehandling | x | x | x | 3 | |
| E | Kvinne/barn | x | x | | 3 | |
| F | Kontorer/ teknisk | x | | | 3 | |

2.6. Radiumhospitalet

2.6.1. Virksomhet og driftssituasjon

Mye av den intensivkrevende kirurgiske virksomhet har de siste årene flyttet fra Radiumhospitalet til Rikshospitalet. Virksomhetsprofilen på Radiumhospitalet er således noe endret. Dette har også vært påkrevet sett i lys av eksisterende standard på operasjonsstuer og bygninger. Radiumhospitalet ivaretar om lag halvparten av OUS virksomhet innen kreftbehandling.

Oppsummert tegnes det følgende bilde av driftssituasjonen i byggene:

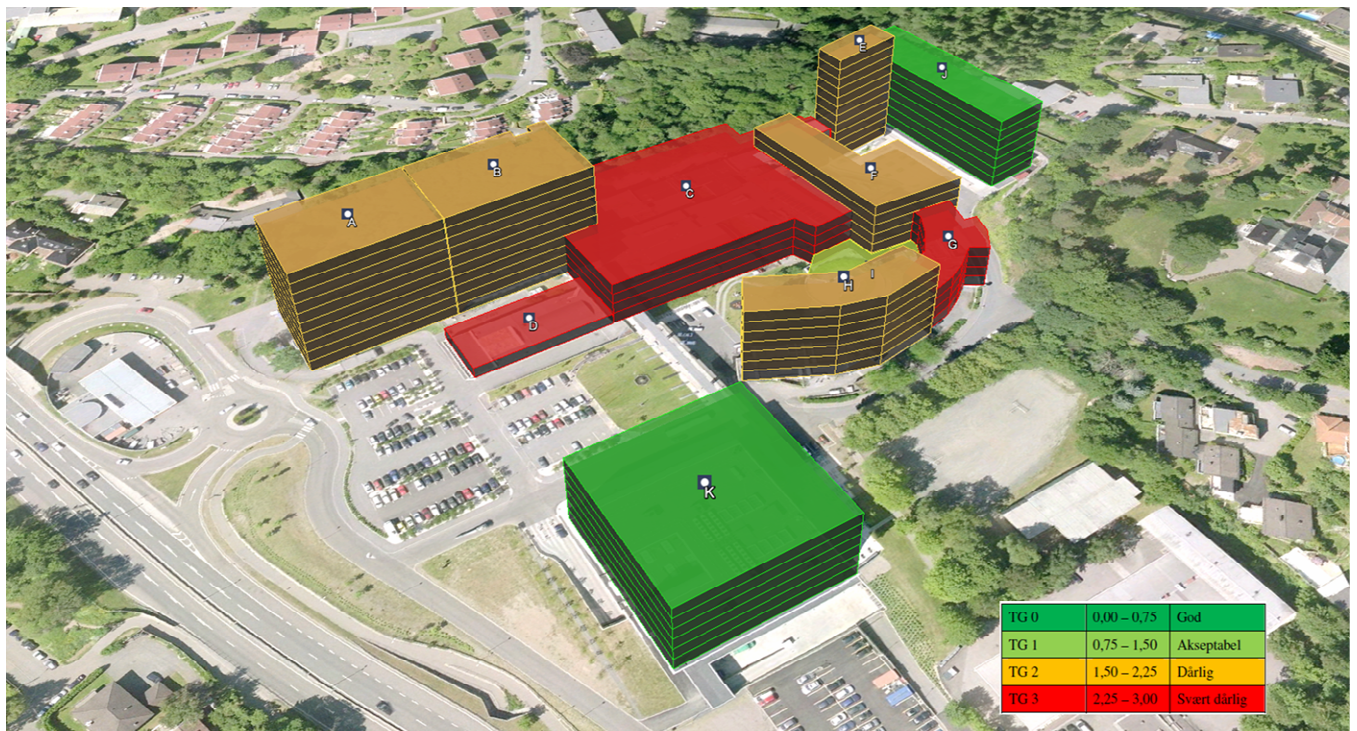
- Deler av bygningsmassen ved Radiumhospitalet er svært dårlig med betydelige tilsynsavvik knyttet til brann og arbeidsmiljø. Enkelte bygg har svært god standard (forskningsbygg, strålebygg og pasienthotell).
- Sengekapasiteten i areal som er mulig å benytte (dvs. som ikke har betydelige tilsynsavvik avvik) er i dag fullt utnyttet. Tre tidligere sengeposter er stengt og benyttes nå til andre formål. En av disse er planlagt brukt som del av et fremtidig Brystsenter.

- Operasjonskapasiteten er fullt utnyttet, samtidig som operasjonsstuenes standard er utfordrende. Flere stuer drives med utvidet arbeidstid. Planlagt etablering av Brystsenter krever økning av både standard og kapasitet.
- Poliklinikk-kapasiteten i bygg D er sprengt og drives med bl.a. ventilasjons- og setningsutfordringer. Det er derfor etablert flere poliklinikk-satellitter andre steder på sykehuset.
- Radiumhospitalet har kontorunderskudd i bygg som er egnet til formålet.
- Tre bygg (E, G, H og I) er forutsatt revet. Nåværende virksomhet flyttes ut, hovedsakelig inn i leide lokaler i OCCI bygget.

2.6.2. Bygg og infrastruktur

Bygningsmassen på Radiumhospitalet fremstår som et kompakt konglomerat. Den eldste bygningen (F) er fra 1928 og det nyeste bygget fra 2009. Med unntak av de to store nybyggene og bygg I medfører den relativt dårlige tekniske tilstanden behov for betydelig oppgradering ved fortsatt drift i dagens bygningsmasse. Forsyningsanleggene ved Radiumhospitalet er vurdert å være av varierende kvalitet og tilstand, men hvor flere forhold samlet sett er vurdert å være utilfredsstillende. Det er vurdert å være stor sannsynlighet for forurensing i grunnen.

RADIUMHOSPITALET – TEKNISK TILSTAND 2014



Figur 7 - Oversikt teknisk tilstand Radiumhospitalet

Flere av bygningene vurderes ikke å være, og heller ikke kunne bli, fremtidsrettet med tanke på moderne sykehusdrift. Bygningene A, B og J vurderes å kunne være levedyktig for enklere funksjoner som dagområder/poliklinikk, enkle laboratorier, kontorer etc.

Bygg C, D, E og F er lite egnet for moderne og fremtidsrettede sykehusfunksjoner. Mulige bruksområder kan være enklere funksjoner som dagområder/poliklinikk og kontorer, som de i stor

grad benyttes til i dag, samt enklere støttefunksjoner. Bygg D, E, G, H og I forutsettes revet i forbindelse med leie av lokaler i OCCI.

Forsyningsanleggene ved Radiumhospitalet er vurdert å være av varierende kvalitet og tilstand, men hvor flere forhold samlet sett er vurdert å være utilfredsstillende. Sistnevnte gjelder både hovedvannforsyning, hovedforsyning strøm, nødstrøm og kjøleanleggene, som alle er eldre anlegg med behov for ekstra vedlikehold og/eller delvis utskiftning/oppgradering.

2.6.3. Tilsynsavvik

Totalt sett er det registrert følgende omfang av tilsynsavvik knyttet til byggtekniske forhold på Radiumhospitalet

| | HMS/Arbeidstilsyn | DSB | Brann |
|------------|-------------------|-----|-------|
| RAD | 95 | 24 | 51 |

Av disse er det i løpet av 2012 – 2014 (prognose) lukket 43 tilsynspålegg relatert til arbeidstilsynet (AT) og 10 relatert til DSB avvik. Få brannpålegg er lukket alene, men branntiltak er inkludert i prosjekter som er gjennomført av for å lukke HMS/AT pålegg.

Tabellen nedenfor viser bygg på Radiumhospitalet med registrerte tilsynsavvik

Radiumhospitalet

| Bygg | | HMS | DSB | Brann | Prioritet [1 - 5] der 5 er mest alvorlig | AT |
|------|-----------------------|-----|-----|-------|--|----|
| A,B | Pasientbehandling | x | x | x | 4 | |
| C | Pasientbehandling | x | x | x | 3 og 4 | |
| E | Stengt | x | | x | | |
| F | Lab og forskning | x | x | x | 3 og 4 | |
| I | | x | | x | 4 | |
| J | Pasienthotell, og lab | x | x | x | 3 | |
| K | Lab/ kontor | x | x | x | 3 og 4 | |

2.7. Aker

2.7.1. Virksomhet og driftssituasjon

Det har 2011 – 2013 vært gjennomført et arbeid med å avklare hvilken aktivitet OUS skal drive på Aker. Arbeidet har vært utført av Prosjekt Helsearena Aker, som igjen har koordinert sitt arbeid med Prosjekt Samhandlingsarena Aker, ledet av Oslo kommune. Fokus har vært på aktivitet som det er hensiktsmessig for OUS å legge til Aker. I tillegg har man sett på aktivitet som passer inn i samhandlingskonseptet på Aker sykehus. Det ble i 2014 etablert en 20 års avtale med Oslo kommune om utvikling og drift av samhandlingsarenaen på Aker.

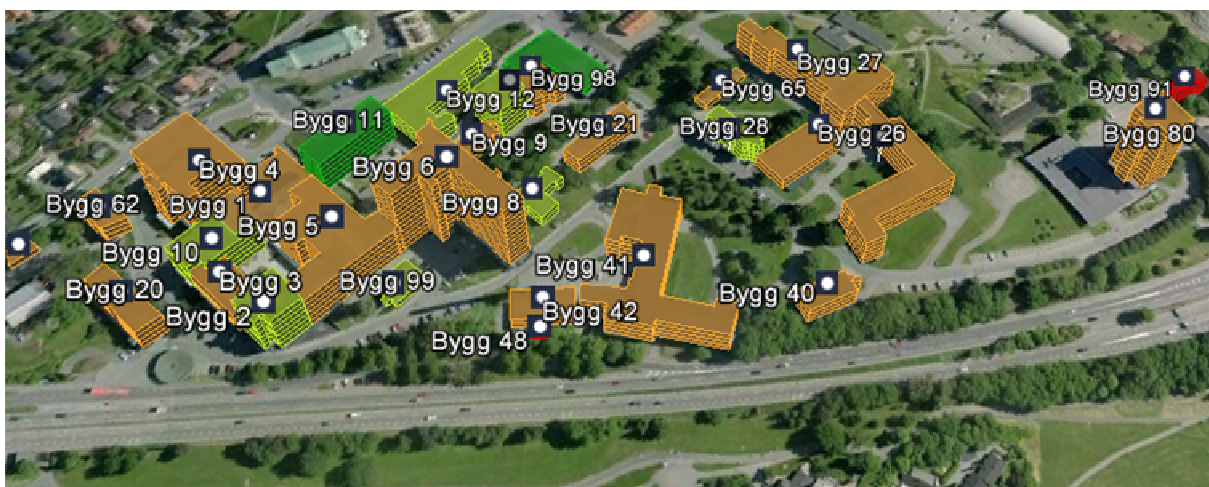
Oppsummert tegnes det følgende bilde av driftssituasjonen i byggene:

- I dag er senge- og operasjonskapasiteten bortimot fullt utnyttet
- I løpet av 2015 forventes det at utflytting av Karkirurgi, Urologi og Ortopedi (tilbake til Storgata) vil fristille det meste av operasjonskapasiteten. Det pågår nå et prosjekt for utnyttelse av denne operasjonskapasiteten på Aker til dag- og elektiv kirurgi..
- Tilsvarende som for operasjonskapasiteten vil planlagt utflytting av inneliggende kirurgisk virksomhet fristille mye sengekapasitet. OUS planlegger opprettelse av en 5-døgns sengepost for kirurgiske pasienter som skal knyttes til et elektivt kirurgisk senter på Aker. I tillegg signaliserer kommunen interesse for å ta over flere av sengepostene til kommunal akutt døgnetenhet (KAD).
- OUS har døgnavvirksomhet innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling, rehabilitering, ortopedi, endokrinkirurgi, fedmekirurgi, urologi og karkirurgi samt postoperativ virksomhet på Aker sykehus. I tillegg er det dagkirurgisk virksomhet innen smertebehandling, plastikkirurgi og kjevekirurgi. Videre er det stor poliklinisk aktivitet på Aker.
- Kommunen har etablert seg på Aker sykehus med rehabilitering, ressursentre, KAD og Legevakt. Kommunen vil utvide KAD med ytterligere ca 20 senger i 2014/2015.
- Sunnaas har etablert seg med poliklinisk virksomhet på Aker og signaliserer ønske om utvidet virksomhet.
- Arealer til poliklinisk virksomhet er ledig, men har ikke optimal standard. Tilsvarende gjelder også for kontorplasser.

2.7.2. Bygg og infrastruktur

Bygningsmassen på Sinsen utgjør totalt i underkant av 100 000 m², og har en gjennomsnittlig arealvektet alder på ca 56 år. Den eldste bygningsmassen er oppført i 1920 (bygg 3 og 5), mens nyeste bygningsmasse er fra 1998 (bygg 10, 11 og 12).

Aker sykehus - Teknisk tilstand 2014



Figur 8 - Oversikt teknisk tilstand Aker sykehus

Med unntak av bygningsmassen fra 1998 (bygg 10 – 12) som fremstår i akseptabel teknisk tilstand, bærer bygningsmassen preg av kombinasjonen av høy alder og manglende vedlikehold og fornying over tid. Dagens tekniske situasjon tilsier store behov for teknisk oppgradering ved videre drift og bruk.

Forsyningsanleggene ved Aker sykehus på Sinsen er alle vurdert som utilfredsstillende. Det vil si at samtlige bærer preg av høy alder, slitasje, mangelfull kapasitet og manglende oppgraderinger/fornyning.

2.7.3. Tilsynsavvik

Totalt sett er det registrert følgende omfang av tilsynsavvik knyttet til byggtekniske forhold på Aker

| | HMS/Arbeidstilsyn | DSB | Brann |
|-------------|-------------------|-----|-------|
| Aker | 30 | 7 | 10 |

Av disse er det i løpet av 2012 – 2014 (prognose) lukket 8 tilsynspålegg relatert til arbeidstilsynet (AT) og 4 relatert til DSB avvik. Få brannpålegg er lukket alene, men branntiltak er inkludert i prosjekter som er gjennomført av for å lukke HMS/AT pålegg og i prosjekter for etablering av samhandlingsarena Aker.

Tabellen nedenfor viser bygg på Aker med registrerte tilsynsavvik

Aker

| Bygg | | HMS/AT | DSB | Brann | Prioritet | AT |
|------|---|--------|-----|-------|-----------------------------------|----|
| | | | | | [1 - 5] der 5 er mest alvorlig | |
| 2 | Pasientbehandling OUS og OK | x | | x | 3 | |
| 3 | Pasientbehandling OUS og OK | x | | x | 3 | |
| 4 | Pasientbehandling OUS og OK | x | x | x | 4 | |
| 5 | Pasientbehandling | x | x | x | 3 og 4 | |
| 6 | Pasientbehandling OUS og Sunnaas, lab og kontorer | x | x | x | 4 | |
| 8 | Pasientbehandling | x | | | 3 | |
| 9 | Lab/ kontorer/ møterom | x | | | 3 | |
| 10 | Pasientbehandling OUS og OK | x | x | x | 3 | |
| 11 | Sengeposter | | | x | | |
| 20 | Administrasjon | x | | | 4 | |
| 22 | Hormonloab. | x | | | 3 | |
| 26 | Pasientbehandling med. rehab. | x | | | 3 | |
| 27 | Pasientbehandling med. rehab. | x | | | 3 | |
| 28 | Kontorer | x | | | 3 | |
| 41 | Lærings- og mestringssenter | x | | | 3 | |

Bygg 26 og 27 på Aker har avvik knyttet til ventilasjon. I disse byggene er det pga. bygningsmessige forhold, bl.a. asbest, imidlertid ikke mulig å utbedre påleggene på en økonomisk forsvarlig måte. OUS søker derfor å finne løsninger som gjør det mulig å flytte rehabiliteringsvirksomheten som i dag drives i byggene ut.

2.8. SSE

2.8.1. Virksomhet og driftssituasjon

Avdeling for kompleks epilepsi (AKS, tidligere SSE), ligger i Sandvika og er en institusjon som har et nasjonalt ansvar for personer med vanskelig kontrollerbar epilepsi.

SSE behandler den delen av epilepsipopulasjonen i Norge som har farmakoresistente anfall og som har tilleggsproblemer av nevrologisk, kognitiv og/eller psykososial art, eller som skal utredes med spørsmål om epilepsikirurgi. Pasientgruppen omfatter barn, ungdom og voksne.

En del bygninger på SSEs område står ubrukt i dag. Det benyttes et leid modulbygg på 670 kvm til pasientbehandling (ungdom og voksne), og det foreligger midlertidig brukstillatelse for dette. Modulbygget er en erstatning for bygg G1 og G2 som er stengt, ettersom det ikke tilfredsstillende brannrømningskrav for den aktuelle pasientgruppen. Det er usikkert hvor lenge man kan opprettholde en midlertidig brukstillatelse.

2.8.2. Bygg og infrastruktur

Totalt er 22 167 kvadratmeter av arealene på SSE kartlagt med hensyn til teknisk tilstand.

Av byggene som er i bruk på lokasjonen (A-J, med unntak av D2), er det varierende teknisk tilstand, der de nyeste bygningene B og F fremstår med svært god teknisk tilstand. Byggene K-Q er ikke i bruk. Tilstanden på disse byggene er vurdert som dårlig eller uakseptabel.

Med unntak av nødstrømsanleggene og til dels kjøleanleggene er forsyningsanleggene ved SSE vurdert som tilfredsstillende eller gode. Nødstrømsanleggene er vurdert som mangelfulle. Forhold vedrørende transport og logistikksystemer, samt øvrige områdeforhold, er vurdert som tilfredsstillende.

2.8.3. Tilsynsavvik

Totalt sett er det registrert følgende omfang av tilsynsavvik knyttet til byggtekniske forhold på SSE

| | HMS/Arbeidstilsyn | DSB | Brann |
|-----|-------------------|-----|-------|
| SSE | 24 | 4 | |

Av disse er det i løpet av 2012 – 2014 (prognose) lukket ett tilsynspålegg relatert til Arbeidstilsynet (AT). Det er også foretatt en oppdatering av brannvarslingsanlegget i samtlige bygg.

2.9. Dikemark

2.9.1. Virksomhet og driftssituasjon

Dikemark huser OUS virksomhet knyttet til Seksjon for psykosebehandling som tilbyr utredning og behandling på høyeste nasjonale nivå tilpasset pasienter med psykiske lidelser og omfattende funksjonsnedsettelse, med behov for døgnkontinuerlig opphold og behandling. Mange har også vansker knyttet til rus og/eller farlighetsproblematikk.

Det er et fremtredende behov for mer moderne bygg til regional sikkerhetsavdeling og psykiatrisk avdeling for personer med utviklingshemming/autisme. Avdelingene er i dag lokalisert i meget dårlig bygningsmasse på Dikemark.

Ved Dikemark er ca. halvparten av arealene i bruk, men arealutnyttelsen er lav og en del lokaler brukes kun sporadisk som kontor/møterom o.l.

2.9.2. Bygg og infrastruktur

Med unntak av bygningene Dagali og Kurhus 1 bærer bygningsmassen på Dikemark preg av mangelfullt vedlikehold. De fleste byggene har en vektet teknisk tilstandsgrad på over 2,0. Dette tyder på at det er mange underliggende komponenter som har tilstandsgrad 3 og har behov for strakstiltak (0-5 år). Tilpasningsdyktigheten for bygningene er også vurdert som dårlig.

Generelt er det store begrensninger når det gjelder å endre planløsning eller å bygge om til annet bruk. Også her er en stor del av bygningsmassen vernet eller fredet, noe som i stor grad forhindrer riving. 30 av 32 bygg er fredet hvorav 7 både interiør- og eksteriørmessig. Tomtegrunn på 248 dekar er i sin helhet fredet med unntak av ca. 20 dekar.

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

2.9.3. Tilsynsavvik

Totalt sett er det registrert følgende omfang av tilsynsavvik knyttet til byggtekniske forhold på Dikemark

| | HMS/Arbeidstilsyn | DSB | Brann |
|----------|-------------------|-----|-------|
| Dikemark | 1 | 3 | |

Av disse er det i løpet av 2012 – 2014 (prognose) lukket ett tilsynspålegg relatert til Arbeidstilsynet), samt ett pålegg fra DSB.

2.10. Gaustad og Sognsvannveien

2.10.1. Virksomhet og driftssituasjon

Gaustad:

Virksomheten på Gaustad er hovedsakelig døgnvirksomhet for voksen psykiatri. Her drives 38 plasser til lukket psykosebehandling og sikkerhetspsykiatri, nivå 2. Rus og avhengighetsbehandling har en døgnenhet for avhengighetsbehandling - ung. Noen små VOP poliklinikker er også lokalisert her. I tillegg til hoveddelen av forskningsvirksomheten i klinikk for psykisk helse og avhengighet.

Sognsvannveien:

Spesialseksjonen til BUP er lokalisert i Sognsvannsveien. Den består av familie og nettverksenheten og en nevropsykiatrisk/-psykologisk enhet. Enhetene arbeider poliklinisk og arenafleksibelt. BUP ungdomsseksjonen er også lokalisert på denne adressen. Den er godkjent for tvunget psykisk helsevern og består av to døgnenheter, med hhv. 5 akutt plasser og 6 intermedieær plasser. Ungdomsseksjonen er en områdefunksjon.

2.10.2. Bygg og infrastruktur

Gaustad:

Bygningsmassen på Gaustad er generelt preget av eldre byggeskikk som har store begrensninger i forhold til tilpasningsmuligheter og fremtidige bruksområder. Bygningsmassen fremstår også med stort teknisk oppgraderingsbehov. En betydelig andel av bygningene har vernestatus.

Generelt vurderes bygningene å kunne huse enklere dagfunksjoner som kontorer, poliklinikker etc. i et langsiktig perspektiv. Opprettholdelse av døgnenheter for psykiatriske pasienter på Gaustad krever utbygging med nye arealer.

De aktuelle forsyningsanleggene ved Gaustad sykehus er alle vurdert å være utilfredsstillende eller i dårlig teknisk stand. Anleggene bærer preg av høy alder og manglende fornying og oppgradering. Svakest tilstand er det vurdert for hovedvannforsyningen og nødstrømssystemene som anses å ha stort og relativt akutt behov for utbedring.

For kart med tilstandsgrad på Gaustad henvises til kap. 2.5.2.

Sognsvannveien:

For Sognsvannveien er tilstanden relativt dårlig som vist med oransje farge nedenfor.

Fig. 9: Teknisk tilstand Sognsvannveien



En vurdering av levedyktighet basert på Multiconsults kartlegging i 2011 viser at byggene i Sognsvannveien generelt er middels egnet, og lite tilpasningsdyktige. Det foreligger imidlertid ingen tilsynspålegg her, og oppgradering av Sognsvannveien inngår således ikke i investeringsbehovet som berøres i denne rapporten

2.10.3. Tilsynsavvik

Totalt sett er det registrert følgende omfang av tilsynsavvik knyttet til byggtekniske forhold på Gaustad

| | HMS/Arbeidstilsyn | DSB | Brann |
|---------|-------------------|-----|-------|
| Gaustad | 12 | 1 | |

Av disse er det i løpet av 2012 – 2014 (prognose) lukket to tilsynspålegg relatert til arbeidstilsynet (AT). Det foreligger pt. ikke registrerte tilsynsavvik i Sognsvannveien.

2.11. Oppsummert oversikt over tilsynsavvik

En oppsummering av avvik presentert pr. lokalitet ovenfor gir oversikten som vist nedenfor.

Tabell 5 – Totalt antall registrerte tilsynsavvik knyttet til byggtekniske forhold og antall utført pr. okt. 2014

| | HMS/AT | | DSB | | Brann | |
|-----------------|-----------------|--------------------|------------|--------------------|--------------|--------------------|
| | Antall HMS/AT** | pålegg gjennomført | Antall DSB | pålegg gjennomført | Antall Brann | pålegg gjennomført |
| Aker | 30 | 8 | 7 | 4 | 10 | x* |
| Dikemark | 1 | 1 | 3 | 1 | | |
| Gaustad | 12 | 2 | 1 | | | |
| RAD | 95 | 43 | 24 | 10 | 51 | x* |
| RH | 53 | 26 | 40 | 5 | 3 | |
| SSE | 24 | 1 | 4 | | | |
| Ullevål | 90 | 46 | 48 | 8 | 24 | 13 |
| Totalsum | 305 | 127 | 127 | 28 | 88 | 13 |

x* - endel avvik er lukket ifm gjennomføring av andre tiltak - kun 1-3 konkrete avvik er lukket spesifikt og registrert

** Arbeidstilsynet (AT) angir avvik i kategorier 1-5 der 5 er mest alvorlig. Antall HMS/AT pålegg som det refereres til her er i kategori 3-5

OUS har over de siste tre årene (tall for 2014 er prognose for året) brukt rundt 460 MNOK på lukking av myndighetspålegg. Det bemerkes her at mange av avvikene som hittil er lukket er mindre/enklere tiltak.

Tabell 6 – Sum NOK knyttet til gjennomførte tiltak for å lukke avvik

(Ekskl. omstillingsprosjekter og andre prosjekter som også har inkl. tiltak for å utbedre avvik i berørte arealer)

| Tilsynspålegg | 2012 | 2013 | 2014 |
|----------------|----------------|-----------------|-----------------|
| HMS/AT | 47 MNOK | 113 MNOK | 75 MNOK |
| DSB | 1 MNOK | 15 MNOK | 113 MNOK |
| Brann | 12 MNOK | 7 MNOK | 76 MNOK |
| Sum NOK | 60 MNOK | 135 MNOK | 264 MNOK |

I tillegg til summene vist ovenfor har OUS ved gjennomførte bygningsmessige tilpasninger i forbindelse med omstillingsprosjekter og/eller samhandlingsarena Aker prosjekter, lukket alle avvik i arealene som har vært berørt.

3. Demografi og dimensjonerende forutsetninger

3.1. Demografisk fremskriving

Prognoser for befolkningsutvikling i Oslo og nærmeste omegn viser stor vekst allerede fram til 2020. I Oslo anslås økningen å bli rundt 100 000 innbyggere (16 %). I tillegg øker befolkningen om lag like mye i Akershus og Vestre Vikens sykehusområder både prosentvis og nominelt. Dette har stor betydning for OUS som skal ivareta behandlingstilbud til pasienter fra disse områdene som regionsykehus og sykehus med nasjonale funksjoner og for gjestepasienter gjennom fritt sykehusvalg.

Befolkningsøkningen vil innebære økt aktivitet for alle nivåer i helsetjenesten allerede i nær fremtid og medfører behov for økt kapasitet på kort og mellomlang sikt. Behovet for kapasitetsøkning vil ikke løses gjennom tiltak beskrevet her (ref. avgrensning av oppgaven), men understøtter klart behovet

for midlertidige bygg/rokkeringsareal for å kunne gjennomføre nødvendige tiltak for lukking av tilsynsavvik.

3.2. Generelle dimensjonerende forutsetninger

Som avgrensning av oppgaven i kap. 1 beskriver, omfatter denne modifiserte konseptrapporten nødvendige tiltak for å lukke tilsynsavvik med tilhørende direkte følgetiltak knyttet til midlertidige arealer og infrastruktur.

Tiltakene for å lukke avvikene er videre begrenset til ren teknisk oppgradering for å holde bygget i forsvarlig drift uten endring i aktivitet – hverken innhold, funksjonalitet eller kapasitet. Tiltak som gjennomføres forutsettes utført i henhold til forskrift (TEK10).

Endret oppgavedeling i Helse Sør-Øst kan påvirke OUS sin aktivitet i løpet av de neste 4-8 år. Status i prosessen med oppgavedeling er slik at man ikke kan forskuttere beslutninger på dette området. Dersom det senere viser seg at endret oppgavedeling reduserer OUS sin aktivitet i en grad som gjør det mulig å flytte fra bygg som ligger inne med tiltak, vil dette selvfølgelig redusere investeringsbehovet.

Ny Storbylegevakt forventes etablert i nye bygg i løpet av de neste 5-10 år. Denne etableringen forventes ikke å få konsekvens for omfanget av nødvendige tiltak for å lukke myndighetspålegg.

Samhandlingsreformen og utvikling av samhandlingsarena og kommunal akutt døgnetenhet (KAD) på Aker sykehus forutsettes gjennomført som planlagt. I tillegg har OUS fremdeles en god del virksomhet på Aker, samt planer om å etablere et dag- og elektivt kirurgisk senter på Aker med tilhørende 5-døgnspost. OUS leier også en del areal til Oslo kommune og Sunnaas. På linje med øvrige sykehus i OUS skal tilsynsavvik relatert til bygg som brukes på Aker lukkes.

4. Behov for tiltak

4.1. Et skritt på veien

På bakgrunn av nåsituasjonen knyttet til virksomhet, driftssituasjon, bygg og infrastruktur beskrevet i kap. 2 og forventet utvikling omtalt i kap. 3 kan det tegnes en modell som vist nedenfor. Punktene listet under behov oppstår som et resultat av dagens situasjon vurdert i lys av forventet utvikling.

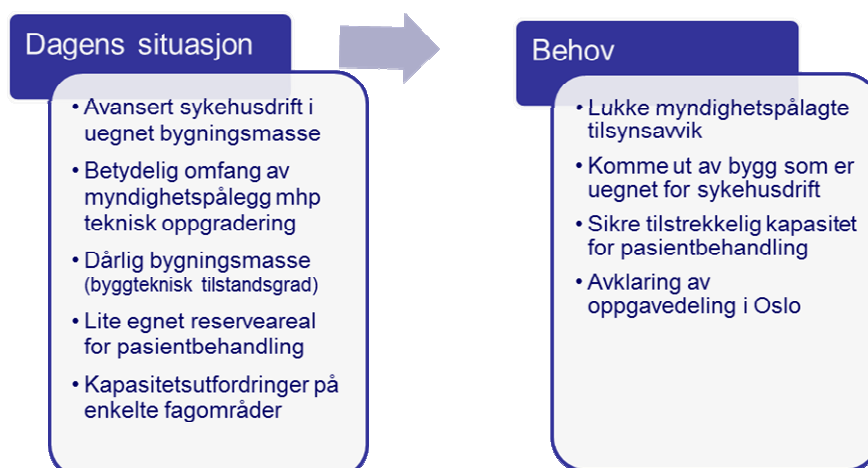


Fig. 10: Overordnet behovsanalyse

De listede behovene er tildels både mer omfattende enn hva OUS selv kan styre (oppgavedeling), og mer langsiktige enn hva denne rapporten kan inkludere (behov for økt kapasitet og nye bygg). Behovene er imidlertid relevante å synliggjøre idet de gir nødvendig helhetsforståelse av hvilken situasjon OUS står i.

De største svakhetene knyttet til byggtekniske forhold, som er denne utredningens fokus, må antas å være avdekket gjennom myndighetspålegg. For å sikre forsvarlige lokaler for pasientbehandling og ansatt blir det derfor avgjørende å lukke avvikene påpekt av tilsynsmyndighetene.

Det er også et sterkt ønske om å komme ut av bygg som er lite levedyktige i form av tilstand, tilpassningsdyktighet og egnethet, der dette er mulig. Endret oppgavedeling og tilførsel av kapasitet til Oslo sykehusområde gjennom nybygg på Lovisenberg og Diakonhjemmet sykehus, samt ny Storbylegevakt vil kunne avhjelpe situasjonen for OUS, men dette er ikke forhold OUS har mandat til å beslutte.

OUS har behov for å drive sykehus i forsvarlig bygningsmasse, både med hensyn til pasientbehandling og ansatte. Lukking av avvik påpekt av tilsynsmyndighetene er et vesentlig tiltak for å sikre dette. Tiltaket er imidlertid ikke tilstrekkelig for løse den utfordrende driftssituasjon OUS har i eksisterende bygningsmasse.

4.2. Pågående arbeid med vedlikehold og lukking av tilsynsavvik

Fra 2012 har det pågått et målrettet arbeid med å lukke myndighetskrav i OUS. Brann og redningsetaten i Oslo, DSB og Arbeidstilsynet har pålagt OUS tekniske og bygningsmessige utbedringer i stort antall. Totalt dreier det seg om omkring 500 avvik. Det pågår nå i alt ca 175 prosjekter med tekniske og bygningsmessige utbedringer i OUS. Etter hvert som disse avsluttes, lukkes også pålegg (se for øvrig kap. 2.11).

I perioden 2012-2013 har OUS brukt ca 200 MNOK på lukking av tilsynspålegg. I 2014 vil ca 260 MNOK som gå til dette formål. OUS har ønske om å trappe opp innsatsen med å lukke tilsynsavvik i 2015 og videre. Dette er også i tråd med tilsynenes kommuniserte forventning. Presset likviditet i Helse Sør-Øst gjør at man må regne med vesentlig lavere tildeling av investeringsmidler til vedlikeholdsinvesteringer av denne typen. Dette vil medføre at ambisjonsnivået må senkes. Det bemerkes at ordinært vedlikeholdsbudsjett kun dekker opp for løpende vedlikehold og kan ikke fange opp tilsynspåleggene.

Tilsynsmyndigheten har regelmessige møter med OUS for å følge opp fremdrift knyttet til lukking av myndighetspålegg. Det bekymrer tilsynsmyndigheten at lukking av pålegg trekker ut i tid. OUS har hatt store dagbøter for ikke å ha etterkommet pålegg i tide og har også måttet stenge avdelinger (Ortopedisk virksomhet i Storgaten) av HMS årsaker.

Tiltak for å etterkomme myndighetspålegg knytter seg til de fleste deler av bygningsmassen i OUS, med størst omfang til byggene på Radiumhospitalet, Ullevål og Aker. Arbeidet med utbedringer foregår i områder av sykehuset som har pasientrettet aktivitet og krever derfor

inngående planlegging og hensyntagen under gjennomføring. En vesentlig forutsetning for at OUS skal lykkes med dette arbeidet er over tid å ha kontinuitet i den bemanning og kompetanse som kreves for å gjennomføre et så omfattende og utfordrende arbeid. Dette krever en økonomisk forutsigbarhet. Mangel på forutsigbarhet vanskeliggjør sykehusets ambisjoner og tilsynsmyndighetenes krav om å drive sykehusvirksomhet i forsvarlig bygningsmasse, både av hensyn til pasienter og ansatte.

5. Utredning av alternativer

5.1. Innledning

I en konseptrapport skal i utgangspunktet alternative løsninger beskrives. I denne rapporten tar man, som nevnt innledningsvis i kap. 1.2, utgangspunkt i at det allerede foreligger alternativer for utvikling av OUS bygningsmasse, beskrevet i OUS Idéfase – Campus Oslo. Alle alternativ som beskrives i idéfaserapporten inneholder et omfang av nødvendig teknisk oppgradering for lukking av myndighetspålagte avvik. Denne fellesnevneren ligger til grunn for beskrivelsen av alternativene nedenfor.

To alternativer er berørt:

- **0- alternativet:** Lukking av avvik uten midlertidige rokkeringsbygg
- **Alternativ 1:** Lukking av avvik ved bruk av midlertidige bygg

I tillegg er det pekt på muligheten av å optimalisere investeringene i større grad gjennom etablering av nybygg fremfor teknisk oppgradering av areal som på sikt skal avhendes (ref. kap. 5.4).

Figur 11 viser fordeling av kostnader til lukking av myndighetspålegg (blå søyler) og tilhørende nødvendig infrastruktur (grønn søyle) slik de ligger til grunn for både alternativ 0 og 1. Kostnader knyttet til midlertidige arealer (rød søyle) vil kun gjelde for alternativ 1.

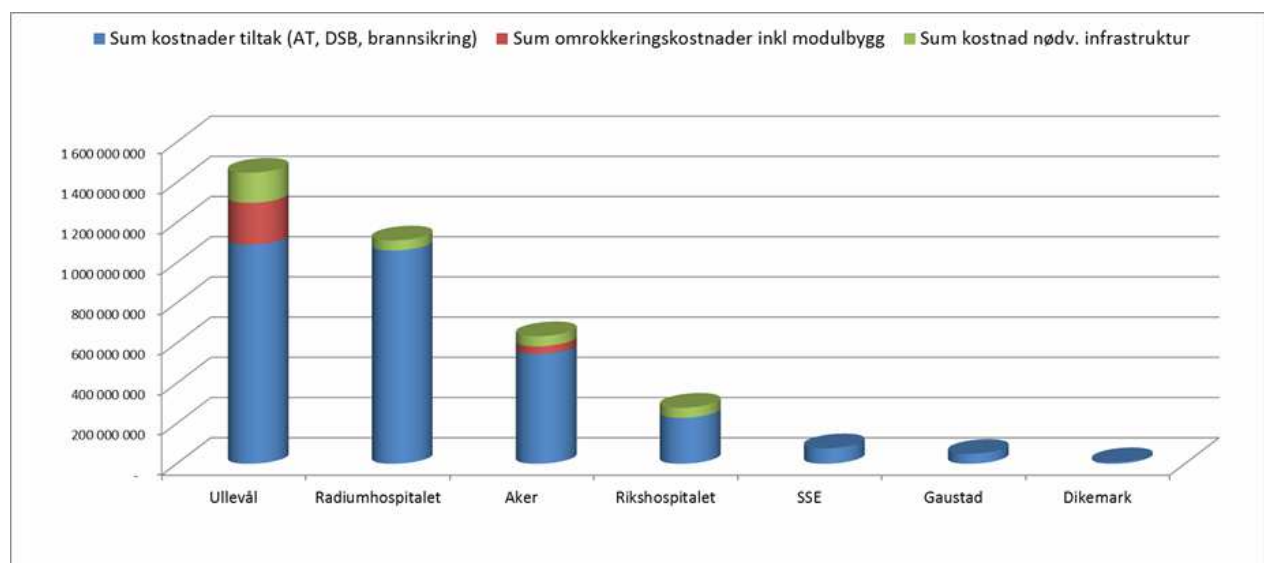


Fig. 11: Fordeling av kostnader knyttet til myndighetspålegg, tilhørende infrastruktur og midlertidige bygg pr. lokalitet

5.2. Alt. 0: Lukking av myndighetspålagte avvik uten rokkeringsbygg

0-alternativet for lukking av avvik med myndighetspålegg defineres her som gjennomføring av pålagte tiltak uten rokkeringsbygg.

Mange av påleggene er relatert til sengepostarealer. Basert på tidligere kartlegging og vurdering av dagens driftssituasjon (ref. kap 2) vil det ta svært lang tid å lukke påleggene dersom rokkeringsbygg skal unngås. Man må da utføre tiltak rom for rom. Både tid og kostnad på tiltak vil øke ved en slik tilnærming samtidig som den kliniske virksomheten vil få betydelige driftsmessige utfordringer.

Alternativet til dette er ombygginger i bygningsmasse som i dag står ubenyttet. Tomme arealer vil komme til å finnes på Aker og på Radiumhospitalet. Etablering av rokkeringsarealer på Aker og Radiumhospitalet som verken har akuttfunksjoner eller intensivkapasitet vurderes uegnet med hensyn til kvalitet på pasientbehandling og driftsøkonomi. Det er funnet enkeltenger på Ullevål som kan benyttes til rokking, men omfanget er alt for lite i forhold til behovet dersom hensiktsmessig og ønsket fremdrift skal holdes.

Ut i fra kapasitetssituasjonen for Oslo området totalt sett er det heller ikke realistisk å forvente at kapasitet kan lånes ved andre nærliggende sykehus de nærmeste årene. Tilsynsmyndighetene signaliserer både dagbøter på rundt 1 MNOK og mulig stenging av arealer dersom OUS ikke øker takten på utbedring av tilsynsavvikene.

Arbeidsgruppens vurderer derfor 0-alternativet til å være en urealistisk tilnærming til situasjonen.

5.3. Alt. 1: Lukking av myndighetspålagte avvik med midlertidig bygg

5.3.1. Dimensjonering og vurdering av midlertidige bygg

De største bygningsmessige utfordringer knytter seg til Ullevål og Radiumhospitalet og en viss grad Aker. Av denne grunn opplever OUS, på tross av tilgang til et meget stort areal, paradoksalt nok, arealmangel på de områder der hovedtyngden av medisinsk aktivitet ligger.

Tiltak knyttet til myndighetspålegg er i seg selv er ikke spesielt arealkrevende. Det oppstår imidlertid behov for ekstra areal når omfattende tiltak som gjør det umulig eller svært vanskelig å drive pasientbehandling samtidig, skal gjennomføres i flere avdelinger og det ikke finnes brukbart reserveareal. I denne situasjonen er det behov for at en avdeling flytter ut slik at de blir areal som de andre avdelingene kan rokkere rundt på når dette arealet er klargjort. Et slikt rokkeringsareal er midlertidig og bør være fleksibelt både i forhold til funksjon størrelse og varighet. En slik situasjon vil oppstå knyttet til gjennomføring av tiltak i bygg 3 og 7 og 8 på Ullevål. Samtidig ifm gjennomføring av tiltak på Ullevål medfører behov for rokkeringsareal som kan huse to sengeposter samtidig. Det antas rokkeringsperioder på 4-6 mnd., dvs at det tar 4-6 mnd å utføre nødvendige tiltak på en sengepost.

Enkelte bygg i OUS har en så dårlig tilstand at man ikke kan planlegge å drive medisinsk virksomhet i disse 10 år fremover. Bygg 26 og 27 på Aker er i en slik forfatning. (Ref kap. 2.7). Det finnes i dag ikke egnede lokaler som denne virksomheten (rehabilitering) kan flytte inn i. For virksomheten i disse

byggene som i dag driver i store og uhensiktsmessig arealer, er det lagt inn kostnad, til ombygging av areal evt elementbygg, som dekker 50 % av det areal denne virksomheten har i dag unntatt treningslokaler.

5.3.2. Funksjonsprogram og driftsmodell (HFP/DFP)

Ingen endring i funksjon eller driftsmodell i byggene som oppgraderes legges til grunn.

5.3.3. Utstysbehov

Utstyr er i utgangspunktet ikke inkludert i denne utredningen. Senger og løst medisinteknisk utstyr er tenkt medflyttet ved rokkering.

5.3.4. Overordnede tekniske krav

Teknisk oppgradering vil gjøres forskriftsmessig og følger myndighetspålagte krav (TEK 10) når tiltakene gjennomføres.

5.3.5. Planlagt gjennomføring

Oppgaven med å gjennomføre myndighetspålegg har til nå hovedsakelig omfattet mindre krevende tiltak. Erfaringen fra det siste året, der også noen større tiltak er utført eller er under gjennomføring, er at det er utfordrende og ikke minst tidskrevende å planlegge og arbeide i en gammel bygningsmasse med noe uforutsigbare tekniske/bygningsmessige utfordringer. Det vil derfor kreve tid å gjennomføre utbedringer knyttet til alle tiltakene og det ansees som nødvendig å planlegge med en gjennomføringstid på rundt 7 år.

En jevn fordeling av investeringsmidler vil ikke være hensiktsmessig. Mest nytte gjør de investeringer som kommer tidlig i denne perioden og med avtagende hensikt fram mot tiden der nye bygninger står ferdig. Det blir derfor av betydning å få gjort hovedtyngden av investeringene så tidlig som mulig. Det vil videre være begrenset hvor stort omfang av prosjekter som kan gjennomføres parallelt det de aller fleste bygg som berøres har pågående klinisk virksomhet. Omfanget av tiltak kan økes ved å spre aktiviteten på flere bygg/områder i OUS.

En plan for gjennomføring fordeles på tre perioder (pakker) av 3-4 år, tilrettelagt slik at de fleste og viktigste tiltakene og dermed kostnader, legges i første og mindre i den andre og siste perioden. (se fig. 12 og 14 nedenfor)

Prioritering av tiltak i pakker

Arbeidsgruppen har vurdert alle bygg i OUS med utgangspunkt i myndighetspålegg og gjort en prioritering av de viktigste tiltakene for å kunne gruppere og fordele disse over tid («pakker»).

Tiltak i den første pakken vil være de viktigste og haster. Disse tiltakene vil være uavhengig av senere beslutninger omkring Idefase-OUS og nye bygg. Tiltak i denne pakken er omfattende og gjennomføring krevende for organisasjonen. Det er ikke trolig at vil være kapasitet for ytterligere oppgaver før mot slutten av den perioden pakke 1 varer.

Ved tidspunkt for andre pakke vil man forvente at en beslutning om videre arbeid i forhold til Idefase-OUS vil foreligge. Man kan da også forvente å ha en bedre forståelse av hvilke Idefase-

alternativ som videreføres til konseptfase, og dermed hvor et evt. sykehus skal bygges eller om 0-alternativet legges til grunn. Dette vil påvirke hva som bør knyttes til andre pakke Tiltak som vil bli tydeligere og ha et bedre beslutningsgrunnlag mhp. byggets levetid når disse avgjørelser foreligger, legges derfor i denne pakken

I tredje pakke forventes det at man vet om det blir et nytt sykehus, hvor det blir lagt og hva som inngår i de ulike byggetrinn. Noen av tiltakene som er lagt inn her vil derfor evt. kunne utgå da de kan løses ved nybygg eller inngå i et mye mer omfattende prosjekt om f.eks. 0-alternativet skulle velges. Tiltak som legges inn her har ut over lavest kritikalitet, også blitt vurdert til å ha størst nytte om de vurderes opp mot en tydeligere bygningsmessig plan enn det vi i dag er i stand til å se.

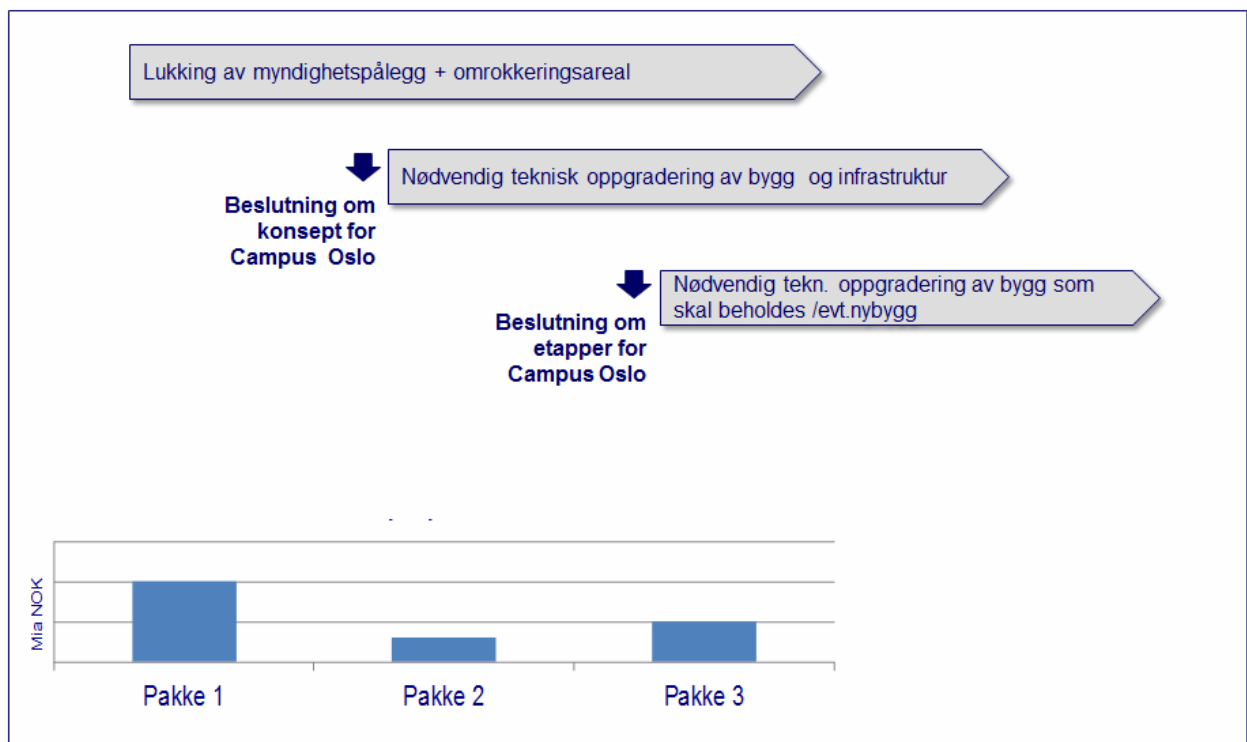


Fig. 12: Tiltakspakker og beslutningspunkter som vil kunne påvirke innretning og omfang av tiltak som gjøres i bygg

Fordelingen av tiltak i pakker er, ref. ovenstående, foretatt med hensyn til at det vil være beslutninger som fattes de neste årene som påvirker innretning og omfang av tiltak som gjøres i de aktuelle byggene. Det vil si hvor mye det er hensiktsmessig å gjøre av teknisk oppgradering samtidig som man lukker avvikene. Hvor lenge OUS skal ha virksomhet i bygget vil her være en vesentlig faktor. Situasjonen er imidlertid ikke slik at man kan avvende disse beslutningene før arbeidet med lukking av myndighetspålegg intensiveres.

Figuren ovenfor (fig. 12) illustrerer hvordan beslutninger relatert til Campus Oslo – vil kunne påvirke pakke 2 og 3. Det samme vil være gjeldende for beslutninger om beslutning om gjennomføring av andre større arealtiltak i OUS, og/eller oppgavefordeling og eventuell kapasitetsøkning hos de private ideelle sykehusene i Oslo området. Innhold og omfang i pakke 1 vurderes å være uavhengig av disse beslutningene.

Det kan oppstå situasjoner som man i dag ikke kan forutse, men som gjør det nødvendig å omprioritere mellom tiltak i pakkene.

Konkretisering av innhold pr. pakke

I første pakke prioriteres de bygninger som har det største omfang av de mest prekære myndighetspålagte tiltak. De samme bygninger har også andre bygningsmessige utfordringer og de huser omfattende og "tung" medisinsk aktivitet. Dette er bl.a bygg 3, 6, 7 og 8 på Ullevål, bygg AB og C på Radiumhospitalet og bygg 4 på Aker. Prioritering av type areal/bygg er som vist grafisk til høyre (fig.13), der arealer med størst betydning for pasientbehandling og mange ansattes arbeidssituasjon prioriteres.



Fig. 13: Kostnadsfordeling i pakke 1

For å ha effekt av tiltakene som gjennomføres i disse byggene forutsettes også økt kapasitet og utbedringer av infrastruktur. Det er også her det er behov for rokkeringsareal (ref kap 5.3.1.) Kostnader til infrastruktur og rokkeringsareal legges derfor inn i første pakke. Det må forventes at det vil medgå ca fire år til planlegging og gjennomføring av disse tiltakene (se fig. 14 og 15)

I andre pakke legges de viktigste gjenværende myndighetspålagte tiltak som i stort fordeles seg på de fleste områder av OUS, flest på resterende del av Ullevål, Radiumhospitalet og SSE. Her inngår også midlertidig bygg som erstatning for bygg 26 og 27 på Aker (ref. kap 2.7.).

I tredje pakke er usikkerheten størst. Her legges de av tiltakene som bedømmes å kunne vente (eksempelvis ventilasjon i kontorarealer; 3 HMS avvik) og som investeringsmessig vil ha en vesentlig større trygghet om man vet om det skal bygges, hvor det skal bygges og hvilke bygg som evt. skal være med videre. Her inngår bl.a kostnader til oppgradering av infrastruktur på Rikshospitalet og Aker som er nødvendig for å oppnå forskriftsmessig ventilasjon og kjøling i arealene.

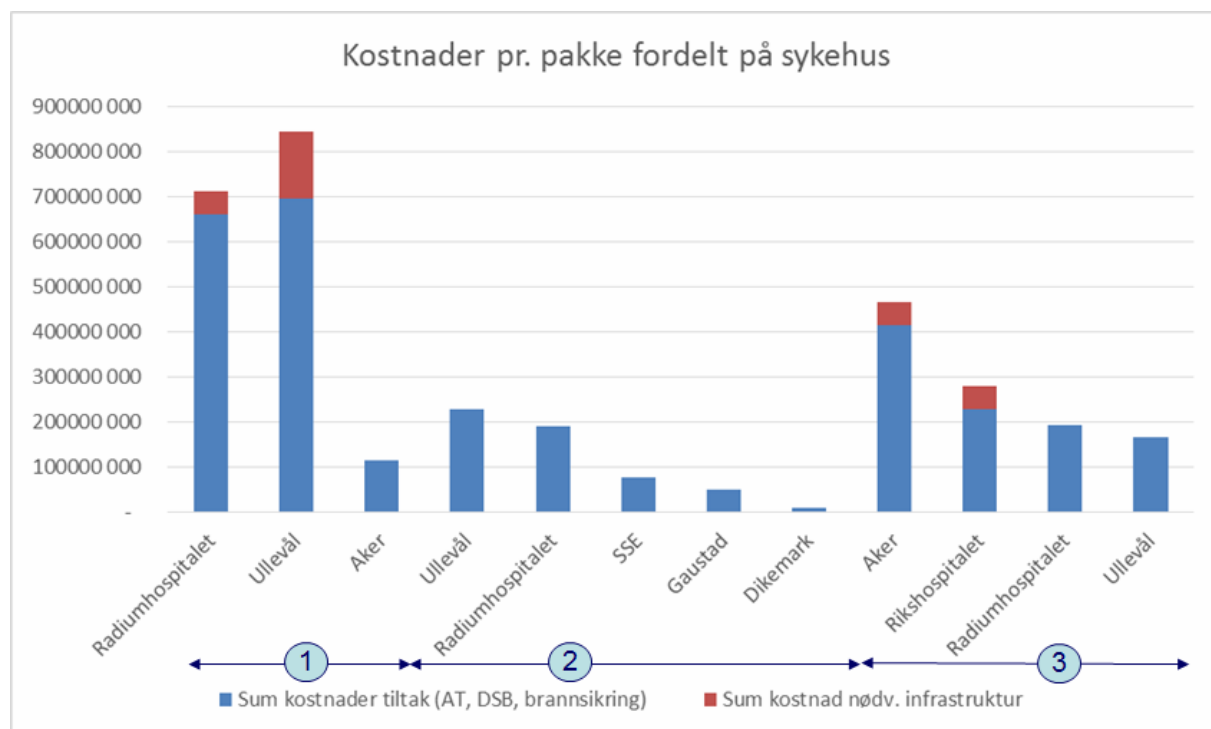


Fig. 14: Omfang pr. lokalitet i de ulike pakkene (Pilene med tall på representerer pakkene)

Gjennomføring av pakkene vil kunne overlappes i tid i det man ikke vil være ferdig med gjennomføring av pakke 1 før pakke 2 kommer o.s.v. En slik overlapp vil gjennom forutsigbarhet og planlegging kunne legges til rette for å gjennomføre oppgavene på en strukturert måte med effektiv utnyttelse av kapasitet og kompetanse hos rådgivere og entreprenører. Planlegging og strukturert gjennomføring gjør det også mulig å sikre nødvendig hensyn til ansatte og pasienter.

5.3.6. Prosjektkostnad og gjennomføringsevne

En tenkt fordeling av pakker og kostnader i tiden f.o.m. 2016 og t.o.m. 2022 fremgår av fig 15. Planlegging og gjennomføring av tiltakene i den første pakken vil pågå fra starten av 2016 og tiltak og kostnader fordeles over 4 år. Den andre pakken planlegges tentativt fra 2018 og fordeles over 3 år og den tredje tentativt fra 2020 fordelt over 3 år. Tidspunkt for oppstart av og innhold i pakke 2 og 3 vil være gjenstand for fornyet vurdering etter som arbeidet med idéfase og oppgavedeling i HSØ tar form.

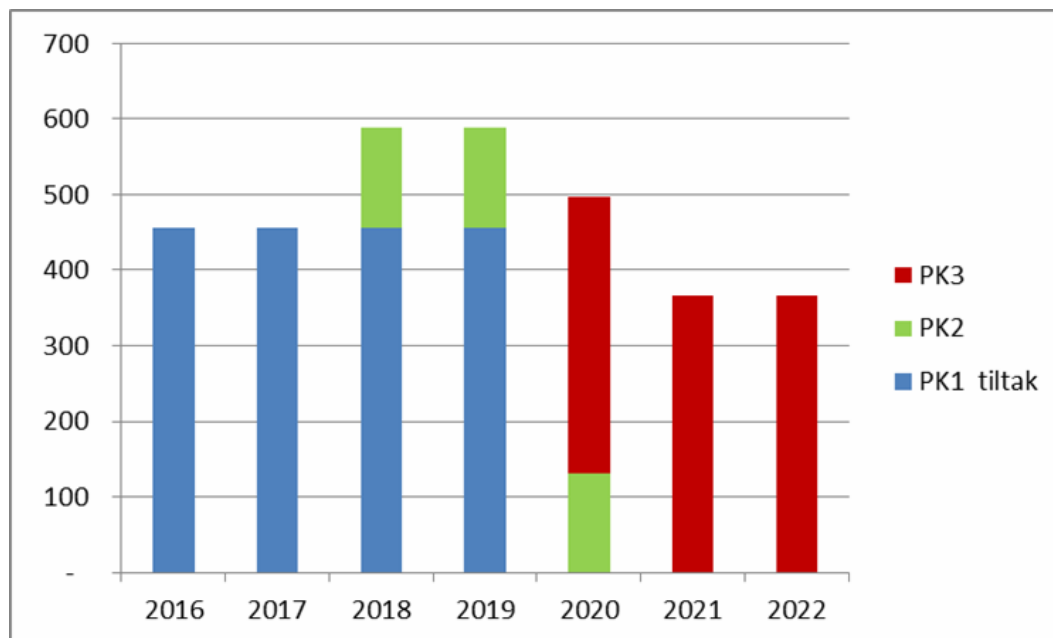


Fig. 15: MNOK pr. år og pakke.

OUS har de siste årene gjennomført prosjekter knyttet til vedlikeholdsinvesteringer, omstillingsprosjekter og prosjekter knyttet til øremerkede midler i størrelsesorden som vist i tabellen nedenfor pr. år. Omstillingsprosjektene som har hatt en total investeringssum på 1,5 Mrd NOK forventes i hovedsak å være avsluttet i løpet av 2015 - 16.

Tabell 7 – Regnskapstall prosjektinvesteringer

| | Regnskapstall | | | |
|---------------|---------------|------|------|----------------------------|
| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
| Øremerket | 18 | 15 | 8 | Hittil i år, pr. sept 2014 |
| Omstilling | 117 | 307 | 327 | 143 |
| "Vedlikehold" | 55 | 75 | 191 | 293 |

| | | | | |
|------------|------------|------------|------------|------------|
| Sum | 190 | 397 | 526 | 443 |
|------------|------------|------------|------------|------------|

Som tabell 8 viser, har omfanget av prosjekt og vedlikeholdsinvesteringer vokst i OUS i perioden fra 2011 – 2013. Det forventes også vekst i 2014. Ut fra erfaring fra siste år bedømmes det derfor at OUS har kapasitet til å kunne gjennomføre tiltak knyttet til lukking av myndighetsavvik for 400-450 MNOK/år de første par år (forutsatt at den kapasitet man nå har kan opprettholdes evt. øke noe). Dette i tillegg til øvrige bygg og arealrelaterte prosjekter.

Midlertidige rokkeringsbygg forutsettes leid fra 2016. Arbeid med leie og plassering av et slikt bygg regnes ikke som ressurskrevende.

Tabell 8 – Investeringsbehov pr. pakke, sykehus og type kostnad

| | Pakke 1 | Pakke 2 | Pakke 3 | Totalsum |
|--|----------------------|--------------------|----------------------|----------------------|
| Ullevål | | | | |
| Sum kostnader tiltak (AT, DSB, brannsikring) | 700 000 000 | 230 000 000 | 170 000 000 | 1 090 000 000 |
| Sum kostnad nødv. infrastruktur | 150 000 000 | - | - | 150 000 000 |
| Radiumhospitalet | - | - | - | - |
| Sum kostnader tiltak (AT, DSB, brannsikring) | 670 000 000 | 190 000 000 | 200 000 000 | 1 050 000 000 |
| Sum kostnad nødv. infrastruktur | 50 000 000 | - | - | 50 000 000 |
| Aker | - | - | - | - |
| Sum kostnader tiltak (AT, DSB, brannsikring) | 120 000 000 | - | 420 000 000 | 530 000 000 |
| Sum kostnad nødv. infrastruktur | - | - | 50 000 000 | 50 000 000 |
| Rikshospitalet | - | - | - | - |
| Sum kostnader tiltak (AT, DSB, brannsikring) | - | - | 230 000 000 | 230 000 000 |
| Sum kostnad nødv. infrastruktur | - | - | 50 000 000 | 50 000 000 |
| SSE | - | - | - | - |
| Sum kostnader tiltak (AT, DSB, brannsikring) | - | 80 000 000 | - | 80 000 000 |
| Sum kostnad nødv. infrastruktur | - | - | - | - |
| Gaustad | - | - | - | - |
| Sum kostnader tiltak (AT, DSB, brannsikring) | - | 50 000 000 | - | 50 000 000 |
| Sum kostnad nødv. infrastruktur | - | - | - | - |
| Dikemark | - | - | - | - |
| Sum kostnader tiltak (AT, DSB, brannsikring) | - | 10 000 000 | - | 10 000 000 |
| Sum kostnad nødv. infrastruktur | - | - | - | - |
| Totalt Sum kostnader tiltak (AT, DSB, brannsikring) | 1 470 000 000 | 560 000 000 | 1 000 000 000 | 3 030 000 000 |
| Totalt Sum kostnad nødv. infrastruktur | 200 000 000 | - | 100 000 000 | 300 000 000 |
| Sum totalt | 1 670 000 000 | 560 000 000 | 1 100 000 000 | 3 330 000 000 |

5.3.7. Forventet resultat

Først og fremst vil skisserte investeringer lukke avvik pålagt av myndighetstilsyn. Tiltakene som planlegges gjennomført vil teknisk oppgradere enkeltkomponenter i bygg, samt infrastruktur mellom byggene.

Byggenes tilstandsgrad er beregnet ut i fra 18 komponenter, hvorav ca 50%² er knyttet til bygget i seg selv (struktur, fasade, tak, vinduer etc). For de fleste bygg kan lukking av tilsynspålegg som i hovedsak utbedrer enkeltkomponenter ikke forventes å gi noen drastiske endring i tilstandsgrad (farge-kategori). Bygg som ligger i grenseland mellom to kategorier, eller bygg der det gjøres større investeringer vil kunne forbedres til en tilstandsgrad på et høyere nivå.

² 40 – 60%, avhengig av den virksomhetsmessige funksjonen som er i bygget. Eks. i bygg med operasjonsstuer er tekniske komponenter mer vektlagt enn i bygg med sengeposter eller kontor.

For byggene i beskrevet Pakke 1, med flest avvik og høyest kostnad knyttet til lukking av disse forventes tilstandsgraden påvirket som vist i tabellen nedenfor.

Tabell 9 – Forventet endring i tilstandsgrad for bygg med størst omfang av tiltak og investering

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

Man forventer å se en bedring i teknisk tilstandsgrad på de byggene man gjør størst investeringer i. Det er samtidig verdt å bemerke at en endring fra rød/oransje til oransje ikke gjør at bygget kommer ut av kategorien dårlig.

5.4. Mulighet for oppgradering kombinert med permanent nybygg

Oppgradering av gammel bygningsmasse som kanskje skal avhendes, og anskaffelse av midlertidige bygg for rokkering er investeringer uten langsiktig verdi. Lukking av tilsynsavvik er imidlertid nødvendig for å kunne drive virksomhet i byggene.

Arbeidsgruppen vil i denne forbindelse peke på muligheten for å investere i permanente nybygg som et alternativ til gjennomføring av store deler av pakke 2 og hovedandelen av 3. Om muligheten foreligger vil dette være en mer optimal bruk av investeringsmidler som bidrar til å flytte virksomhet ut av uheldige bygg vi ellers måtte investere i med kortsiktig nytte. Pakke 2 og 3 utgjør til sammen ca 1,6 Mrd hvilket tilsvarer investering i 20-25.000 m² nybygg³.

Planlegging av et nybygg og vurdering av hvilke konkrete konsekvenser dette ville kunne ha for tiltak og investeringer i pakke 2 og 3 ligger utenfor mandatet for dette arbeidet, men det er likevel ønskelig å peke på muligheten.

Tiltakene i pakke 1 er nødvendige uansett, basert på omfang og alvorlighetsgrad av avvikene i byggene som prioriteres i denne pakken, samt tilsynenes frister og sykehusets behov for å ivareta forsvarlige forhold for ansatte og pasienter i byggene.

³ Basert på nybyggpris på ca 65.000,- pr m². Tilsvarende nybyggpris er benyttet i Idéfaserapport OUS – Campus Oslo

6. Økonomi

6.1.1. Påvirkning av driftsøkonomi

OUS driver i dag sin virksomhet i til dels gammel og uhensiktsmessig bygningsmasse spredt over mange lokaliteter. Investeringer knyttet til lukking av myndighetspålegg vil ikke bedre effektivitet eller kapasitet. Utfordringene knyttet til å drive klinisk virksomhet i disse byggene kan derfor ikke forventes å bli bedre, men heller øke i tiden fremover. Gjennomføring av omfattende bygningsmessige tiltak som må forventes i store deler av de bygg som berøres vil være utfordrende for driften og må forventes å ha negativ innvirkning på driftsøkonomi.

Rokkeringsbygg og/eller nybygg vil avhjelpe i perioden tiltakene for lukking av avvik gjennomføres, idet hele poster da kan flyttes ut og driftes hensiktsmessig. Alternativet med en gradvis fremdrift med å bygge tiltak i enkelte rom utfordrer både effektiv sykehusdrift, pasientbehandling og arbeidsmiljø (ref. kap. 5.2). Etablering av rokkeringsbygg tidlig i perioden, dvs. tidlig i pakke 1, vurderes å være hensiktsmessig for drift av klinisk virksomhet. God planlegging av flytteprosesser og driften i rokkeringsarealene er en forutsetning.

Ved leie av rokkeringsareal i form av modulbygg vil driftskostnadene påvirkes tilsvarende leiekostnadene. Økt ventilasjon, kjøling etc. vil påvirke driftskostnader knyttet til energi, drift og vedlikehold av bygningsmassen.

6.1.2. Usikkerhetsvurdering

Metodikken og måten kostnadene blir anslått på fører ofte til spørsmål om usikkerheter til presenterte tallstørrelser. Det er stor sannsynlighet for at eventuelle over-/undervurderinger vil ha motvirkende effekt i stor grad å eliminere hverandre ("store talls lov"), noe som innebærer at usikkerheten er større jo mindre arealmengde som er vurdert (og presentert i tabellene). Figur 16 viser resultater av en simulering som viser at usikkerheten reduseres og flates ut desto flere prosjekter/tiltak som gjennomføres. Basert på bygningsmassens størrelse er det anslått en treffsikkerhetsmargin på +/- 15 % for kostnadene beregnet.

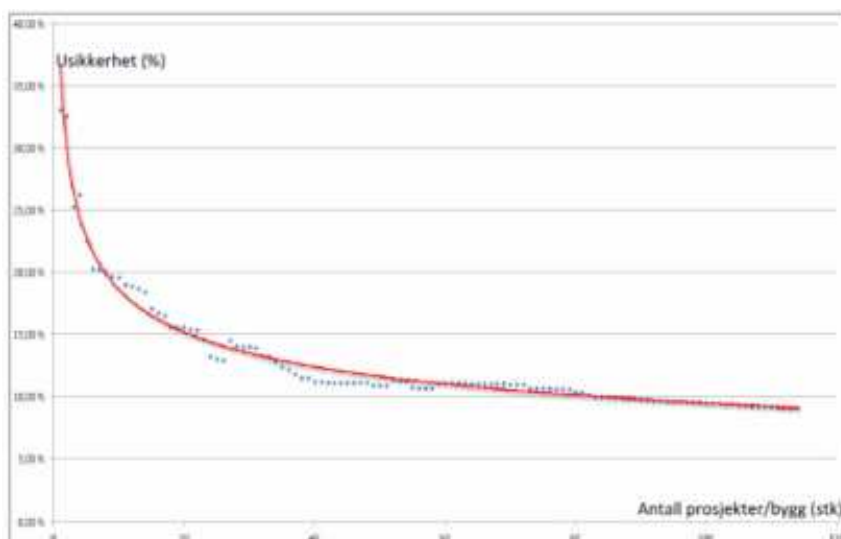


Fig. 16: Eksempel på sammenheng mellom usikkerhet i anslagene (y-aksen) og antall prosjekter/bygg (xaksen)

Det er også usikkerhet knyttet til omfang av tilsynspålegg idet det vil kunne oppstå nye pålegg underveis i gjennomføringsperioden for pakke 1 – 3. Eventuelle nye pålegg er ikke inkludert i summene for pakke 1, 2 og 3.

6.1.3. Økonomisk bæreevne

Slik det er beskrevet i foregående kapitler er dette investeringsprosjektet utløst for å sikre at Oslo universitetssykehus HF kan oppgradere den tekniske og bygningsmessige standard der dette har medført myndighetspålegg. Det bærende for disse investeringene er derfor å sikre forsvarlig drift av Oslo universitetssykehus HF. Økonomisk bæreevne for investeringsprosjektet er derfor ikke beregnet. Det som her vurderes er om Oslo universitetssykehus HF har økonomisk bæreevne for gjennomføring av disse investeringene.

Driftmessige konsekvenser av investeringene er omtalt under 6.1.1. Det er en risiko for økte kostnader knyttet til drift av bygningsmassen. Det er ikke forventet positive driftsøkonomiske effekter for klinisk drift. Det vil med sannsynlighet oppstå midlertidig økte kostnader, og/eller lavere aktivitet for avdelinger som berøres av tiltak. Det er ikke gjennomført beregninger av dette.

Investeringer, kapitalkostnader og avskrivninger

Investeringskostnadene er beskrevet i kapittel 5.3.6. Forventet levetid for investeringene kan beregnes ut fra teknisk levetid eller hvor lenge de bygg det investeres i vil anvendes til sykehusdrift. Det er sannsynlig at de bygg det her investeres i vil bli erstattet. Levetid for investeringene er per i dag ukjent, i disse beregningene er det benyttet 10 år.

I tabellen under fremgår investeringer per pakke per år hvor tentativ fremdriftsplan for pakke 2 og 3 er lagt til grunn. Videre vises en beregnet avskrivning som samsvarer med en mulig plan for tilbakebetaling av lån. Avskrivninger og tilbakebetaling av lån er her forutsatt å starte året etter gjennomført investering.

Tabell 10 – Investeringer pr pakke pr år og beregnet avskrivning

| År | Investeringer | | | Avskrivninger - nedbetaling lån | | | Sum avskr per år |
|------------|----------------------|--------------------|----------------------|---------------------------------|--------------------|----------------------|----------------------|
| | Pakke 1 | Pakke 2 | Pakke 3 | Pakke 1 | Pakke 2 | Pakke 3 | |
| 2016 | 417 500 000 | | | | | | |
| 2017 | 417 500 000 | | | 41 750 000 | - | - | 41 750 000 |
| 2018 | 417 500 000 | 186 666 667 | | 83 500 000 | - | - | 83 500 000 |
| 2019 | 417 500 000 | 186 666 667 | | 125 250 000 | 18 666 667 | - | 143 916 667 |
| 2020 | | 186 666 667 | 366 666 667 | 167 000 000 | 37 333 333 | - | 204 333 333 |
| 2021 | | | 366 666 667 | 167 000 000 | 56 000 000 | - | 223 000 000 |
| 2022 | | | 366 666 667 | 167 000 000 | 56 000 000 | 36 666 667 | 259 666 667 |
| 2023 | | | | 167 000 000 | 56 000 000 | 73 333 333 | 296 333 333 |
| 2024 | | | | 167 000 000 | 56 000 000 | 110 000 000 | 333 000 000 |
| 2025 | | | | 167 000 000 | 56 000 000 | 110 000 000 | 333 000 000 |
| 2026 | | | | 167 000 000 | 56 000 000 | 110 000 000 | 333 000 000 |
| 2028 | | | | 125 250 000 | 56 000 000 | 110 000 000 | 291 250 000 |
| 2029 | | | | 83 500 000 | 56 000 000 | 110 000 000 | 249 500 000 |
| 2031 | | | | 41 750 000 | 37 333 333 | 110 000 000 | 189 083 333 |
| 2032 | | | | | 18 666 667 | 110 000 000 | 128 666 667 |
| 2033 | | | | | | 110 000 000 | 110 000 000 |
| 2034 | | | | | | 73 333 333 | 73 333 333 |
| 2035 | | | | | | 36 666 667 | 36 666 667 |
| SUM | 1 670 000 000 | 560 000 000 | 1 100 000 000 | 1 670 000 000 | 560 000 000 | 1 100 000 000 | 3 330 000 000 |

Basert på disse forutsetningene vil investeringsprosjektene i pakke 1, 2 og 3 belaste Oslo universitetssykehus HF hardest i årene 2024-2026 med årlige avskrivninger og tilbakebetaling av lån for om lag 350 mill kroner.

Styret i Oslo universitetssykehus HF har i behandling av økonomisk langtidsplan vurdert behovet for driftseffektivisering og det planlegges med en forbedring av resultatene på 150 mill kroner hvert år fra og med 2015 til og med 2018. I 2018 er det planlagt at OUS skal levere et økonomisk resultat på 600 mill kroner i overskudd. Med en slik utvikling har OUS økonomisk bæreevne til å finansiere investeringsprosjektene i pakke 1, 2 og 3.

7. Oppsummering

På bakgrunn av foreliggende rapport anbefaler arbeidsgruppen at investeringer knyttet til myndighetspålagte tiltak fordeles i tre pakker over 7 år med følgende prioritering og overordnet gjennomføringsplan:

- ❖ Første investeringspakke fordeles over 4 år. Tiltakene inkludert i denne pakken utbedrer de viktigste avvikene knyttet til de største kliniske byggene på Ullevål, Radiumhospitalet og Aker. Omfang eller innretning av tiltakene inkludert her vil ikke være påvirket av fremtidig sykehusstruktur og lokalisering.
- ❖ Investeringspakke 2 og 3 legges tidsmessig slik at beslutninger knyttet til nytt sykehusbygg og/eller omfordeling av oppgaver i HSØ som kan ha betydning for valg av tiltak og gjennomføring av disse kan fanges opp. På den måten kan både innhold og tidsplan for pakke 2 og 3 evt. justeres.
- ❖ Det forutsettes at midlertidige rokkeringsbygg leies, og at arealene er på plass ved gjennomføring av pakke 1.
- ❖ Investeringsbehovet i første pakker er NOK 1,7 mrd. Forutsatt egen finansiering på 30 % er lånebehovet 1,2 Mrd.

- ❖ Investeringsbehovet og lånebehov for første pakke synliggjøres i egen lånesøknad.
- ❖ Det kan oppstå situasjoner som man i dag ikke kan forutse, men som gjør det nødvendig å omprioritere mellom tiltak i pakkene.

OPAK og Metier AS

«Eksternt kvalitetssikring av
modifisert konseptrapport om
ekstraordinær avvikssituasjon i OUS
sin bygningsmasse – midler til å lukke
myndighetspålagte avvik».

Ekstern kvalitetssikring



Oslo universitetssykehus HF
Postboks 4950 Nydalen
0424 Oslo

Att: Øystein Dolva

Dato: 29.10.2014

Kontaktperson/oppdragsansvarlig: Asbjørn Hansen (OPAK)

Kvalitetssikret av: Asbjørn Hansen (OPAK) og Steffen Sutorius (Metier)

Anbefalinger

OPAK/Metier har på oppdrag fra Oslo universitetssykehus kvalitetssikret «modifisert konseptrapport om ekstraordinær avvikssituasjon i OUS sin bygningsmasse – midler til å lukke myndighetspålagte avvik».

OPAK/Metier støtter OUS sin innstilling om å fremme en lånesøknad for å utbedre tilsynsavvik, men med følgende anbefalinger:

- Estimatene for tilsynsavvikene bør prisjusteres til dagens prisnivå. OPAK/Metier har fått opplyst at estimatene er gjennomført i 2011, men at noen av disse senere er oppdatert. Fra januar 2011 til januar 2014 økte byggekostnadene med ca. 9 % (kilde Statistisk sentralbyrå).
- OPAK/Metier vurderer det slik at risikoen er større for å overskride estimatene enn at de blir lavere. OPAK/Metier vurderer det videre som risikofylt å legge til grunn summen av forvalternes estimater for lukking av tilsynsavvik som forventet investeringskostnad (P50). OPAK/Metier anbefaler derfor at det legges på en usikkerhet slik at forventet investeringskostnad (P50) blir høyere enn dagens estimat på 3 550 millioner kroner. Det er ikke nødvendig å gjennomføre en fullstendig usikkerhetsanalyse for å gjøre dette. Man kan også basere seg på erfaringstall fra andre relevante prosjekter.
- Det bør også oppgis en kostnadsramme (P85). Dette estimatet kan også gjennomføres på samme forenklete måte som beskrevet i forrige kulepunkt.
- OUS bør enten synliggjøre potensielle investeringsområder (som tekst) som ikke er medtatt i rapporten, eller utarbeide et estimat på disse.

I Tabell 1 under har OPAK/Metier bygget opp et eksempel på investeringsbehovet for lukking av tilsynsavvik med påslag for prisstigning og usikkerheter. Dette må leses som et eksempel, men det er tatt utgangspunkt i det vi mener er realistiske påslag. OUS må uansett gjøre sine egne vurderinger av prisjustering og påslag av usikkerheter.

| Potensielle Investeringer | Estimat i millioner kroner | Forklaring |
|---------------------------|----------------------------|---|
| Lukking av tilsynsavvik | 3550 | Dette er et estimat basert på priser fra 2011 og frem til i dag |
| Forventet usikkerhet 13 % | 4000 | Et forsiktig usikkerhetspåslag i byggeprosjekter tilsier et påslag på 10 – 15 % |
| Prisjustering 5 % | 4200 | Dette er om lag halvparten av prisjusteringen på 9 % i byggekostnaden fra 2011 – 2014. Kilde SSB. |
| Kostnadsramme (P85) | 4620 | Dette en ramme som er vanlig å oppgi i en usikkerhetsanalyse, og viser et estimat som holder i 85 % av tilfellene gitt at basiskalkylen er korrekt. I eksempelet er det lagt på en ytterligere usikkerhet på 10 % på forventningsverdien for å estimere kostnadsrammen. Dette er et relativt konservativt påslag. |

| Potensielle Investeringer | Estimat i millioner kroner | Forklaring |
|---|----------------------------|---|
| Potensielle nye tilsynsavvik | | Muligheten for nye tilsynsavvik er ikke tatt med i rapporten. |
| Vedlikeholdsetterslep utover tilsynsavvik | | Det er ikke beregnet et behov for ekstraordinært vedlikehold utover dagens tilsynsavvik |
| Behov for økt kapasitet | | Det er ikke medtatt kostnader som viser behov for økt kapasitet i planperioden, selv om det er overveiende sannsynlig at et slikt behov vil oppstå. Det er forventet en befolkningsvekst på 16 % frem til 2020 i regionen, og en befolkningsvekst på 30 % frem til 2030 i regionen. |

Tabell 1: Potensielle investeringer og usikkerheter

Tabell 1 viser at forventede investeringskostnader (P50) øker til 4 200 millioner kroner når det er tatt hensyn til prisjustering (forutsatt halv prisjustering ettersom noen tall er oppdatert) av tilsynsavvikene, og lagt til en usikkerhet på 13 %. I tillegg øker kostnadsrammen (P85) til 4 620 millioner kroner med ett ytterligere påslag på 10 % på forventningsverdien. Det er også oppgitt en rekke områder hvor det er trolig at det vil ligge et investeringsbehov på kort sikt, men som ikke inngår i den modifiserte konseptrapporten.

Innhold

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | Innledning..... | 5 |
| 2 | Metode | 6 |
| 3 | Bakgrunn for saken | 7 |
| 3.1 | Behov | 8 |
| 3.2 | Eventuelle behov som ikke fremkommer av rapporten..... | 9 |
| 3.2.1 | Mulige nye tilsynsavvik..... | 9 |
| 3.2.2 | Vedlikeholdsetterslep utover tilsynsavvik..... | 9 |
| 3.2.3 | Forventet økt kapasitetsbehov | 9 |
| 3.3 | Investeringenes påvirkning på et eventuelt fremtidig nytt Oslo universitetssykehus | 9 |
| 3.3.1 | Idefaserapport OUS – Campus OSLO..... | 9 |
| 3.4 | Demografisk framskriving..... | 11 |
| 3.5 | Alternativer | 11 |
| 3.6 | Investeringene og eventuelle avhengigheter | 12 |
| 3.7 | Optimalisering av investeringene | 12 |
| 3.8 | Usikkerhet i estimatene | 13 |
| 3.9 | Finansiell bæreevne | 15 |
| 3.10 | Anbefalinger | 15 |

1 Innledning

OPAK/Metier har på oppdrag fra Oslo universitetssykehus kvalitetssikret «modifisert konseptrapport om ekstraordinær avvikssituasjon i OUS sin bygningsmasse – midler til å lukke myndighetspålagte avvik».

Oppdraget er tildelt av Oslo universitetssykehus, og basert på OPAKs rammeavtale med Helse Sør-Øst.

OPAK/Metier har tidligere gjennomført følgende oppdrag for Oslo universitetssykehus:

Idefase OUS - Kvalitetssikring av styringsdokumentasjon og prosjektorganisering ble ferdigstilt og overlevert prosjektledelsen 18.11.2013.

Idefase OUS - Kvalitetssikring av prosesser og metodikk ble ferdigstilt og overlevert prosjektledelsen 13.2.2014

Idefase OUS – Kvalitetssikring av idefaserapport ble ferdigstilt og levert 9.9.2014.

Dette oppdraget omfatter kvalitetssikring av «modifisert konseptrapport om ekstraordinær avvikssituasjon i OUS sin bygningsmasse – midler til å lukke myndighetspålagte avvik». Dette er en forenklet kvalitetssikring ettersom den modifiserte konseptrapporten kun etterspør lånetilsagn for å lukke tilsynsavvik, og derfor ikke inneholder like mange vurderinger som en konseptrapport vanligvis gjør.

OPAK/Metier har spesielt lagt vekt på følgende vurderinger:

- Er behovet godtgjort?
- Er estimatene realistiske?
- Er de foreslåtte investeringene optimalisert i forhold til andre mulige kommende investeringer?
- Ivaretar lånesøknaden alle kortsiktige behov til OUS?
- Har OUS finansiell bæreevne til investeringene?

Den modifiserte konseptrapporten ble oversendt OPAK/Metier fredag 17.10.2014. Den 27.10.2014 oversendte OPAK/Metier kvalitetssikringsrapport for gjennomlesing av OUS. Etter mottatte innspill fra OUS, ble endelig kvalitetssikringsrapport oversendt OUS onsdag 29.10.2014.

2 Metode

Kvalitetssikring av «modifisert konseptrapport om ekstraordinær avvikssituasjon i OUS sin bygningsmasse – midler til å lukke myndighetspålagte avvik». Bygger på følgende:

- *Oversendt modifisert konseptrapport*
- *Tidligere kvalitetssikring av idefaserapport av 19.6.2014*
- *Møter med prosjektledelsen*
- *Telefonmøte med Geir Teigstad, direktør Oslo sykehuservice, OUS*
- *Løpende avklaringssamtaler*

3 Bakgrunn for saken

Helse- og omsorgsdepartementet har åpnet for å søke om investeringslån til vedlikeholds- og oppgraderingsprosjekter. Dette ble behandlet i Prop. 1S (2013 -2014), og Helse- og omsorgsdepartementet har i brev til Helse Sør-Øst RHF presisert følgende:

”Departementets låneordning gjelder ikke bare nybyggprosjekter. Departementet vurderer lånesøknad til byggeprosjekter med bakgrunn i fremlagt konseptrapport, inkl. ekstern kvalitetssikring. Dette gjelder om prosjektet er oppgradering eller vedlikehold av eksisterende bygningsmasse eller nybyggprosjekter.”

Oslo universitetssykehus har for tiden om lag 350 myndighetspålagte tilsynsavvik. Disse tilsynsavvikene kommer fra Brann – og redningsetaten (BRE), Arbeidstilsynet (AT) og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB).

De estimerte kostnadene knyttet til utbedring av tilsynsavvikene utgjør 3 040 millioner kroner. I tillegg følger det kostnader til midlertidige lokaler (rokeringslokaler) på 210 millioner kroner og infrastrukturkostnader på 300 millioner kroner. Kostnader til midlertidige lokaler og infrastrukturkostnader er nødvendig følgekostnader knyttet til utbedring av tilsynsavvikene. Totalt utgjør derfor kostnadene knyttet til lukking av tilsynsavvik 3 550 millioner kroner. Ut fra den modifiserte konseptrapporten er det beløpet på 3 550 millioner kroner som vil danne grunnlaget for lånesøknaden fra OUS.

3.1 Behov

Tilsynsavvikene er godt dokumentert i den modifiserte konseptrapporten. Tabell 2 under viser tilsynsavvikene fordelt på de ulike lokalitetene i OUS:

| Lokalitet | Arbeidstilsynet | | Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap | | Brann – og redningsetaten | | Totalt |
|-----------------|-----------------|--------------------|---|--------------------|---------------------------|--------------------|---------------|
| | Antall pålegg | Antall gjennomført | Antall pålegg | Antall gjennomført | Antall pålegg | Antall gjennomført | |
| | HMS/A T | | DSB | | Brann | | Totale pålegg |
| Aker | 30 | 8 | 7 | 4 | 10 | | 35 |
| Dikemark | 1 | 1 | 3 | 1 | | | 2 |
| Gaustad | 12 | 2 | 1 | | | | 11 |
| RAD | 95 | 43 | 24 | 10 | 51 | | 117 |
| RH | 53 | 26 | 40 | 5 | 3 | | 65 |
| SSE | 24 | 1 | 4 | | | | 27 |
| Ullevål | 90 | 46 | 48 | 8 | 24 | 13 | 95 |
| Totalsum | 305 | 127 | 127 | 28 | 88 | 13 | 352 |

Tabell 2: Myndighetspålagte tilsynsavvik fordelt på OUS

Totalt har OUS hatt 520 tilsynsavvik. Av disse er 168 tilsynsavvik utbedret slik at det gjenstår 352 tilsynsavvik. De utbedrede tilsynsavvikene er gjennomført i følgende år med oppgitte kostnader:

- 2013: 60 millioner kroner
- 2013: 135 millioner kroner
- 2014: 264 millioner kroner (prognose)

I tillegg til tilsynsavvikene beskriver den modifiserte konseptrapporten driftssituasjonen til samtlige lokaliteter, og tilstanden på bygg og infrastruktur til samtlige lokaliteter.

Selv om det er utfordringer i forhold til den generelle driftssituasjonen og tilstanden på bygg og infrastruktur er det ikke oppgitt et investeringsbehov for disse områdene utover tilsynsavvikene. I forhold til driftssituasjonen anses ikke dette som naturlig for dette formål, men den dårlige generelle tilstanden på flere av byggene medfører at det er en betydelig risiko for at det senere vil oppstå et ukjent investeringsbehov som ikke fremkommer av den modifiserte konseptrapporten.

3.2 Eventuelle behov som ikke fremkommer av rapporten

3.2.1 Mulige nye tilsynsavvik

OUS sin bygningsmasse er gammel, og mange av byggene i idefaserapporten er vurdert til å være i dårlig tilstand eller i svært dårlig tilstand. OPAK/Metier har ikke vurdert risikoen for at det tilkommer nye tilsynsavvik kommende år, men anser dette som et sannsynlig scenario basert på de bygningsmessige beskrivelsene i idefaserapporten. I den modifiserte konseptrapporten er det ikke tatt høyde for mulige nye tilsynsavvik.

3.2.2 Vedlikeholdsetterslep utover tilsynsavvik

Den modifiserte konseptrapportens vurderinger av dagens bygningsmasse, hvor mange av byggene er vurdert til å være i dårlig tilstand eller i meget dårlig tilstand, tilsier at det er et betydelig behov for utbedringer av dagens bygningsmasse. Da kan det se noe underlig ut at det kun er dagens myndighetspålagte tilsynsavvik som foreslås utbedret. Det er ingen tvil om at behovet i utgangspunktet er betydelig høyere.

På samme tid har OUS fremlagt en idefaserapport som utreder flere ulike langsiktige alternativer. I lys av dette er det forståelig at man ønsker å holde disse ekstraordinære utbedringskostnadene på et minimumsnivå.

Likevel mener OPAK/Metier at det er urealistisk at det ikke tas høyde for noe høyere utbedringskostnader enn det som kun fremkommer av myndighetspålagte tilsynsavvik. OPAK/Meter mener at OUS burde gjort en mer konkret vurdering av utbedringskostnader som kan komme i nærmeste fremtid, og som ikke følger av myndighetspålagte tilsynsavvik.

3.2.3 Forventet økt kapasitetsbehov

Det fremkommer av den modifiserte konseptrapporten at den ikke inneholder kostnader knyttet til forventet økt kapasitetsbehov. Frem til 2020 er det forventet en befolkningsvekst på 20 % i regionen, og frem til 2030 er det forventet en befolkningsbeskt i regionen på 30 %. Det synes derfor som meget sannsynlig at det vil påløpe kostnader til å dekke opp for økt kapasitetsbehov, spesielt sett i lys av at det finnes få ledige arealer i OUS i dag.

3.3 Investeringenes påvirkning på et eventuelt fremtidig nytt Oslo universitetssykehus

3.3.1 Idefaserapport OUS – Campus OSLO

Oslo universitetssykehus (OUS) utreder for tiden langsiktige løsninger for et nytt sykehus. Bakgrunnen for dette er hovedsakelig tredelt:

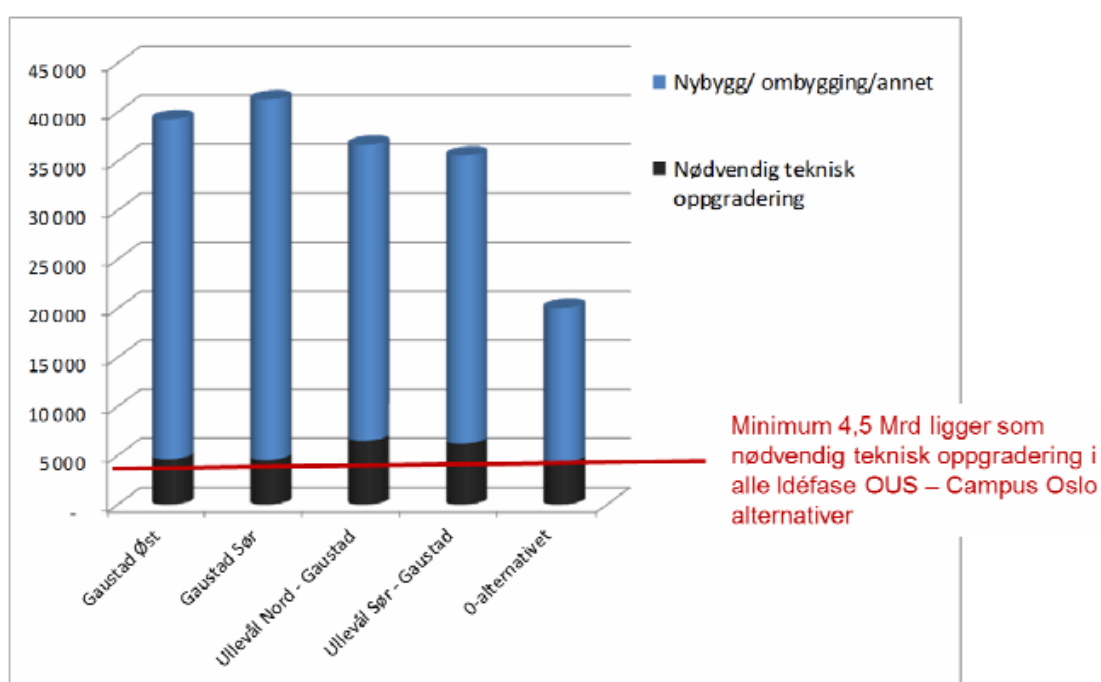
- Dagens bygningsmasse er gammel, og tilstanden på flere av bygningene er dårlige eller meget dårlige. Hvis man holder Rikshospitalet utenfor, er dagens bygningsmasse i OUS over 60 år gammel.

- Det er forventet en befolkningsvekst på ca. 30 % frem til 2030. Dette medfører behov for økt kapasitet eller betydelige effektiviseringsgevinster.
- OUS er i dag spredt på ca. 40 ulike adresser. Det synes derfor også som et behov for å samle og koordinere aktiviteter på en bedre måte.

OUS leverte en idefaserapport 19.6.2014. Denne ble kvalitetssikret av OPAK/Metier, og kvalitetssikringsrapporten ble overlevert prosjektet 9.9.2014.

I kapittel 1.2, Mandat, i den modifiserte konseptrapporten skrives følgende:

«I en konseptrapport skal i utgangspunktet alternative løsninger beskrives. I denne rapporten tar man utgangspunkt i at det allerede foreligger alternativer for utvikling av OUS bygningsmasse, beskrevet i OUS Idéfase – Campus Oslo. Alle alternativ som beskrives i idéfaserapporten inneholder et omfang av nødvendig teknisk oppgradering, slik figuren nedenfor viser.



Figur 1: Minimum teknisk oppgradering uavhengig av alternativ i idefaserapporten

Omfang og prioritering av den nødvendige tekniske oppgraderingen varierer i alternativene, men alle inneholder samme omfang av lukking av pålagte tilsynsavvik, og det er denne fellesnevneren som ligger som utgangspunkt for arbeidet og tiltakene beskrevet i rapporten som nå fremlegges. Den modifiserte konseptrapporten beskriver derfor kun ett alternativ. Vurderinger knyttet til alternativ gjennomføring omtales, men bearbeides ikke ytterligere. Hovedpunktene i en konseptrapport er tatt med, men innholdet under en del av punktene er begrenset til en overordnet betraktning. Dette er gjort med utgangspunkt i rapportens spesielle fokus».

Prosjektet har opplyst om at det i idefaserapporten er budsjettert med lukking av tilsynsavvik i alle alternativer. Det innebærer at kostnadene for lukking av tilsynsavvik vil redusere budsjettet i idefasen for alle alternativer med omtrent samme beløp. OPAK/Metier har ikke kvalitetssikret dette, og prosjektet bør verifisere dette i forbindelse med en eventuell lånesøknad. Men det er denne forutsetningen som er lagt

til grunn for kvalitetssikring av finansiell bæreevne i idefaserapporten og denne rapporten.

3.4 Demografisk framskriving

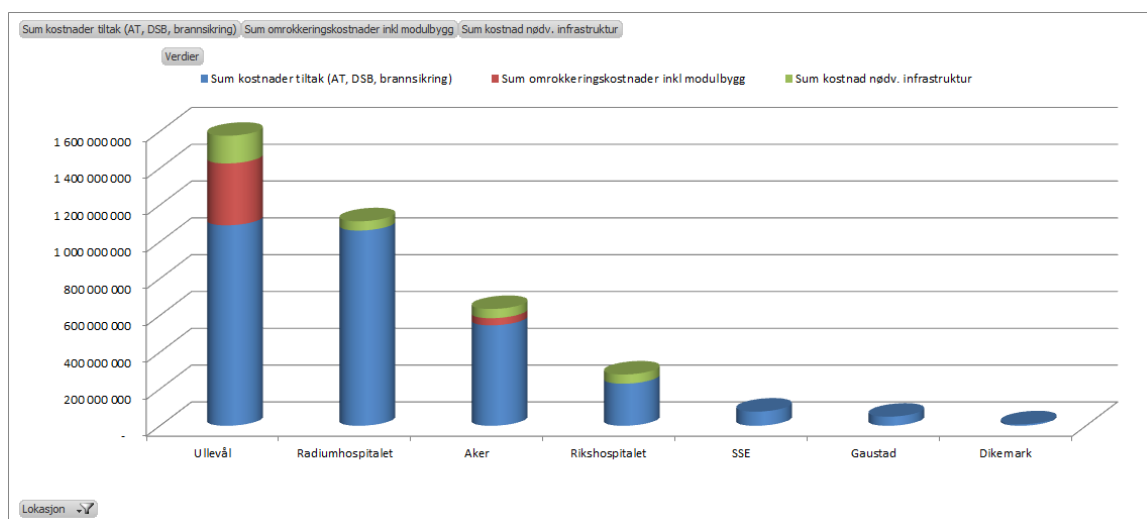
Den modifiserte konseptrapporten viser en demografisk framskriving frem til 2020, og beregninger som viser en befolkningsvekst på ca. 16 %. I den modifiserte konseptrapporten er det ikke tatt hensyn til investeringer i nye bygg for å håndtere denne veksten. Det er lite trolig at OUS klarer seg uten investeringer i nye bygg eller midlertidige lokaler for å håndtere denne befolkningsveksten. Men dette viser også at OUS vanskelig vil klare seg uten midlertidige lokaler når tilsynsavvikene skal utbedres. Dette understøttes også av at det allerede er lite tilleggskapasitet i lokalene i dagens OUS. Det siste er godt utredet i den modifiserte konseptrapporten.

3.5 Alternativer

I den modifiserte konseptrapporten er det utredet to alternativer:

1. Lukking av tilsynsavvik uten midlertidige lokaler
2. Lukking av tilsynsavvik med midlertidige lokaler

For fremtidige alternativer vises det til idefaserapporten av 19.6.2014. Det er dog utredet muligheten for å optimalisere investeringene slik at man også tar hensyn til eventuelle fremtidige investeringer i et nytt OUS, jf. idefaserapporten. Figur 2 under viser de totale estimerte kostnadene på 3 550 millioner kroner for utbedring av tilsynsavvikene fordelt per lokalitet.



Figur 2: Utbedring av tilsynsavvik - kostnader fordelt per lokalitet

Mange av tilsynsavvikene er relatert til sengepostarealer. Gitt dagens tilstand på byggene, og at det ikke er særlig restkapasitet i dagens lokaler synes det urealistisk at OUS skal klare seg uten midlertidige lokaler. OPAK/Metier mener dette er godt utredet

i den modifiserte konseptrapporten. OPAK/Metier støtter derfor konklusjonen i den modifiserte konseptrapporten om at nullalternativet synes urealistisk.

3.6 Investeringene og eventuelle avhengigheter

Den modifiserte konseptrapporten søker å optimalisere investeringene med tanke på mulig oppstart av ett av alternativene utredet i ideofaserapporten.

OUS har foreslått at det beregnede investeringsbehovet på 3 550 millioner kroner fordeles over 3 perioder som vist i Tabell 3 under:

| | Pakke 1 | Pakke 2 | Pakke 3 | Totalt |
|---------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-----------|
| Kostnad myndighetspålagte tiltak | 1 530 000 | 510 000 | 1 000 000 | 3 040 000 |
| Omrokkeringskostnader inkl. modulbygg | 210 000 | | | 210 000 |
| Kostnad nødvendig infrastruktur | 200 000 | | 100 000 | 300 000 |
| Sum kostnader totalt | 1 940 000 | 510 000 | 1 100 000 | 3 550 000 |
| Tid for gjennomføring, år: | 2016 - 2019 | 2018 - 2020 | 2020 - 2022 | |

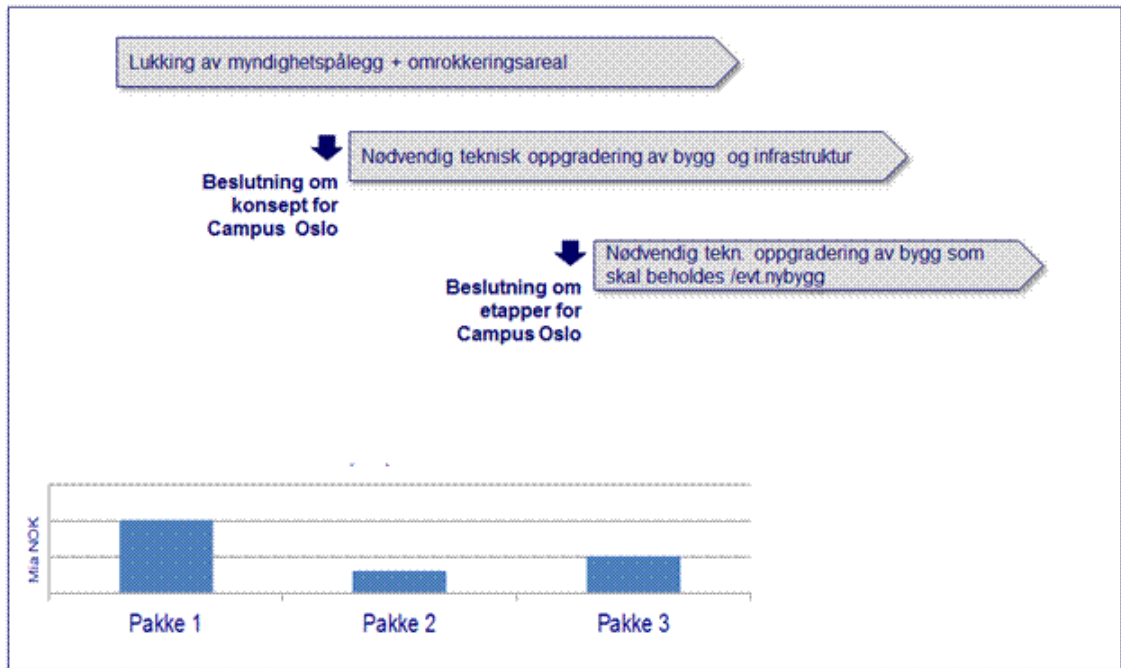
Tabell 3: Kostnader fordelt på etapper

Kostnadene for tiltak knyttet til utbedringer av myndighetspålegg er basert på kartlegging av bygningsmassen (Multimap), OUS sine tiltakslister og forvalternes estimater for hva hvert enkelt tilsynsavvik vil koste å utbedre. Sammen med nødvendige kostnader til infrastruktur og midlertidige lokaler som følger av tiltakene utgjør dette 3 550 millioner kroner. Det er vurdert at estimatet har en usikkerhet på +/- 15 %, noe som innebærer at det ikke er lagt til noe ekstra påslag på estimatene (når nedside- og oppsiderisikoen er lik, vil heller ikke forventet investeringsverdi øke). Dette vil bli nærmere kommentert i neste avsnitt.

Tabell 3 viser også at lukking av tilsynsavvikene er planlagt til å ta 6 år. OPAK/Metier mener dette er en meget lang tidshorisont, men samtidig legges det opp til å utbedre de mest alvorlige tilsynsavvikene i pakke 1. Det som taler for en så lang tidshorisont er investeringens størrelse, og et ønske om å minimere investeringstap ved at det i løpet av de nærmeste årene trolig vil bli tatt en beslutning om fremtidig konsept for OUS.

3.7 Optimalisering av investeringene

OUS har derfor forsøkt å optimalisere de estimerte investeringskostnadene for lukking av tilsynsavvik som vist i Figur 3 under:



Figur 3: Tiltakspakker og beslutningspunkter

Pakke 1 vil prioritere lukking av de tilsynsavvikene som anses som mest alvorlige og derfor haster mest. I pakke 2 og pakke 3 har man mulighet for å optimalisere investeringene noe hvis det tas en beslutning om fremtidig konsept for OUS som planlagt. I ytterste konsekvens kan det eksempelvis i pakke 3 være mer lønnsomt å starte byggingen av nye bygg som erstatning for lukking av tilsynsavvik i dagens bygg. OPAK/Metier mener derfor prosjektets vurderinger omkring disse investeringenes avhengigheter mot idefase OUS synes fornuftige.

3.8 Usikkerhet i estimatene

OPAK/Metier har fått opplyst at investeringskostnadene knyttet til hvert enkelt tilsynsavvik ble beregnet i 2011, og at noen av estimatene er oppdatert til dagens priser. OPAK/Metier har ikke fått opplyst hvor stor andel av estimatene som er oppdatert siden 2011. I følge Statistisk sentralbyrå økte byggekostnaden med 9 % fra januar 2011 til januar 2014.

I kapittel 6.1.2, Usikkerhetsvurdering, i den modifiserte konseptrapporten, fremkommer det en beskrivelse av at usikkerheter ofte eliminerer hverandre. Dette gjelder spesielt hvis tiltakene er mange slik som er tilfellet her. Det er anslått en usikkerhet på +/- 15 % på totalestimatet. Hvis usikkerheten er jevnt fordelt begge veier (like sannsynlig at det blir billigere som dyrere) vil den forventede investeringskostnaden (P50) bli den samme som basisestimatet som er oppgitt her. Dette er likevel meget uvanlig, og OPAK/Metier kjenner ikke til byggeprosjekter hvor den forventede investeringskostnaden er lik eller lavere enn kalkulerede basisestimer. OPAK/Metier vurderer det derfor som meget sannsynlig at den forventede investeringskostnaden vil bli høyere enn 3 550 millioner kroner.

I Tabell 4 under har OPAK/Metier bygget opp et eksempel på investeringsbehovet for lukking av tilsynsavvik med påslag for prisstigning og usikkerheter. Dette må leses som

et eksempel, men det er tatt utgangspunkt i det vi mener er realistiske påslag. OUS må uansett gjøre sine egne vurderinger av prisjustering og påslag av usikkerheter.

| Potensielle Investeringer | Estimat i millioner kroner | Forklaring |
|---|----------------------------|---|
| Lukking av tilsynsavvik | 3550 | Dette er et estimat basert på priser fra 2011 og frem til i dag. |
| Forventet usikkerhet 13 % | 4000 | Et forsiktig usikkerhetspåslag i byggeprosjekter tilsier et påslag på 10 – 15 %. |
| Prisjustering 5 % | 4200 | Dette er om lag halvparten av prisjusteringen på 9 % i byggekostnaden fra 2011 – 2014. Kilde SSB. |
| Kostnadsramme (P85) | 4620 | Dette en ramme som er vanlig å oppgi i en usikkerhetsanalyse, og viser et estimat som holder i 85 % av tilfelle gitt at basiskalkylen er korrekt. I eksempelet er det lagt på en ytterligere usikkerhet på 10 % på forventningsverdien for å estimere kostnadsrammen. Dette er et relativt konservativt påslag. |
| Potensielle nye tilsynsavvik | | Muligheten for nye tilsynsavvik er ikke tatt med i rapporten. |
| Vedlikeholdsetterslep utover tilsynsavvik | | Det er ikke beregnet et behov for ekstraordinært vedlikehold utover dagens tilsynsavvik. |
| Behov for økt kapasitet | | Det er ikke medtatt kostnader som viser behov for økt kapasitet i planperioden, selv om det er overveiende sannsynlig at et slikt behov vil oppstå. Det er forventet en befolkningsvekst på 16 % frem til 2020 i regionen, og en befolkningsvekst på 30 % frem til 2030 i regionen. |

Tabell 4: Potensielle investeringer og usikkerheter

Tabell 4 viser at forventede investeringskostnader (P50) øker til 4 200 millioner kroner når det er tatt hensyn til prisjustering (forutsatt halv prisjustering ettersom noen tall er oppdatert) av tilsynsavvikene og lagt til en usikkerhet på 13 %. I tillegg øker kostnadsrammen (P85) til 4 620 millioner kroner med et ytterligere påslag på 10 % på forventningsverdien. Det er også oppgitt en rekke områder hvor det er trolig at det vil ligge et investeringsbehov på kort sikt, men som ikke inngår i den modifiserte konseptrapporten.

3.9 Finansiell bæreevne

Den modifiserte konseptrapporten viser at investeringer på 3 550 millioner kroner fordelt på de tre foreslåtte pakkene vil øke avskrivningene med om lag 350 millioner årlig i 2024 – 2026. Før og etter disse årene vil avskrivningene bli lavere.

OUS har lagt til grunn at det skal gjennomføres effektiviseringer på 150 millioner kroner hvert år fra og med 2015 til og med 2018. De totale effektiviseringene vil derfor utgjøre 600 millioner kroner i 2018, og at dette også skal tilsvare OUS sitt overskudd i 2018. Dette er sammenfallende med beregningene fra idefaserapporten av 19.6.2014. Ut fra dette argumentet har OUS konkludert med at de har finansiell bæreevne til investeringene.

Det synes derimot ikke som om rentekostnadene er medtatt i beregningene av den finansielle bæreevnen. Dette skulle vært gjort da rentekostnader også representerer en kostnad ved investeringene. OUS må derfor oppdatere sine beregninger til også i inneholde rentekostnader på lånebeløpet.

Hvis man for enkelthets skyld forutsetter en rente på 4 % og et lånebeløp på 3 550 millioner kroner vil dette maksimalt øke rentekostnadene med 142 millioner kroner i året. Med denne ekstrakostnaden vil fortsatt OUS ha finansiell bæreevne til å gjennomføre investeringene. Kostnadene vil da totalt utgjøre 354 millioner kroner + 142 millioner kroner = 496 millioner kroner. Dette er fortsatt over 100 millioner kroner mindre enn driftseffektiviseringen på 600 millioner kroner årlig fra 2018.

Hvis OUS tar hensyn til at det foreligger større usikkerhet i basisestimatet, og eksempelvis øker forventet investeringsbeløp til 4 200 millioner kroner vil man få følgende regnestykke:

- Avskrivningene øker med ca. 18 % (tilsvarende økningen i investeringene), noe som gir maksimale totale avskrivningskostnader på ca. 419 millioner kroner i årene 2024 – 2026.
- Rentekostnaden (med en antatt rentesats på 4 %) vil maksimalt utgjøre ca. 168 millioner kroner i året
- Totalt øker kostnadene da med ca. 587 millioner kroner. Dette er marginalt under forutsatte driftsbesparelser på 600 millioner kroner årlig slik at et investeringsnivå i størrelsesorden 4 200 millioner kroner vil være opp mot det maksimale av hva OUS kan bære rent finansielt.

Hvis OUS velger å følge OPAK/Metiers anbefaling om å inkludere prisjustering og noe usikkerhet i estimatene, må OUS gjøre en kontroll på om OUS fortsatt har bæreevne til investeringen.

3.10 Anbefalinger

OPAK/Metier støtter OUS sin innstilling om å fremme en lånesøknad for å utbedre tilsynsavvik, men med følgende anbefalinger:

- Estimaten for tilsynsavvikene bør prisjusteres til dagens prisnivå. OPAK/Metier har fått opplyst at estimatene er gjennomført i 2011, men at noen av disse senere er oppdatert. Fra januar 2011 til januar 2014 økte byggekostnadene med ca. 9 % (kilde Statistisk sentralbyrå).

- OPAK/Metier vurderer det slik at risikoen er større for å overskride estimatene enn at de blir lavere. OPAK/Metier vurderer det videre som risikofylt å legge til grunn summen av forvalternes estimater for lukking av tilsynsavvik som forventet investeringskostnad (P50). OPAK/Metier anbefaler derfor at det legges på en usikkerhet slik at forventet investeringskostnad (P50) blir høyere enn dagens estimat på 3 550 millioner kroner. Det er ikke nødvendig å gjennomføre en fullstendig usikkerhetsanalyse for å gjøre dette. Man kan også basere seg på erfaringstall fra andre relevante prosjekter.
- Det bør også oppgis en kostnadsramme (P85). Dette estimatet kan også gjennomføres på samme forenklete måte som beskrevet i forrige kulepunkt.
- OUS bør enten synliggjøre potensielle investeringsområder (som tekst) som ikke er medtatt i rapporten, eller utarbeide et estimat på disse.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 18. desember 2014

Saksbehandler: Viseadministrerende direktør økonomi og finans

Vedlegg: Tabell over omstillingsprosjekter

SAK 68/2014 STATUS INVESTERINGER I SAMLOKALISERINGER

Forslag til vedtak:

Styret tar status og redegjørelse for omstillingsprosjekter til orientering.

Oslo, den 11. desember 2014

Bjørn Erikstein

1. SAMMENDRAG

Omstillingstiltak initieres med utgangspunkt i behov for samling av dublerede funksjoner, klinikkenes behov for samlokaliseringer og nødvendige investeringer for å utvikle Aker som samhandlingsarena.

Denne saken omhandler en oppdatert status for alle pågående omstillingsprosjekter for samlokalisering (omstillingsinvesteringer), uavhengig av fase prosjektene befinner seg i. Saken beskriver også kort sykehusets beslutningsstruktur for gjennomføring og finansiering av prosjektene.

2. TIDLIGERE VEDTAK I SAKEN

Flere av omstillingsprosjektene er omtalt i tidligere styresaker og etter gjeldende fullmaktsstruktur er alle delprosjekter med en samlet ramme på over 50 millioner kroner fremlagt styret for godkjenning, ref styresak 86/2012. I statustabell over omstillingsprosjektene i vedlegg til denne sak fremkommer referanse til styresak for de enkelte delprosjektene. Siste samlet status over omstillingsprosjekter for samlokalisering ble gitt i styresak 50/2013.

3. ADMINISTRERENDE DIREKTØRS VURDERING OG ANBEFALING

Administrerende direktør konstaterer at godt over halvparten av alle bestilte omstillingsprosjekter er gjennomført. Av de resterende prosjektene er ca fem prosjekter under gjennomføring og resterende prosjekter er i en utredningsfase eller satt på vent. Samlet sett ligger gjennomføringen av prosjektene fortsatt bak opprinnelig plan, men i henhold til revidert plan. Forsinkelser skyldes i hovedsak høyere kompleksitet knyttet til ombygginger i eksisterende bygg kombinert med drift og dels manglende virksomhetsavklaringer.

Det er administrerende direktørs vurdering at det holdes et høyt tempo på alle hovedlokalisasjoner for å sikre gjennomføring av de prosjektene som er vedtatt og avklart. Samlet sett overholdes også budsjettestimatene. Dersom alle bestilte forprosjekter gjennomføres og foreløpige estimater knyttet til totalkostnader for prosjektene blir som anslått, er det ca 50 millioner igjen av udisponerte midler av rammen for omstillingstiltak på 1,5 mrd.

Administrerende direktør ønsker å påpeke at en rekke av samlokaliseringsprosjektene også tar høyde for lukking av myndighetspålegg der dette er hensiktsmessig. Dette øker kompleksiteten, men bedrer det totale resultatet.

Tillitsvalgte og verneombud er aktive medlemmer i strategisk koordineringsgruppe som er rådgivende for administrerende direktør vedrørende prioritering av de ulike prosjektene og er i tillegg involvert i de enkelte prosjektene.

4. FAKTABESKRIVELSE

Kort om beslutningsstruktur og gjennomføring av prosjekter

Omstillingstiltak initieres med utgangspunkt i behov for samling av dublerede funksjoner, klinikkenes behov for samlokaliseringer og nødvendige investeringer for å utvikle Aker som samhandlingsarena.

Først gjennomføres virksomhetsavklaring og dette danner grunnlag for beslutning om igangsetting av forprosjekt. Forprosjektet skal både inneholde en virksomhetsbeskrivelse og i tillegg beskrive bygnings-, IKT-messige og tekniske forhold som grunnlag for en totalvurdering av omfanget. Administrerende direktør ved ledermøte fatter beslutning om igangsetting av forprosjekt. Før beslutning diskuteres forslagene i strategisk koordineringsgruppe. Dette er en rådgivende gruppe for administrerende direktør, ledet av viseadministrerende direktør for medisin helsefag og utvikling.

Når forprosjektrapport foreligger fremlegges denne for strategisk koordineringsgruppe som kommer med anbefaling til administrerende direktør vedrørende evt. gjennomføring med tilhørende fremdriftsplan og økonomisk ramme.

Administrerende direktør ved ledermøte fatter beslutning om gjennomføring. Når et delprosjekt er vedtatt gjennomført går bestilling om gjennomføring til Oslo sykehusservice med en tildelt økonomisk ramme. Det er opprettet en stabsenhet under direktør Oslo Sykehusservice, Investering og Prosjekt, som har ansvaret for prosjektgjennomføring herunder oppfølging av økonomi, fremdrift og kvalitet. I statustabell over omstillingsprosjektene i denne sak fremkommer referanse til beslutningsstatus for respektive pågående delprosjekter.

Finansiering av omstillingsprosjekter

Oslo universitetssykehus HF fremførte tidlige i fusjonsprosessen et behov for 1,5 mrd kroner til finansiering av prosjekter som raskt skulle sikre samlokalisering av en rekke fagområder ved foretaket.

I Prop. 1 S for budsjettåret 2012 fra Helse- og omsorgsdepartementet står følgende: *"Investeringene ved Oslo universitetssykehus HF er hovedsakelig knyttet til gjennomføring av første fase av samlokaliseringstiltak i forbindelse med omorganiseringene i hovedstadsområdet. Tiltakene er beregnet til om lag 1,5 mrd. 2012-kroner og får en samlet låneramme på 750 mill. 2012-kroner"*.

I tillegg til nevnte rentebærende lån på 750 millioner kroner fra Helse- og omsorgsdepartementet forutsettes investeringene finansiert med salg av egne eiendommer og kontantoverføring fra Helse Sør-Øst RHF.

I Prop. 1 S for budsjettår 2014 fra Helse- og omsorgsdepartementet står følgende:

"Lån i forbindelse med første fase av investeringstiltak til omstillingen ved Oslo universitetssykehus, inklusiv nødvendige investeringer for å utvikle Aker som samhandlingsarena, er vedtatt med en øvre ramme på 825 mill. 2012-kroner gjennom Stortingets behandling av Prop. 1 S (2011–2012) og Prop. 111 S (2011–2012).

Lånerammen ble altså økt med 75 mill 2012-kroner for å dekke investeringer knyttet til utviklingen av Aker som samhandlingsarena. Den totale rammen inklusive lån, salg av eiendommer og kontantoverføring fra Helse Sør-Øst RHF er således 1,575 mrd kroner.

Status omstillingsprosjekter

Omstillingsprosjektene er delt inn to hovedgrupper; omstillingsinvesteringer og samhandlingsarena Aker. Omstillingsinvesteringer er inndelt etter status som "ferdige

prosjekter per lokalisasjon”, ”prosjekter under gjennomføring” og ”prosjekter i tidligfase” eller ”satt på vent”.

Per oktober 2014 er det fattet vedtak om gjennomføring av omstillingsprosjekter for om lag 1,25 mrd kroner. Delprosjektene knytter seg til samlokalisering av virksomhet innen eksisterende bygningsmasse i tillegg til nytt akuttbygg på Ullevål. Det er også satt i gang en rekke utredninger av delprosjekter der det foreløpig ikke er anslått endelige kostnadsramme, men som alle vil holde seg innenfor en samlet ramme på 1,575 mrd kroner. Dersom man velger å legge kostnadsestimater til grunn på ikke besluttede prosjekter er det disponert 1,5 av totalen på 1,575 mrd kroner

I tillegg omhandler totalporteføljen Samhandlingsarena Aker- delprosjekter som gjelder tiltak for tilretteleggelse for virksomhet i samarbeid med Oslo kommune, Sunnaas sykehus og andre aktører. Det er satt av 75 mill kroner til samhandlingsarena Aker-prosjektene.

Nytt Akuttbygg Ullevål er det enkeltstående største prosjektet i porteføljen, og er et av i alt 31 prosjekter som ble ansett som nødvendig for å gjennomføre en flytting av døgnaktiviteten ut av Aker. Kostnadsrammen som ble fastlagt ved styrets godkjenning av forprosjekt og ved den etterfølgende godkjenning av forprosjektet i Helse Sør- Øst, er på henholdsvis (P50) 378 mill kroner. Prisjustert er rammen på 387 mill kroner. Prosjektet er ferdigstilt i 2014.

I investeringsbudsjettet for 2014 ble det budsjettert med investeringer til samlokalisering på om lag 470 millioner kroner. Pådraget for 2014 er revurdert og estimatet for 2014 er nå redusert til om lag 370 millioner kroner. Dette representerer kun en begrenset forskyvning i tid for enkelte av investeringene og endrer ikke det samlede investeringsbehovet for samlokaliseringsprosjektene.

Prosjekter som nå er under gjennomføring er:

- Samlokalisering av døgnvirksomhet innen DPS til Geitmyrsveien
- Ferdigstillelse av en sengepost til flere kommunale akutte døgnplasser på Aker
- Ferdigstillelse av operasjonsstue nr 2 i operasjonsgang 1 på Rikshospitalet
- Gjennomføring av en rokadeplan på Ullevål hvor en sengepost i kreft- og isolatsenteret tilbakeføres til sengepost og så flytter dag- og poliklinisk aktivitet ut av bygget og til bygg 20 på Ullevål.
- Ferdigstillelse av ombygging av tilgrensende arealer til nytt Akuttbygg på Ullevål. Siste enhet som er en postoperativ enhet ferdigstilles nå.

For øvrig fremgår det av vedlagte tabell hvilke prosjekter som er ferdigstilt og hvilke som er i en utredningsfase.

| Prosjekt | Prosjekt-nummer | DP | Fase | Forventet levering | Godkjent budsjett | Forventet sluttkostnad | Faktisk pålept totalt | Forpliktet | Risiko økonomi | Risiko fremdrift | Risiko kvalitet | Vettkat |
|--|-----------------|-----|---------|--------------------|-------------------|------------------------|-----------------------|------------|----------------|------------------|-----------------|-----------------|
| DP119 SA7 Midlertidig etablering av sengepost for KAD, Bygg 6. 1. etg. | 91888 | 119 | Bygging | nov. 14 | 1,5 | 1,5 | - | - | | | | V.MD.MIU.101014 |
| Sum Samhandlingsarena Aker | | | | | 98,8 | 109,4 | 27,3 | 52,2 | | | | |
| Avsetning/teilløring | | | | | | | | | | | | |
| Sum omstilling | | | | | 1 248,9 | 1 276,8 | 1 074,0 | 1 187,8 | | | | |

Forklaring på fase fargemarkering

| | | |
|------------|---------------|-----------|
| Tidligfase | Gjennomføring | Avsluttes |
|------------|---------------|-----------|

Oslo universitetssykehus HF – Oslo Sykehuservice

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 18.12.2014

Saksbehandler: Viseadministrerende direktør økonomi og finans

Vedlegg: 1. Ekstern kvalitetssikring idefaserapport
2. Høringsliste
3. Katalog over høringsvar (27.11.14)
4. Revidert evaluering

SAK 69/2014 IDÉFASE OUS – CAMPUS OSLO

Forslag til vedtak:

Styret ber om at det i idéfaserapporten innarbeides en plan for det videre arbeid med en fremtidsrettet løsning for utviklingen av Oslo universitetssykehus. Planen skal ta hensyn til resultatene av ekstern kvalitetssikring og høring. Alternativene "Full samling på Ullevål" og "Gaustad Øst" utredes ikke videre nå. Bearbeidet rapport inkludert plan for det videre arbeid legges fram i neste styremøte.

Oslo, den 11. desember 2014

Bjørn Erikstein

1. SAMMENDRAG

Etter styrebehandlingen av Idéfaserapport for OUS – Campus Oslo, versjon 1.0 i juni 2014 (sak 35/2014) har det vært gjennomført ekstern kvalitetssikring (KS) av rapporten. I tillegg har rapporten vært ute på offisiell høring hos til sammen 212 høringsinstanser. Det har også vært åpnet for høringsinnspill fra allmennheten.

Resultatene av ekstern KS og høring blir oppsummert i styresaken som også beskriver hvordan det vil bli tatt hensyn til anbefalinger fra eksterne KS og alle høringsinnspill. Som direkte konsekvens av KS-rapporten er bredden i alternativene økt gjennom å ta inn ytterligere en variant av todelt løsning som omfatter gjenbruk av den beste bygningsmassen på Ullevål kombinert med utvikling av Gaustad sør med lokk (kalt alternativ ”Hele Ullevål/Gaustad”). I tillegg er risikovurderingene ved de ulike alternativene skilt ut fra den kvalitative evalueringen og behandlet separat i en risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS-analyse). Videre er nåverdi og bærekraftanalyser oppdatert. Det totale kostnadsoverslaget for hvert alternativ er basert på forventningsverdier isteden for deterministisk kalkyle. Endrede forutsetninger for 0-alternativet fører til en signifikant økning i estimerte investeringskostnader fra 21 til 29 mrd. NOK. Dessuten er kostnadene for ny T-bane trasé på 1,75 mrd. NOK lagt inn som en nødvendig forutsetning for gjennomføring av Gaustad Sør-alternativet med tunnel.

Høringssvarene gir støtte til videre arbeid med en langsiktig plan for etappevis utvikling at Oslo universitetssykehus og bekrefter at 0-alternativet er det svakeste løsningsalternativet i rapporten. Videre gir høringen bred støtte til å utvikle en virksomhetsmessig klyngemodell for sykehuset. Utvikling av sykehus og universitet side om side får også bred tilslutning, men mange påpeker at det vil være uheldig om hele virksomheten samles i ett anlegg på Gaustad. En rekke høringssvar understøtter at en må gå videre med utredning av lokalsykehus for den voksende befolkningen øst/sørøver i Oslo, og det vil være naturlig å utrede lokalsykehusfunksjonen i større detalj også lokalisert på utsiden av hovedsykehuset.

En konklusjon om ikke å gå videre med planlegging av full samling på Ullevål har støtte fra Oslo kommune og Universitetet i Oslo. Oslo kommune anbefaler heller ikke at man går videre med planlegging av Gaustad Øst-alternativet og påpeker at det ikke er mulig med en massiv utbygging nord for Gaustad sykehus. Det er derfor vurdert alternativer som synliggjør en mulig reduksjon av virksomhet knyttet til psykiatri og tverrfaglig spesialisert rusbehandling som legges nord for Gaustad sykehus. Nabolaget har kommet med innspill om at et fullt utbygget Gaustad Sør alternativ vil få uheldige konsekvenser for nabolaget, og at dette må tas hensyn til i det videre arbeid.

På dette grunnlag anbefales det at man ikke går videre med alternativene ”Full samling på Ullevål” og ”Gaustad Øst” nå. Det legges opp til en etappevis utvikling og alternativene Samling på Gaustad (Gaustad sør), Delt løsning og 0-alternativet tas med i det videre arbeidet. I tillegg legges det opp til at lokalsykehusfunksjonen tydeliggjøres og vurderes etablert utenfor hovedsykehuset. Storbylegevakt og protonsenters skal integreres i det videre arbeidet med de ulike alternativene som er nevnt ovenfor.

2. TIDLIGERE STYREVEDTAK AV BETYDNING FOR SAKEN

Styresak 85/2012 - Mandat for idéfase for somatikk og psykisk helse, vedtak pkt. 1:

”Styret vedtar oppstart av samlet idéfase for somatikk, psykisk helse og avhengighet i Oslo niversitetssykehus”.

Styresak 35/2014 - Idéfaserapport OUS:

”Styret tar rapport fra Idéfase OUS – Campus Oslo med de merknader som fremkom under styremøtet til orientering. Styret ber om at saken sendes ut på høring som angitt i saksfremlegget. Styret ber om at bearbeidet rapport med høringsuttalelser og en plan for videre arbeid legges frem for styret etter at høringsrunden er avsluttet”.

3. ADMINISTRERENDE DIREKTØRS VURDERING

Høringsversjonen av Idéfaserapporten for OUS - Campus Oslo som ble lagt frem for styret i juni har nå vært ute på høring og har dessuten gjennomgått ekstern kvalitetssikring (KS). Både høringssvar og KS-rapport understøtter at Oslo universitetssykehus behøver nye sykehusbygg. KS-rapporten påpeker at den vanskelige bygningsmessige situasjonen i Oslo universitetssykehus i seg selv er prosjektutløsende behov godt nok. Store deler av kjernevirksomheten i Oslo universitetssykehus foregår i bygningsmasse som er gammel, uhensiktsmessig og i dårlig, til dels svært dårlig, teknisk forfatning. Manglende vedlikehold over mange år har ført til at sykehuset har pådratt seg et stort antall myndighetspålegg knyttet til sikkerheten for pasienter og ansatte. Dersom ikke avvikene lukkes vil sykehuset komme i en ytterst vanskelig driftsmessig situasjon. Lukking av tilsynsavvik er en kostbar, men absolutt forutsetning for å kunne drive virksomhet i de dårlige byggene. Omfattende oppgradering av bygg som er i dårlig tilstand og skal avhendes i løpet av noen år har liten langsiktig verdi. Investeringer i permanente nybygg er det som skal til for å komme ut av den dårligste delen av bygningsmassen. Administrerende direktør observerer at 0-alternativet har økt ytterligere i kostnad etter oppfølging av kvalitetssikringen, og dette understreker viktigheten av å kunne dreie ressursbruken mot nye, framtidsrettede bygg i stedet for omfattende oppgradering av bygg som er gamle og uhensiktsmessige.

Både gjennom høring og KS-rapport har det kommet velbegrunnede og konstruktive innspill med konkret betydning for konklusjoner og anbefalinger knyttet til det videre arbeidet med en helhetlig og langsiktig plan for utviklingen av Oslo universitetssykehus. Klyngemodellen har fått bred støtte i tilbakemeldingene, og bør derfor legges til grunn og videreutvikles. På bakgrunn av både KS-rapporten og høringssvarene er det nå grunnlag for å lukke både alternativet med full samling på Ullevål og alternativet Gaustad Øst. Alternativene med delt løsning Gaustad Sør– Ullevål vurderes på nytt og må i det videre arbeid inkludere utredning av et lokalsykehus lokalisert på et annet sted enn «hovedsykehuset». Denne tilnærmingen ivaretar også høringsuttalelsene som peker på ønske om å begrense utbyggingsbehovet på Gaustad ved en full samling av hele Oslo universitetssykehus på dette området. Dette innebærer også bedret mulighet for å ivareta hensyn til naboskap både når det gjelder trafikk og utvikling og bevaring av grøntområder.

Høringen har også understreket behovet for bygningsmessige tiltak med betydning på kort og mellomlang sikt, et tidsperspektiv som ikke er omfattet av idéfasens mandat. Sykehuset har i løpet av høsten lagt konkrete planer om oppføring av modulbygg på Ullevål og utarbeidet forslag til en søknad om lån til omfattende oppgradering av bygningsmassen med lukking av myndighetspålegg på Ullevål, Radiumhospitalet og Aker. I tillegg arbeides det med en kapasitetsberegning sett i et kortsiktig perspektiv, slik at sykehuset kan møte kapasitetsutfordringer knyttet til befolkningsveksten innenfor kritiske, somatiske virksomhetsområder de nærmeste årene. Administrerende direktør vil derfor legge frem et forslag til mandat for en evt utbygging på Rikshospitalet innenfor rammene av gjeldende reguleringsplan. Mandatet vil fremmes som egen styresak i kommende møte og sikre at foretaket også tar hensyn til de areal- og kapasitetsutfordringer det er på denne lokalisasjonen. Investeringer på Rikshospitalet kan gi muligheter til å løse lokale utfordringer og for rokadelsninger knyttet til den dårligste bygningsmassen. Den beste delen av eksisterende bygningsmasse må uansett utnyttes i årene framover. En utbygging på Rikshospitalet kan

gjennomføres uten omregulering og uavhengig av, men koordinert med det videre arbeidet med en overordnet og langsiktig plan for utviklingen av Oslo universitetssykehus.

Det ligger også til rette for at nye lokaler for sikkerhetspsykiatrien kan tas ut av hovedprosjektet og videreføres som en egen prosess. På dette området er det naturlig å avvente høringen av NOU 2014:10 Skyldene, sakkyndighet og samfunnsvern eller "tilregnelighetsutvalgets rapport" før den endelige konklusjonen trekkes. Administrerende direktør vil derfor komme tilbake til dette når tilstrekkelige avklaringer foreligger.

4. FAKTABESKRIVELSE

4.1. Innspill med betydning for modifisert Idéfaserapport og videre prosess

4.1.1. Ekstern kvalitetssikring

Parallelt med høringen har det vært gjennomført ekstern kvalitetssikring av høringsversjonen av rapporten. Ekstern kvalitetssikrer (OPAK/Metier) kommer i sin rapport (vedlegg 1) med anbefalinger innenfor flere områder, og prosjektet har iverksatt tiltak for å svare disse ut.

4.1.2. Høring

Etter styrebehandling 26. juni 2014 ble idéfaserapporten versjon 1.0 sendt på offisiell høring med frist 1. november 2014 (vedlegg 2). I oversendelsesbrevet til de inviterte høringsinstanser ba Oslo universitetssykehus spesielt om at følgende tema ble kommentert:

1. Dimensjoneringen av Oslo universitetssykehus for å løse dagens oppgaver og sett i forhold til dekning av behovet i hovedstadsområdet.
2. Er det forutsetninger som er lagt til grunn for arbeidet som bør vurderes, herunder andre alternativer for organisering og lokalisering av sykehusets funksjoner, og som bør være med i neste fase av arbeidet?
3. Hvilke alternative løsninger for organisering og lokalisering vil ivareta gode forløp for de pasientgrupper Oslo universitetssykehus har ansvaret for og derfor bør inngå i neste fase av planleggingen?
4. Hvilke løsninger vil ivareta forsknings- og undervisningsfunksjonene ved Oslo universitetssykehus og samarbeidet med Universitetet, høgskoler, Oslo kommune og næringsliv på beste måte?
5. Hvilke foreslåtte løsninger vil best ivareta tilgjengelighet til sykehuset og byutvikling?

4.2. Resultat av ekstern kvalitetssikring

4.2.1. Om kvalitetssikringen

Ekstern kvalitetssikrer (OPAK/Metiér) har gjennomført uavhengig kvalitetssikring av idéfasearbeidet i tre deler:

- Del 1: Styringsopplegg og prosjektorganisering
- Del 2: Prosess og metodikk
- Del 3: Idéfaserapporten

Oppsplitting av kvalitetssikringsoppdraget på denne måten ble gjort for å kunne behandle og ta hensyn til resultatene fra de første delene av kvalitetssikringen underveis i prosjektet, og den siste før avslutning av prosjektet.

Ekstern kvalitetssikrer har i sin siste rapport svart ut og kommet med anbefalinger innenfor følgende hovedområder:

- Utformingen av mandatet
- Er behovet for prosjektet godtgjort?
- Er bredden i alternativene tilstrekkelig?
- Sammenhengen mellom behov, mål og evalueringskriterier
- Økonomi og realisme

4.2.2. Anbefalinger fra ekstern kvalitetssikring med betydning for det videre arbeid

Mandatet

Det anbefales at Aker gis en grundigere behandling som mulig lokalisasjon. Bortsett fra dette punktet synes kvalitetssikrer avgrensningene som er gjort virker hensiktsmessige.

Prosjektet forholder seg til det mandat som er gitt for idéfasen. For det videre arbeidet blir imidlertid Aker pekt på som en av flere mulige lokaliteter for et eventuelt nytt lokalsykehus.

Er behovet for prosjektet godtgjort?

Kvalitetssikrer konstaterer at bygningsmessig alder og tilstand alene utløser behov for prosjektet. Det samme gjelder voksende kapasitetsbehov, sett i lys av befolkningsøkningen. Det blir imidlertid pekt på at det ikke er like opplagt at behovet for samling av virksomhet alene hadde vært et prosjektutløsende behov, i fravær av de to ovenfor nevnte behovene.

Det gis anbefaling om å forbedre fremstillingen av fremtidig kapasitetsbehov mot gjeldende kapasitet og levetid på bygg. Videre gis en anbefaling om å beskrive behovet for nybygg gjennom en gap-analyse mellom dagens situasjon og fremtidig behov.

Kvalitetssikrer gir råd om en litt annen metodisk fremstilling av prosjektets utløsende behov uttrykt som en fremtidig forventet tilstand for Oslo universitetssykehus.

Kvalitetssikrer mener behovsanalysen er noe mangelfull. Det blir etterlyst en ”rød tråd” mellom behov, mål og evalueringskriterier og gitt eksempler på hvordan dette kan forbedres.

Innholdet i relevante kapitler i rapporten er omstrukturert og utdypet for å tydeliggjøre behovsanalyse og synliggjøre hva som er prosjektutløsende behov.

Er bredden i alternativene tilstrekkelig?

Kvalitetssikrer anbefaler å inkludere et todelt løsningsalternativ som bevarer og gjenbraker så mye som mulig av bygningsmassen på Ullevål. Alternativet kan tenkes å være realistisk og kan dessuten komme til å bli etterspurt.

Prosjektet har høsten 2014 utarbeidet et nytt todelt alternativ med utvidet bruk av eksisterende bygningsmasse på Ullevål (Alternativet ”Ullevål hele og Gaustad”). Det nye alternativet som kan betraktes som en variant av et 0+ alternativ er evaluert på linje med øvrige alternativer.

Sammenhengen mellom behov, mål og evalueringskriterier

Kvalitetssikrer peker på at det kan være hensiktsmessig å rydde i evalueringsstrukturen, blant annet ved å skille ut evalueringen av risiko i en egen vurdering. Det blir også påpekt at en må

påse at samme forhold ikke blir evaluert flere ganger og at evalueringskriteriene for kjernevirksomheten bør telle mer enn 30% av den samlede kvalitative evaluering. Den nye evalueringen vil gi ett bilde for måloppnåelse og ett bilde for risikoen til de ulike alternativene.

Sammenhengen mellom prosjektmål og evalueringskriterier er nærmere beskrevet og evalueringskriterier er revidert for å sikre at ingen kriterier vurderes dobbelt. Evalueringskriteriene for kjernevirksomheten (pasientbehandling, forskning, utdanning og pasientopplæring) blir nå tillagt større vekt og teller 50% av den kvalitative evaluering.

Gjennomførbarhet og risiko er trukket ut av den kvalitative evalueringen, og både kvalitativ evaluering og ROS-analyse (risiko- og sårbarhetsanalyse) er oppdatert (se vedlegg 4 for detaljer vedrørende revidert evaluering).

Økonomi og realisme

Det pekes på at beregningene for Gaustad Sør-alternativet forutsetter at mange faktorer må slå inn med positiv virkning samtidig. Det blir anbefalt å gjennomføre ytterligere risikovurderinger (følsomhetsanalyser).

Kvalitetssikrer påpeker at bygningsmassens levetid i 0-alternativet ikke er sammenliknbar med levetiden for nybyggene i øvrige alternativer. Det blir også pekt på at kostnadene fordelt over levetiden synes å være for lave for dette løsningsalternativet. Med utgangspunkt i egen erfaring med renovering av gammel og til dels vernet bygningsmasse spør kvalitetssikrerne om investeringskostnadene for 0-alternativet er estimert for lavt.

De samlede investeringskostnadene for Gaustad Sør-alternativet har blitt revidert slik at de nå omfatter 1,75 mrd NOK i kostnader for omlegging av T-bane og trikk. Disse kostnadene var tidligere ikke inkludert. En ny gjennomgang har vist at investeringene er en nødvendig forutsetning dersom Ringveien skal legges i tunnel. Risikoen for at det skal vise seg vanskelig å få anledning til etablere tunnel og ny T-bane trasé er synliggjort i ROS-analysen.

Investeringskalkylen for O-alternativet er revidert i tråd med KS-rapportens anbefalinger. Dette gir en økning i investeringsbehov fra 21 til 29 mrd NOK. I tillegg presiseres det at 0-alternativet er et utsettelsesalternativ som ikke har sammenliknbar levetid med øvrige alternativer.

Videre er de totale kostnadsanslagene i investeringskalkylene endret fra grunnkalkyletall (deterministisk kalkyle) til forventningsverdier basert på usikkerhetsanalyse. Dessuten er nåverdi- og økonomiske bærekraftanalyser oppdatert.

4.3. Resultat av høring

4.3.1. Antall høringssvar og fordeling

Per 26. november foreligger 68 formelle høringssvar. Til sammen 25 av 212 inviterte høringsinstanser har avgitt formelle høringssvar. I tillegg har det kommet 43 høringsuttalelser fra interne enheter i Oslo universitetssykehus og ulike eksterne instanser samt enkeltpersoner. Asker kommune har etter søknad fått innvilget utsatt høringsfrist til 10. desember.

Katalog over høringssvar er utarbeidet (vedlegg 3) og alle høringsuttalelser som er mottatt er publisert på prosjektets nettsider: http://www.oslo-universitetssykehus.no/aktuelt/_prosjekter_/idefase-ous-campus-oslo/_Sider/H%C3%B8ring.aspx.

4.3.2. Oppsummering etter høringsrunden

Høringsbrevets tematiske spørsmål er i ulik grad svart ut i høringsinnspillene. Få har svart ut alle de fem spørsmålene, og mange har konsentrert sine hørings svar om de forhold som har vesentlig betydning for en selv.

Nedenfor blir det gitt en oppsummering av hørings svar og innspill som prosjektet vurderer som så sentrale at de bør få betydning for den videre bearbeidelse av rapporten og/eller i den videre prosess. Innspillene kommer fra hovedinteressenter, gjenfinnes i mange hørings svar og/eller er ledsaget av særlig tungtveiende argumentasjon.

- Hørings svarene gir støtte til at Oslo universitetssykehus behøver nye bygg og at 0-alternativet er en dårlig løsning.
- Det blir gitt støtte til videre arbeid med en langsiktig plan for etappevis fornyelse av bygningsmassen i Oslo universitetssykehus.
- Hørings svarene gir bred støtte til at en arbeider videre med å utvikle en organisatorisk klyngemodell for sykehuset.
- Hørings svar fra en rekke interessenter, inkludert Universitetet i Oslo, Oslo kommune og forskningsutvalget i Oslo universitetssykehus, ser det som verdifullt for forskning og utdanning at Gaustad Sør alternativet gir geografisk nærhet mellom livsvitenskapsmiljøene i Universitetet og sykehuset.
- En rekke hørings svar, bla fra arbeidstagerne organisasjoner, brukerutvalg, Oslo kommune, Universitetet i Oslo og naboer advarer mot å samle hele virksomheten i ett anlegg på Gaustad. Det blir brukt både fysiske argumenter, driftsøkonomiske og effektivitets- og virksomhetsmessige argumenter, samt argumenter knyttet til beredskap.
- Så vel Oslo kommune som brukerne og de ansattes organisasjoner etterlyser utredning av lokalsykehus for den voksende befolkningen i Oslo. Behov for et nytt lokalsykehus øst/sør i byen er et hovedpoeng i hørings svaret fra Oslo kommune.
- Oslo kommune ser en tung utbygging nord for Gaustad sykehus som problematisk fordi arealet utgjør grøntstrukturer i kommuneplanen og er avsatt til landbruks-, natur- og friluftsområder (LNF). En større utbygging her ville også komme i konflikt med naturverdier i kategori C, kulturminner og fredning etter Landsverneplanen.
- Oslo kommune vil ikke anbefale at alternativet med samling på Ullevål tas med i den videre prosess. Universitetet i Oslo er positive til at sykehusvirksomheten flyttes helt ut av Ullevål.
- Det blir oppfattet som positivt at Oslo universitetssykehus ser sitt samfunnsansvar for byutvikling og tar sin påvirkningsmulighet i denne sammenheng på alvor.
- Nabolaget påpeker uheldige konsekvenser knyttet til trafikale forhold og en turvei i nrområdet.
- Flere av hørings svarene uttrykker bekymring over den bygnings- og kapasitetsmessige situasjonen i Oslo universitetssykehus på kort og mellomlang sikt og etterlyser tiltaksplaner for de nærmeste årene. Spesiell bekymring uttrykkes for den bygningsmessige situasjon på Radiumhospitalet.

4.4. Betydning av ekstern kvalitetssikring og høring for utformingen av bearbeidet rapport

Både ekstern kvalitetssikring og høringsinnspill vil få betydning når det skal ferdigstilles en bearbeidet versjon av idéfaserapporten.

Tidligere kapittel 1, rapportens hovedpunkter går ut som eget kapittel og inkluderes som ingress i nytt sammendrag. Behovsanalysen vil bli innarbeidet som nytt kapittel 3. Følgende er allerede gjort eller planlegges gjort med bearbeidet rapport som vil bli fremlagt for styret i neste styremøte:

| Kapittel | Endring |
|--|--|
| 1. Sammendrag | Vesentlig forkortet og revidert med tanke på å lette tilgjengeligheten for leseren. |
| 2. Bakgrunn, mandat og arbeidsprosess | Ingen vesentlig endring |
| 3. Behovsanalyse | Behovsanalysen er utvidet og tydeliggjort i et nytt kapittel for å svare ut innspill fra ekstern KS. Videre blir behovet for lokalsykehusstilbud til den voksende befolkning øst/sør i Oslo bli omtalt tydeligere. Den vanskelige HMS-situasjonen er løftet frem i beskrivelsen av de prosjektutløsende behov. |
| 4. Virksomhetsmodeller | Det er gitt en mer detaljert beskrivelse av klyngemodellen fordelt på to eller flere lokaliteter. |
| 5. Arealbehov | Ingen vesentlig endring ut over en justering av arealbehov for psykisk helse og avhengighet pga tilbakeføring av 28 senger knyttet til psykosebehandling til Akershus universitetssykehus. |
| 6. Lokalisering, tomtevalg og byutvikling | Det er tatt inn et nytt delt alternativ, "Hele Ullevål/Gaustad". I dette forslaget blir store deler av dagens bygningsmasse på Ullevål rehabilitert og benyttet. Gaustad sør med tunell er oppdatert for større grad av bevaring av grønndrag samt unngå åpning av Rasmus Winderns vei. |
| 7. 0-alternativet | Utdypet og kostnadsjustert. |
| 8. Økonomi | Nye beregninger er foretatt og innarbeidet |
| 9. Evaluering | Sammenheng mellom mål og evalueringskriterier er tydeliggjort. Gjennomførbarhet og risiko er vurdert for seg, og den kvalitative evalueringen er oppdatert som en konsekvens av dette. Høringsinnspill er tillagt vekt i evalueringen som beskrevet ovenfor. |
| 10. Plan for neste fase | Det er utarbeidet en skisse til den delen av kapitlet som omhandler etappevis utvikling. Videre foreslås det innarbeidet en plan for det videre arbeid i tråd med anbefalingene i denne styresaken. |
| 11. Vedlegg | Vedleggene er supplert med ROS-analyse og trafikkanalyse. |

4.5. Retning for det videre arbeid

Den modifiserte idéfaserapporten som skal legges frem for styret skal kunne ut i et konkret forslag til videreføring av idéfasearbeidet. Ekstern kvalitetssikring og høringsprosess understøtter den retning for det videre arbeid som er skissert nedenfor:

4.5.1. Retning for det videre arbeid med en langsiktig og helhetlig plan for utviklingen av Oslo universitetssykehus

- Kapasiteten ved sykehusene i Osloområdet må sees samlet og utnyttes fullt ut. Dette innebærer både at arbeidene med å etablere ny og hensiktsmessig oppgavedeling mellom sykehusene må fortsette, og at Lovisenberg diakonale sykehus og Diakonhjemmet sykehus bør få mulighet til å realisere sine utbyggingsplaner.
- Høringsinnspill fra to sentrale instanser, Oslo kommune og Universitetet i Oslo, gir støtte til Idéfaserapportens evaluering av alternativet Samling på Ullevål. Alternativet blir ikke anbefalt utredet videre nå.
- Kommunen anbefaler at Gaustad Øst-alternativet heller ikke utredes videre, mens Universitetet i Oslo ser også dette alternativet som interessant. Universitetet i Oslo støtter i likhet med kommunen imidlertid først og fremst Gaustad-Sør alternativet, dog i noe redusert omfang. Gaustad Øst-alternativet blir ikke foreslått utredet videre nå, men elementer fra Gaustad Øst kan eventuelt inkorporeres i en modifisert versjon av Gaustad Sør-alternativet.
- Etter innspill fra Oslo kommune og nabolaget på Vinderen/Gaustad bør en unnlate å gå videre med planlegging av en stor og tung utvidelse av psykiatrien nord for Gaustad. En mindre omfattende utbygging bør kunne vurderes. Dette betyr blant annet at en bør se på muligheten for å rehabilitere deler av bygningsmassen på Gaustad sykehus for egnede formål innen psykisk helsevern og at en bør se etter alternativ lokalisering for sikkerhetspsykiatrien.
- Alternativet der Oslo universitetssykehus utvikles sørover i retning mot Universitetet på Blindern får støtte, ikke minst av hensyn til samarbeidsmulighetene som ligger i et felles Campus for de to institusjonene. Det vil bli foreslått at man utarbeider en modifisert versjon av Gaustad Sør-alternativet som:
 1. Har redusert arealomfang. Dette oppnår man blant annet gjennom følgende tiltak:
 - ny oppgavedeling mellom sykehusene i Osloområdet
 - etablering av et lokalsykehus ved annen lokalisasjon
 - finne alternativ lokalisering for sikkerhetspsykiatrien
 - rehabilitere deler av bygningsmassen på Gaustad sykehus for egnede formål innen psykisk helse
 2. Imøtekommer innspill fra nabolaget slik at utbyggingen påvirker de trafikale forhold i nærområdet i minst mulig grad og at det fortsatt vil være en turvei forbi sykehuset til Marka.
 3. Gjør det mulig å beholde mest mulig av Domus Medica, samt komme med forslag til plassering av erstatningsbygg for Universitetet i Oslo samt Universitetet sitt planlagte odontologbygg.

4. Lar seg realisere med både tunnel og lokk over Ringveien.
- Basert på høringsinnspill vil rapporten anbefale utredning av et lokalsykehus med "nærsykehusprofil" som ligger utenfor hovedlokalisasjonen til Oslo universitetssykehus. Så vel lokalisering og innhold i et mulig lokalsykehus må utredes nærmere. Det må blant annet sees nærmere på etablering av en elektiv kirurgisk klynge og psykiatri og rusbehandling i tilknytning til et eventuelt lokalsykehus.
 - Lokalsykehuset kan i den videre utredning sees på som en variant av det delte løsningsalternativet, med utvidet mandat for lokalisering. Aker er et mulig lokaliseringsalternativ, men også lokalisasjoner lenger øst/sør i byen må vurderes.
 - Fortsette utredningen av 0-alternativet som blant annet omfatter Rikshospitalet, Ullevål, Radiumhospitalet og deler av Aker sykehus.
 - Konkretisere virksomhetsmodeller og gjøre virksomhetsavklaringer knyttet til 1) Samling på Gaustad (Gaustad Sør), 2) Delt løsning og 3) 0-alternativet med virksomhet bl.a på hovedlokalitetene Aker, Radiumhospitalet, Rikshospitalet og Ullevål. Organiseringen av kreftomsorgen i Oslo universitetssykehus må vies ekstra oppmerksomhet og knyttes til pågående arbeid med søknad om status som Comprehensive Cancer Centre. Lokalsykehusfunksjonen må tydeliggjøres og vurderes plassert annet sted enn hovedsykehuset.
 - Planer for storbylegevakt og protonsenters integreres i det videre arbeidet med alle de tre alternativene.

Det planlegges at plan for det videre arbeid med en langsiktig og helhetlig plan for utviklingen av Oslo universitetssykehus fremlegges som del av bearbeidet rapport i neste styremøte.

4.6. Plan for nybygg på Rikshospitalet innenfor gjeldende regulering

Det vil ta tid før det kan foreligge en endelig, langsiktig og helhetlig plan for den videre utvikling av Oslo universitetssykehus. Sykehusets prekære bygningsmessige situasjon gjør at det er høyst nødvendig å komme i gang med planlegging av nye bygg før den langsiktige planen er endelig vedtatt.

Ved behandlingen av mandatet for Idéfase OUS – Campus Oslo (sak 020 – 2013) åpnet styret i Helse Sør-Øst for gjennomføring av enkeltprosjekter parallelt med at det arbeides med en helhetlig plan:

"Styret vil påpeke at det fremlagte mandatet for idéfase beskriver en utvikling som er svært omfattende, med et innhold som omfatter byutvikling, utvikling relatert til Universitetet i Oslo og omfattende samferdselsrelaterte problemstillinger. Både planens omfang og tidshorisont er av en slik art at den må kunne sies å ligge på grensen av det som normalt vil være omfattet av en ordinær idéfase.

Styret legger til grunn at realisering og videre utvikling av Oslo universitetssykehus HF uansett vil kreve en trinnvis prosess med flere enkeltprosjekter som må planlegges innenfor en helhetlig ramme og retning.

Det forutsettes at idéfasemandater for enkeltprosjekter som foreslås på basis av dette arbeidet forelegges Helse Sør-Øst RHF før videre arbeid med slike prosjekter igangsettes, og at prosjektene tilpasses de økonomiske rammebetingelser

Styret forutsetter at det iverksettes nødvendige tiltak ved Oslo universitetssykehus HF for å oppfylle bygningsmessige lovkrav og for å opprettholde en forsvarlig drift inntil den endelige utbyggingen er fullført.”.

Eventuelle enkeltprosjekter bør i så stor grad som mulig, være avstemt med de langsiktige utviklingsplanene for sykehuset. Samtlige løsningsalternativer som blir evaluert i Idéfaserapporten, så nær som ”Samling på Ullevål” (som ikke blir anbefalt utredet videre), innebærer videreføring av virksomheten på Rikshospitalet i kombinasjon med større eller mindre utbygging samme sted. Dette gjelder også for 0-alternativet som foreslår etablering av 120 000 kvm nybygg, hvorav noe bør legges til Rikshospitalet der man blant annet behøver ny nyfødtintensivavdeling.

Innenfor gjeldende regulering på Rikshospitalet er det rom for å oppføre minst 14 000 kvm nybygg. En slik utbygging kunne gjennomføres uten omregulering og ville kunne frikobles fra videreføringen av det store, omfattende idéfaseprosjektet.

En slik utbygging på Rikshospitalet kan bidra til;

- å redusere behovet for kostbare investeringer i bygg som kommer til å bli fraflyttet
- å møte kapasitetsutfordringer innenfor kritiske, somatiske virksomhetsområder
- driftsforbedringer i fasen frem til nye sykehusbygg knyttet til første etappe av OUS – Campus Oslo står ferdig.

Det vil være behov for gode prosesser i sykehuset for å avklare hvilke deler av virksomheten som skal flytte inn i den nye bygningsmassen. Investeringene på Rikshospitalet vil kunne gi muligheter for rokadeløsninger ved de øvrige lokalisasjonene som gjør det mulig å utnytte den beste delen av eksisterende bygningsmasse i årene framover samt flytte ut av den dårligste bygningsmassen.

Et mandat for tidligfaseplanlegging av prosjektet må forelegges for styrene både i Oslo universitetssykehus og Helse Sør-Øst RHF. Det legges opp til at et mandat for et slikt idéfaseprosjekt legges frem for styret i neste styremøte, uavhengig av Idéfase OUS – Campus Oslo.

OPAK AS og Metier AS

Ekstern kvalitetssikring av idefaserappport OUS – Campus Oslo

Ekstern kvalitetssikring av Idéfase OUS – Campus Oslo



Eksternt kvalitetssikring av idefaserapport OUS – Campus Oslo

Oslo Universitetssykehus

Oslo universitetssykehus HF
Postboks 4950 Nydalen
0424 Oslo

Att: Nils Hjorthol

Dato: 6.10.2014

Kontaktperson/oppdragsansvarlig: Asbjørn Hansen (OPAK)

Kvalitetssikret av: Asbjørn Hansen (OPAK), Glenn Bjørnsrud (OPAK) og Steffen Sutorius (Metier)

Sammendrag

OPAK AS og Metier AS har fått i oppdrag å gjennomføre en kvalitetssikring av idéfaserapporten for Oslo universitetssykehus (OUS). Oppdraget er tildelt av Oslo universitetssykehus, og basert på OPAKs rammeavtale med Helse Sør-Øst. Sammen med prosjektledelsen har OPAK/Metier inndelt oppdraget i følgende tre områder (faser):

1. Kvalitetssikring av styringsdokumentasjon og prosjektorganisering
2. Kvalitetssikring av prosesser og metodikk
3. Kvalitetssikring av endelig Idéfaserapport

Denne rapporten oppsummerer konklusjoner og anbefalinger etter kvalitetssikring av punkt 3 – endelig Idéfaserapport

Kvalitetssikring av styringsdokumentasjon og prosjektorganisering ble ferdigstilt og overlevert prosjektledelsen 18.11.2013.

Kvalitetssikring av prosesser og metodikk ble ferdigstilt og overlevert prosjektledelsen 13.2.2014

I henhold til Helsedirektoratets veileder IS-1369, *Tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter* (s. 15), er «målet for idéfasen, på grunnlag av en vedtatt utviklingsplan for helseforetaket, å identifisere mulige, prinsipielle løsninger på et behov».

Prosjektet har vurdert at det er 3 hovedproblemstillinger som utløser et behov for dette prosjektet:

- Gammel og lite tilfredsstillende bygningsmasse
- En befolkningsvekst på 30 % i regionen frem til 2030
- Mange spredte virksomheter som gir ineffektivitet i forhold til samhandling

Idéfaserapporten har utredet flere ulike aktuelle alternativer i området Ullevål, Gaustad eller en kombinasjon av disse. Under følger Tabell 1 som viser de viktigste forskjellene mellom prosjektets vurderinger av å oppgradere dagens bygningsmasse og utvide med nybygg for å ivareta økt fremtidig kapasitetsbehov (nullalternativet), og det høyest rangerte alternativet (samling på Gaustad sør forutsatt klyngemodell).

| | Nullalternativet | Samling av OUS på Gaustad sør (klyngemodell) |
|------------------------------------|---|---|
| Behovet for arealer i kvadratmeter | 896 000 Arealet er ca. 40 % høyere enn i alternativet med lokasjon på Gaustad sør. Fratrukket Rikshospitalet på 176 000 kvadratmeter, som er forutsatt videreført i dette alternativet, er differansen på 55 %. | 641 000 Arealet er ca. 28 % lavere enn i nullalternativet. Fratrukket Rikshospitalet på 176 000 kvadratmeter, som er forutsatt videreført i dette alternativet, er differansen på 35 %. |

| | Nullalternativet | Samling av OUS på Gaustad sør (klyngemodell) |
|--|---|---|
| Forventet investeringskostnad | 22,2 milliarder kroner | 38,5 milliarder kroner |
| Effektivisering av årlige lønnskostnader som følge av prosjektet: NB: Ut over det som effektiviseres fra prosjektet, er det antatt en generell årlig effektivisering av lønnskostnadene på 150 millioner kroner i 2015, 300 millioner kroner i 2016, 450 millioner kroner i 2017, og 600 millioner kroner i 2018 og årene fremover. | 80 millioner kroner | 800 millioner kroner Dette innebærer i praksis at budsjetterte lønnskostnader i 2014 på 13,77 milliarder kroner kun øker til 13,98 milliarder kroner i 2030. Det betyr at prosjektet legger til grunn at det økte kapasitetsbehovet på 30 % i 2030 kan ivaretas med tilnærmet dagens bemanning (marginal økning på 1,5 %) |
| Forventede FDVU kostnader som følge av prosjektet i 2030 gitt dagens kroneverdi. | 1 084 millioner kroner | 777 millioner kroner |
| Økonomisk bæreevne | Nei | Ja/Nei. OUS har økonomisk bæreevne til dette prosjektet, men kun forutsatt forutsetninger om effektiviseringer fra 2015 – 2018, og effektiviseringer som følge av prosjektet. Uten generelle effektiviseringer fra 2015 – 2018 vil ikke OUS ha økonomisk bæreevne til dette prosjektet. Effektiviseringer som følge av prosjektet alene medfører derfor ikke isolert sett til at kravet om økonomisk bæreevne er oppfylt. |
| Oppfyllelse av kvalitative målsettinger | Jevnt over dårligere måloppnåelse på alle områder sammenlignet med andre alternativer | Jevnt over vesentlig bedre måloppnåelse enn nullalternativet |

Tabell 1: Noen viktige tallstørrelser for nullalternativet og høyes rangert alternativ med samling på Gaustad sør og klyngemodell

OPAK/Metier har i rapporten forsøkt å besvare og gi prosjektet råd innenfor følgende hovedområder:

- Utformingen av mandatet
- Er behovet for prosjektet godtgjort?
- Er bredden i alternativene tilstrekkelig?
- Sammenhengen mellom behov, mål og evalueringskriterier
- Økonomi

- Evalueringen av alternativene
- Realismen i vurderingene

OPAK/Metier har gitt prosjektet følgende hovedanbefalinger i kvalitetssikringen av ideofaserapport versjon 1.0 av 6.10.2014:

| Område | Anbefaling |
|--|---|
| Mandat, eventuelle begrensninger i lokasjoner og kravet til trinnvis utbygging i samsvar med sykehusets behov. | <p>Det synes naturlig at mandatet er begrensende i forhold til å søke mulige lokasjoner i området Gaustad, Ullevål eller en kombinasjon av disse.</p> <p>Det kan likevel stilles spørsmål ved hvorvidt området omkring Aker sykehus ikke er en aktuell lokasjon. Dette er behandlet i arealutviklingsplanen, men området er av flere grunner ikke tatt videre til ideofaserapporten. OPAK/Metier mener det er hensiktsmessig at dette området omtales i ideofaserapporten, og at bakgrunnen for at dette området ikke er en aktuell lokasjon forklares i ideofaserapporten, eller grovsiles bort i ideofaserapporten etter samme kriterier som andre alternativer grovsiles bort. Med unntak av utelatelse av vurderinger omkring Aker-området, mener OPAK/Metier at avgrensningene i forhold til lokasjoner i mandatet er hensiktsmessige.</p> <p>Idefaserapporten viser en tretrinns utvikling av bygningsmassen for konseptene. Dette er imidlertid kun en overordnet trinnvis plan for utvikling av bygningsmassen. Den trinnvise planen inneholder ikke en mer detaljert utvikling av bygningsmassen i takt med endringer i sykehusets behov, og får heller ikke frem hvilke avhengigheter som skapes mellom fasene. OPAK/Metier anbefaler derfor at de trinnvise planene detaljeres ytterligere slik at:</p> <ul style="list-style-type: none"> • man får et tydeligere bilde av hvilke funksjoner som blir berørt i de ulike fasene • eventuelle avhengigheter kommer tydelig frem • eventuelle risikopunkter i de ulike trinnene kommer tydelig frem |
| Konseptuelle problemstillinger og godtgjørelse av prosjektet | <p>OPAK/Metier mener at alder og tilstand på bygningsmassen alene utløser et behov for dette prosjektet. Behovet for fremtidig kapasitet sett i lys av befolkningsøkningen i regionen utløser også alene et behov for dette prosjektet. OPAK/Metier ser derimot ikke at det er opplagt at behovet for samling alene ville utløst et behov for dette prosjektet, hvis de to andre konseptuelle problemstillingene ikke eksisterte.</p> <p>OPAK/Metier har følgende anbefalinger til de konseptuelle problemstillingene:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pedagogisk bør fremtidens kapasitetsbehov grafisk fremstilles og sammenlignes med dagens kapasitet. Dette kan gjøres ved at man |

| Område | Anbefaling |
|-------------------------|--|
| | <p>grafisk viser det fremtidige kapasitetsbehovet per år og sammenligner dette med dagens kapasitet. Dette gjør det enklere for leser og beslutningstaker å se når prosjektet må starte for at ikke OUS kommer en situasjon med betydelig underkapasitet.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Forventet levetid på de byggene som er i dårlig eller meget dårlig tilstand bør vises slik at leser og beslutningstaker kan se når byggene uansett må fornyes • Behovet for samling av likeartede aktiviteter bør inngå som et eget kapittel i behovsanalysen, hvor gapet mellom dagens situasjon og fremtidige behov kommer tydelig frem. Et eksempel på dette er at man gjør en mer inngående vurdering av hvilke aktiviteter som naturlig krever innbyrdes samarbeid, og som bør samles til en og samme lokasjon. |
| Prosjektutløsende behov | <p>Det prosjektutløsende behov er i idefaserapporten beskrevet med samme tekst som de konseptuelle problemstillingene.</p> <p>OPAK/Metier anbefaler at prosjektet beskriver det prosjektutløsende behov som en fremtidig forventet tilstand for OUS. Det prosjektutløsende behovet bør avledes av en behovsanalyse som beskriver gapet mellom dagens situasjon og ønsket fremtidig tilstand</p> |
| Behovsanalysen | <p>Behovsanalysen er beskrevet i kapittel 3.3 fra side 35 – 39. Beskrivelsen av behovene er i hovedsak en gjengivelse av de konseptuelle problemstillingene som tilstand på byggene, behovet for kapasitet og behovet for samling av likeartede aktiviteter som er beskrevet i kapittel 2.1.</p> <p>OPAK/Metier har både i fase 1 og fase 2 av kvalitetssikringsarbeidet påpekt behovet for en grundig behovsanalyse som gir grunnlag for utarbeidelse av målsettinger og evalueringskriterier for prosjektet. OPAK/Metier mener at behovsanalysen fortsatt er mangelfull. Det synes vanskelig å se sammenhengen mellom behov, mål og evalueringskriterier. Eksempelvis burde dokumentet vært utformet på en slik måte slik at:</p> <ul style="list-style-type: none"> • alle viktige behov blir behandlet med en egen [redacted] og ønsket fremtidig situasjon. Dette bør så referanser • viktige behov oppsum5.67 205(ige)-9(behTJETC |

| Område | Anbefaling |
|----------------------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • det settes resultatindikatorer på målsettingene • målsettingene (sammen med resultatindikatorerne) benyttes som en del av evalueringskriteriene for prosjektet. <p>OPAK/Metier anbefaler at prosjektet bruker tid på å utforme en behovsanalyse med tydelig beskrivelse av dagens situasjon og ønsket fremtidig tilstand. Det anbefales at behovsanalysen utformes med tydelige overskrifter for hvert enkelt behov, og oppsummeringer av hvert enkelt behov. Dette sikrer at leser og beslutningstaker opplever en rød tråd fra behovsanalysen til endelig evaluering av konseptene.</p> <p>Oppfølging av denne anbefalingen anses som meget viktig i forhold til leveransen av endelig idefaserapport.</p> |
| Bredden i konseptene | <p>OPAK/Metier anbefaler at det utredes et alternativ hvor man har lokasjoner både på Ullevål og Gaustad, jf. alternativ 4, men hvor man bevarer hele eller store deler av bygningsmassen på Ullevål. OPAK/Metier mener idefasedokumentet ikke kan utelukke et delt alternativ hvor man har en delt løsning mellom Ullevål og Gaustad, men samtidig bevarer de fleste av bygningene på Ullevål. Dette kan bidra til at interessenter stiller spørsmål om hvorfor et slikt alternativ ikke er utredet, og dette kan være uheldig når alternativet synes som et fullt ut realistisk alternativ på lik linje med mange av de andre alternativene som er utredet. Hvis prosjektet derimot kan verifisere at dette alternativet er opplagt dårligere enn andre alternativer, kan alternativet grovsiles før kapittelet om evaluering av konsepter.</p> |
| Virksomhetsmodeller | <p>Arbeidet med virksomhetsløsninger har gitt et betydelig løft i beskrivelsen av de virksomhetsmessige behovene i forhold til det som ble beskrevet i arealutviklingsplanene 2025.</p> <p>OPAK/Metier mener derfor at arbeidet med virksomhetsløsninger bør inngå som et betydelig bidrag i behovsanalysen. I forhold til arbeidet med behovsanalysen er det viktig at de virksomhetsmessige behovene i større grad beskrives med utgangspunkt i dagens situasjon og utfordringer sett opp mot OUS sine behov i fremtiden.</p> <p>Videre stiller OPAK/Meter spørsmål om hvorvidt det er formålstjenlig å konkludere med valg av virksomhetsmodell på dette stadiet av prosjektet. De ulike virksomhetsmodellene skiller i liten grad på arealbehovet i de ulike alternativene, men i noen grad på driftseffektiviteten. Valg av eventuelt klyngemodell gir direkte føringer for hvilke alternativer som kan støtte opp om dette valget.</p> |

| Område | Anbefaling |
|--------------------------------------|---|
| | <p>OPAK/Metier mener derfor det er mest hensiktsmessig at de virksomhetsmessige behovene beskrives tydeligere, og også kommer tydeligere frem under evalueringskriteriene.</p> <p>OPAK/Metier anbefaler også at noen konklusjoner underbygges tydeligere, eksempelvis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hvorfor er klyngemodellen mer egnet for etappevis utbygging enn de andre virksomhetsmodellene? OPAK/Metier ser at klyngemodellen trolig er mer egnet for trinnvis utbygging hvis man ikke har eksisterende sykehusbygg å ta hensyn til. Men med dagens spredte lokaliteter bør denne argumentasjonen begrunnes ytterligere. • Hvorfor blir sykehuset mer driftseffektivt ved å skille akutt virksomhet fra elektiv virksomhet? Ut fra oversendte referanser fra prosjektledelsen og egne kontrollerte referanser ser OPAK/Metier at den elektive virksomheten blir mer driftseffektiv ved å ha et skille mellom akutt – og elektiv virksomhet. Det er dog ingen referanser som underbygger at sykehuset blir mer driftseffektivt totalt sett (les sparer kostander). Referansene sier enten ingenting om dette, eller påpeker at det er en risiko for at sykehuset blir mindre driftseffektivt etter som det er vanskeligere å ha full produksjonskapasitet i to enheter enn i en enhet som dekker begge områder. |
| Grovsiling av alternativer/konsepter | <p>OPAK/Metier anbefaler at prosjektet benytter et sett med objektive kriterier som konseptene vurderes opp mot i prosessen med grovsiling. Beste praksis tilsier at evalueringskriteriene og risikofaktorer bør inngår som en del av grovsilingen. Konseptene bør da evalueres skjematisk opp mot alle de objektive evalueringskriteriene slik at evalueringen blir tansperent og lik for alle konsepter.</p> |
| Målsettinger og evalueringskriterier | <p>OPAK/Metier anbefaler at målsettingene/evalueringskriteriene bygger på tydelige behov avledet fra en behovsanalyse, jf. kommentar under avsnitt 4.7 og 4.8.</p> <p>OPAK/Metier anbefaler at risiko skilles ut som en separat vurdering, slik at disse ikke blandes sammen med målsettingene. Slik evalueringen er gjennomført er det vanskelig for leser og beslutningstaker å se risikoen i de ulike konseptene, da dette inngår som enkeltpunkter i den totale vurderingen. Leser og beslutningstaker bør få et separat bilde av måloppnåelsen, og et separat bilde av risikoen til de enkelte konseptene.</p> <p>OPAK/Metier anbefaler at det tas en gjennomgang av evalueringskriteriene for å sikre at man ikke vurderer samme forhold under to eller flere av</p> |

| Område | Anbefaling |
|---------------------|--|
| | <p>evalueringskriteriene.</p> <p>Summen av de to foregående punktene medfører at OPAK/Metier mener at 4 av 7 evalueringskriterier er mindre egnet til dette formål</p> <p>OPAK/Metier anbefaler at prosjektet kort beskriver hva som ligger i evalueringskriteriene slik at det blir lettere for leser og beslutningstaker å ta stilling til evalueringen.</p> <p>OPAK/Metier anbefaler at prosjektet utdypet selve evalueringen noe mer enn det som ligger i idefaserapporten og vedlegg 6.</p> <p>OPAK/Metier anbefaler at prosjektet også ser om det er hensiktsmessig å splitte noen av evalueringskriteriene, eksempelvis byutvikling og innovasjon som synes som to ulike evalueringskriterier.</p> <p>Basert på dagens kvalitative evaluering klarer ikke OPAK/Meter å skille konseptene på en tydelig nok måte til å innestå for rangeringen til prosjektet.</p> |
| Behovet for arealer | <p>OPAK/Metier anbefaler at prosjektet utleder arealbehovet slik at det er mulig å se hvordan arealet for de ulike funksjonene summerer seg opp til det totale arealbehovet. Det totale arealbehovet forefinnes ikke i vedlegg 5 aktivitet, kapasitet og arealbehov.</p> <p>Sett i lys av prosjektets betydelige beregnede reduksjon i arealbehov sammenlignet med nullalternativet, anbefaler OPAK/Metier at differansen forklares på en mer tydelig måte (med forklarende faktorer) enn det som er beskrevet i idefaserapporten.</p> <p>OPAK/Metier mener at reduksjonen i arealbehov er så stor sammenlignet med dagens situasjon og nullalternativet (underkant av 30 %), at prosjektet bør kvalitetssikre dette nærmere. Videre bør prosjektet forklare reduksjonen nærmere ved å sammenligne hvordan arealene er benyttet i dag.</p> |
| Økonomi | <p>Økonomiske forutsetninger i det anbefalte alternativet versus nullalternativet:</p> <p>Det anbefalte alternativet på Gaustad sør inneholder en betydelig arealreduksjon sammenlignet med dagens situasjon, som får innvirkning både på det samlede investeringsomfanget og fremtidige FDVU-kostnader. I tillegg forutsettes det at lønnskostnadene ikke skal øke på 15 år samtidig som det forventes en økt befolkningsvekst i regionen på 30 %. Det er med andre ord mange faktorer som skal slå inn med positiv virkning samtidig. Prosjektet bør gjennomføre en overordnet risikovurdering av om det er realistisk at alle positive faktorer slår til samtidig.</p> <p>I nullalternativet synes derimot</p> |

| Område | Anbefaling |
|--------------------|--|
| | <p>effektiviseringsgevinstene å være noe lave sett i forhold til andre alternativer. Mange av omstillingsfaktorene som prosjektet har benyttet synes å påvirke nullalternativet i større grad enn det som prosjektet har oppgitt. Det er dog viktig at prosjektet vurderer alle alternativene opp mot de enkelte omstillingsfaktorene slik at dette blir transparent, OPAK/Metier mener at forenklingen blir for stor ved bare å anta at nullalternativet gir 10 % effektiviseringsgevinst sammenlignet med det høyst rangerte alternativet med begrunnelse i mindre nybygg.</p> <p>Kostnader knyttet til nullalternativet:</p> <p>I idefaserapporten fremkommer det at kostnader knyttet til ombygging/rehabilitering er anslått til 25 %, 50 % og 75 % av nybygg. Basert på OPAK/Metiers erfaringer fra byggeprosjekter synes disse estimatene som for lave.</p> <p>I forhold til tilbakemeldinger fra prosjektet synes det som nullalternativet ikke har like lang levetid som andre alternativer. Nullalternativet må derfor oppdateres til å ha samme levetid som andre alternativer slik at alternativene blir sammenlignbare for beslutningstaker.</p> <p>Økonomisk bæreevne:</p> <p>OPAK/Metier anbefaler at prosjektet gjennomfører en mer detaljert følsomhetsanalyse av alle økonomisk faktorer for å se hvordan endringer i disse vil påvirke OUS sin evne til å bære prosjektet finansielt. Allerede i dag fremkommer det at OUS ikke har bæreevne til prosjektet hvis ikke planlagte effektiviseringer som ikke er relatert til prosjektet realiseres, og gitt de andre forutsetningene i idefaserapporten</p> <p>Oppsummering av økonomiske forutsetninger:</p> <p>OPAK/Metier anbefaler at det lages en tabell som oppsummerer de viktigste tallstørrelsene for nullalternativet og ett eller flere andre alternativer. Tabellen bør også suppleres med forklaringer av hva som er konsekvensen av de ulike beregningene. Dette kan eksempelvis være konsekvenser i forhold til FDVU kostnader og kostnader knyttet til bemanning sett opp mot fremtidig økt kapasitetsbehov.</p> |
| Andre anbefalinger | <p>OPAK/Metier har følgende andre anbefalinger til prosjektet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det er mye god dokumentasjon i prosjektet. Idefaserapporten er på om lag 200 sider, og i tillegg kommer 8 vedlegg. Prosjektet bør forsøke å redusere selve idefaserapporten noe, og heller gjøre den mer pedagogisk ved å |

| Område | Anbefaling |
|--------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Det er viktig at idefaserapporten og vedleggene inneholder sammenfallende informasjon. Dette er ikke alltid tilfellet. Dette gjelder spesielt utledning av arealer (vedlegg 5) og evalueringer (vedlegg 6). Det er ikke mulig å lese seg til det totale arealbehovet i vedlegget, og den tekstlige evalueringen i vedlegget er tynnere og til dels annerledes enn i idefaserapporten • I alle vurderinger omkring elastisitet synes det kun som om det er vurdert behov for utvidelse av bygningsmassen. OPAK/Metier mener det også vil være naturlig å vurdere konsekvenser ved reduksjoner i bygningsmassen da dette også kan være et framtidsscenario. <p>De viktigste budskapene bør synliggjøres på en mer pedagogisk måte, gjerne i en egen oppsummering. Dette kan være:</p> <ul style="list-style-type: none"> • konseptuelle problemstillinger • viktige behov og prosjektløsende behov • reduksjon i arealbehov • effektivitetsgevinster • Økonomisk bæreevne • et beskrivende fremtidsbilde etter at prosjektet er ferdig |

Innholdsfortegnelse

| | | |
|------|--|----|
| 1 | Innledning..... | 12 |
| 2 | Metode | 13 |
| 3 | Anbefalinger fra fase 1 og fase 2 av kvalitetssikringen..... | 15 |
| 4 | Kvalitetssikring av idefaserapporten..... | 19 |
| 4.1 | Mandat | 19 |
| 4.2 | Konseptuelle problemstillinger..... | 21 |
| 4.3 | Prosjektutløsende behov | 22 |
| 4.4 | Behovsanalysen | 22 |
| 4.5 | Bredden i konseptene/alternativene | 24 |
| 4.6 | Virksomhetsmodeller | 25 |
| 4.7 | Grovsiling av konsepter/alternativer | 27 |
| 4.8 | Målsettinger og evalueringskriterier..... | 28 |
| 4.9 | Behovet for arealer | 31 |
| 4.10 | Økonomi | 32 |
| 4.11 | Andre anbefalinger | 36 |

1 Innledning

OPAK AS og Metier AS har fått i oppdrag å gjennomføre en ekstern kvalitetssikring av idéfaserapporten for Oslo universitetssykehus (OUS). Oppdraget er tildelt av Oslo universitetssykehus, og basert på OPAKs rammeavtale med Helse Sør-Øst. Sammen med prosjektledelsen har OPAK/Metier inndelt oppdraget i følgende tre områder (faser):

1. Kvalitetssikring av styringsdokumentasjon og prosjektorganisering
2. Kvalitetssikring av prosesser og metodikk
3. Kvalitetssikring av endelig Idéfaserapport

Denne rapporten oppsummerer konklusjoner og anbefalinger etter kvalitetssikring av punkt 3 – endelig Idéfaserapport

Kvalitetssikring av styringsdokumentasjon og prosjektorganisering ble ferdigstilt og overlevert prosjektledelsen 18.11.2013.

Kvalitetssikring av prosesser og metodikk ble ferdigstilt og overlevert prosjektledelsen 13.2.2014

Prosjektet *Idéfase OUS – Campus Oslo* er todelt:

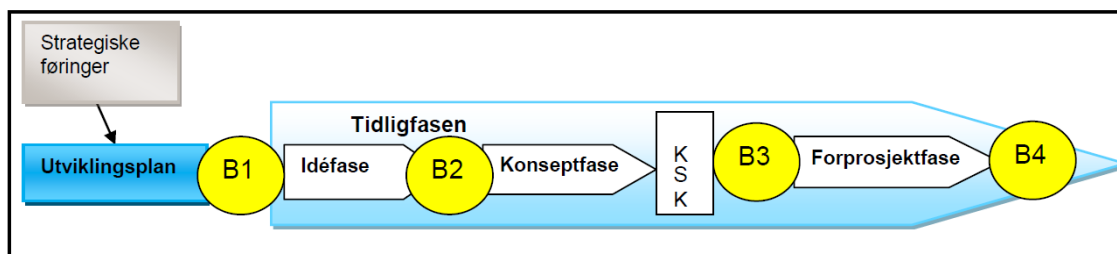
- *Idéfase OUS* er idéfase for utvikling av nytt Oslo universitetssykehus, og innbefatter utvikling av konsepter for virksomhetsmessige og bygningsmessige alternativer.
- *Campus Oslo* inngår i mandatet og defineres som en mulighetsstudie i forhold til samhandling mellom Oslo universitetssykehus, Oslo kommune og Universitetet i Oslo.

I henhold til Helsedirektoratets veileder IS-1369, *Tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter* (s. 15), er «målet for idéfasen, på grunnlag av en vedtatt utviklingsplan for helseforetaket, å identifisere mulige, prinsipielle løsninger på et behov».

Beslutninger som fattes på grunnlag av *Idéfase OUS – Campus Oslo*, skal danne retning for videre planlegging av nytt Oslo universitetssykehus og samtidig peke på muligheter for etablering av Campus Oslo med tanke på geografisk plassering og omfang.

2 Metode

Kvalitetssikringen av idefaserapporten for Oslo universitetssykehus - campus Oslo, er basert på Helsedirektoratets veileder IS-1369, *Tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter*. Figur 1 under viser de viktigste beslutningspunktene i tidligfasen for sykehusprosjekter.



Figur 1: Faser og beslutningspunkter i tidligfasen

Idefasen skal bygge på tidligere utarbeidet bygningsmessig – og virksomhetsmessig utviklingsplan. Disse dokumentene er kommentert i fase 1 og fase 2 av kvalitetssikringen.

Hovedformålet til idefasen er å identifisere en stor bredde av mulige alternative konsepter som støtter opp om helseforetakets behov og målsettinger. Konseptene må være realistiske og gjennomførbare, og tilfredsstillende helseforetakets krav til finansiell bæreevne.

Det er ikke et formelt krav at idefasen er underlagt ekstern kvalitetssikring. Det formelle kravet til kvalitetssikring inntreffer først når neste fase, konseptfasen, er ferdigstilt. Oslo universitetssykehus har på bakgrunn av prosjekts omfang bedt om ekstern kvalitetssikring av idefasen.

Det er gjennomført flere møter og workshops med prosjektledelsen i forbindelse med kvalitetssikringen av idefasedokumentet. I tillegg er det gjennomført 2 møter med ledelsen Helse Sør – Øst.

Følgende dokumenter er lagt til grunn for kvalitetssikring av idefasen:

[Idefasen OUS - Campus Oslo](#) av 19.6.2014 med følgende vedlegg:

[Vedlegg 1 - Mandat](#)

[Vedlegg 2 - Virksomhetsløsninger](#)

[Vedlegg 3 - Fysiske løsninger og byutvikling](#)

[Vedlegg 4 - Økonomi](#)

[Vedlegg 5 - Aktivitet, kapasitet og arealbehov](#)

[Vedlegg 6 - Evaluering](#)

[Vedlegg 7 - Innovasjon og næringsutvikling](#)

[Vedlegg 8 - Demografi](#)

Det finnes mye god dokumentasjon i prosjektet. En kvalitetssikringsrapport har dog av natur fokus på forbedringspunkter. Denne rapporten har også fokus på å gi prosjektet råd og veiledning slik at den endelige idefaserapporten skal gi et best mulig beslutningsgrunnlag for å gå videre til konseptfasen. OPAK/Metier har så langt som mulig ikke bare påpekt mangler, men også forsøkt å gi konkrete råd for hvordan eventuelle mangler kan forbedres.

3 Anbefalinger fra fase 1 og fase 2 av kvalitetssikringen

Under følger en kort oppsummering av anbefalingene fra kvalitetssikringen av fase 1 styringsdokumentasjon og prosjektorganisering og fase 2 prosesser og metodikk. I oppsummeringen under er det kun medtatt anbefalinger som direkte er rettet mot idefaserapporten, og ikke anbefalinger som er gitt på andre områder som eksempelvis prosesser, organisering og kommunikasjon.

Tidligere anbefalinger del 1: styringsdokumentasjon og prosjektorganisering:

| Område | Anbefaling |
|----------------|--|
| Behovsanalysen | <p>Beskrivelse av dagens situasjon og fremtidige behov fremkommer ikke tydelig i utviklingsplanen. Det er viktig at idéfaserapporten viser sammenhengen mellom dagens situasjon og fremtidens behov på en tydeligere måte. Eksempelvis er det vanskelig å lese ut av rapporten om hva som er bakgrunnen for prosjektet, og om det prosjektutløsende behov er:</p> <ul style="list-style-type: none">• Behovet for mer samhandling/samløkalisering• Behovet for økt kapasitet• Alder – forefallende bygningsmasse• En kombinasjon av de tre ovennevnte faktorene |
| Målsettinger | <p>Samfunnsmålene og effektmålene synes ikke å være avledet av en behovsanalyse, men av strategiske føringer og andre forhold. Eksempelvis beskrives disse målsettingene i arealutviklingsplanen før fremtidens behov beskrives.</p> |
| Målsettinger | <p>Samfunnsmålene og effektmålene er ikke egnet for evaluering av konsepter. Hver enkelt målsetting inneholder flere delmål, og noen av delmålene kan også trekke i ulike retninger. Målsettingene bør også så langt som mulig prioriteres</p> |
| Målsettinger | <p>Basert på prosjektets store omfang, og utfordringene knyttet til fremtidens pasientbehandling bør målsettingene i større grad inneholde behovet for nytenkning, eksempelvis:</p> <ul style="list-style-type: none">• Målsettinger knyttet til nye arbeidsformer• Målsettinger knyttet til samhandling, eller grad av samhandling• Bruk av teknologi |

| Område | Anbefaling |
|------------------------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> Målsettinger knyttet til utdanning, forskning og utvikling |
| Teknologi | Arbeidet med teknologi og IKT-løsninger bør vies mer plass i prosjektorganiseringsen. |
| Interessentanalysen | Arbeidet med interessenter bør tydeliggjøres. Det bør utarbeides en plan som inneholder de viktigste oppgavene som skal avklares med interessenter, og hvem som er interessentene. Det skilles på hvem som er interessenter til pågående utredning, og som vil være interessenter i senere faser. Planen bør også inneholde en tidsplan og en oversikt over hvordan de ulike interessentene skal håndteres. Dette anses som tidskritisk. |
| Risiko | Det bør utarbeides en oversikt over de viktigste risikofaktorene i prosjektet slik at prosjektet kan gjennomføre usikkerhetsstyring av prosjektet. Dette anses som tidskritisk |
| Forskning og utdanning | Det er viktig at forskning og utdanning har en sterk involvering i prosjektet. Disse områdene kan trolig bidra til nytenkning på flere områder i behovsanalysen. Forskningsutvalget etterspør blant annet konkrete arbeidspakker fra prosjektet, som for eksempel hvordan forskning best kan organiseres. |
| Forskning og utdanning | Kunnskapsdepartementet bør involveres i forhold til forskning og utdanning. Dette gjelder både i forhold til innhold og finansiering. Kunnskapsdepartementet var en viktig sponsor for forskningsdelen i oppbyggingen av St. Olavs Hospital. |

Tidligere anbefalinger del 2: prosesser og metodikk:

| Område | Anbefaling |
|--|---|
| Framskrivning av demografi | Det anbefales at utviklingen i demografi korrigeres for de ulike aldersgrupperes forbruk av sykehustjenester. Dette vil vise den teoretiske økningen av kapasitetsbehovet for OUS før effektiviseringstiltak på en mer presis måte. |
| Bruk av referanser for effektivisering | Det anbefales at effektiviseringstiltakene fordeles på ulike kategorier, og at disse tiltakene sammenlignes med nylige utarbeidede framskrivinger for andre sykehus. |
| Usikkerhetsvurderinger av demografi og effektiviseringer | Det anbefales at det utarbeides tre scenarier for kapasitetsbehov; høyt, middels og lavt. Hensikten med dette er på en best mulig måte å vise |

| Område | Anbefaling |
|--|--|
| | usikkerheten i det fremtidige kapasitetsbehovet. Det anbefales også det at det gjennomføres en usikkerhetsanalyse av de faktorene som påvirker kapasitetsbehovet. Dette vil resultere i at prosjektet kommer frem til en forventningsverdi for fremtidig kapasitetsbehov med et nedre/øvre usikkerhetsspenn. |
| Fleksibilitet i konseptene i forhold til arealreduksjoner eller arealutvidelse | Usikkerheten i det beregnede kapasitetsbehovet bør testes opp mot fleksibiliteten/elasticiteten i konseptene. |
| Virksomhetsmessige avhengigheter | Det anbefales at prosjektet drøfter hvordan de alternative virksomhetsmodellene vil påvirke konseptenes arealbehov og driftsøkonomi. Dette vil også være en naturlig del av evalueringen av de ulike virksomhetsmodellene. |
| Optimalisering av beslutningstidspunkt for kapasitetsbehov | Det anbefales at prosjektet lager en tidsplan for når det endelige beregnede kapasitetsbehovet besluttes. I denne fasen av prosjektet er det viktigste å teste konseptene for usikkerheten i fremtidig kapasitetsbehov |
| Framskrivning av økonomi | Det anbefales at det i idefasen gjøres vurderinger av om effektiviseringsgevinstene påvirkes av ulike konseptuelle løsninger, herunder også ulike virksomhetsmodeller. Hvis konseptene skiller tydelig på muligheten for effektivisering bør dette inngå som en del av beregningene omkring sykehusets finansielle bæreevne per konsept. |
| Framskrivning av økonomi | OPAK/Metier anbefaler at prosjektet gjør en vurdering av om infrastrukturkostnader kan skille mellom konseptene. Hvis dette er tilfellet må dette implementeres som en del av kostnadsvurderingene i vurderingene av de ulike konseptene |
| Utarbeidelse av metodikk for siling av konsepter | OPAK/Metier anbefaler at prosjektet forbereder en god og trinnsvis prosess for siling av ulike konseptuelle løsninger som går videre fra idefasen til konseptfasen. |
| Sammenhengen mellom behov, mål og andre faktorer | OPAK/Metier anbefaler at prosjektet utarbeider en kort oversikt som viser sammenhengen mellom disse faktorene. En slik oversikt vil blant annet bidra til å sikre at: Målsettingene (og senere evalueringskriterier) dekker alle de viktigste behovene fra behovsanalysene. Virksomhetsmodellene blir vurdert ut fra mål, og ikke andre kriterier som avviker fra målsettingene At mulige effektiviseringer blir sett opp mot de ulike virksomhetsmodellene |

| Område | Anbefaling |
|----------------------|--|
| | <p>Flere av prinsippene som benyttes for virksomhetsløsninger kan ikke direkte leses av de generelle evalueringskriteriene. OPAK/Metier anbefaler at disse kriteriene er mest mulig like. Hvis prosjektet ser det som hensiktsmessig at prinsippene for virksomhetsløsninger avviker fra de generelle evalueringskriteriene anbefaler OPAK/Metier at dette begrunnes særskilt</p> |
| Interessentanalysen | <p>Det anbefales følgende i forhold til interessentanalysen:</p> <p>Det gjøres en oppsummering av interessentanalysen hvor de viktigste interessenters behov fremkommer</p> <p>De viktigste behovene fra interessenter prioriteres</p> <p>De viktigste behovene fra interessentanalysen inngår i evalueringen av konseptene.</p> |
| Evalueringskriterier | <p>Prosjektet har utarbeidet en ny og oppdatert versjon av evalueringskriterier. Fortsatt anbefaler OPAK/Metier at det gjøres en vurdering av evalueringskriteriene opp mot viktige behov. Det foreligger mye dokumentasjon, men det er fortsatt vanskelig å se en rød tråd fra behov til evalueringskriterier.</p> <p>Videre må evalueringskriteriene oppdateres etter at interessentanalysen er ferdig. Da må de viktigste behovene fra interessentene også inngå i effektmålene for prosjektet.</p> <p>OPAK/Metier er også av den oppfatning at det fortsatt er mange resultatindikatorer under hvert evalueringskriterium. Under eksempelvis evaluering av «Et sykehus som tar utgangspunkt i pasientens perspektiv» er det 9 punkter som inngår i evalueringen.</p> |

4 Kvalitetssikring av idefaserapporten

4.1 Mandat

Mandatet gir klare føringer for idefasen. Foruten avgrensninger i søket etter mulige lokasjoner, gir mandatet føringer gjennom:

- tidligere arbeid med utviklingsplanen
- sykehusets strategi
- kravene fra tidligfaseveilederen for sykehusprosjekter
- ett sett med suksesskriterier som langt på vei er sammenfallende med kravene i tidligfaseveilederen for sykehusprosjekter

Eventuelle kommentarer til punktene over vil kommenteres senere i dokumentet.

Mandatet for idefasen gir også klare føringer for hvilke lokasjoner som skal utredes for Oslo universitetssykehus. På side 4 i mandatet står det blant annet:

«På bakgrunn av dette ønsker Oslo universitetssykehus nå å igangsette en idéfase. Denne skal identifisere mulige prinsipielle løsningsalternativer for å realisere et Campus Oslo innenfor det geografiske området Gaustad, Blindern og Ullevål».

På side 12 i mandatet er dette konkretisert i følgende scenarier (muligheter)

Scenario 1 – Full samlokalisering et komplett Oslo universitetssykehus

Scenario 1 innebærer å samle hele sykehusets virksomhet (inkludert psykisk helse og avhengighet utenom DPS og BUP poliklinikk) på to mulige lokalisasjoner:

1. I området Gaustad Blindern
2. På Ullevål tomten.

Scenario 2 – Delt lokalisering av funksjonene ved Oslo universitetssykehus

Scenario 2 skal belyse mulighetsrommet dersom all virksomhet ikke samles i en ende av Campus Oslo (Gaustad eller Ullevål). Dette innebærer en fordeling av sykehusets funksjoner på to «hovedlokalisasjoner» og et geografisk utvidet Campus Oslo. Her må virksomhetsavklaringer knyttet til funksjonsfordeling utarbeides.

Mulige plasseringer på Ullevål skal minst omfatte:

1. Utvikling og utbygging av Ullevål tomten sentralt, i tråd med anbefalingen i Arealutviklingsplan 2025
2. Utvikling og utbygging i områdene nord på Ullevål tomten
3. På Gaustad vil løsningsmulighetene for plassering av bygg være de samme som i scenario 1 (utvidelse mot sør, øst eller nord, eller kombinasjoner av disse).

For alle konsepter skal det gjøres vurderinger av muligheten for en trinnvis utvikling av bygningsmassen i takt med endringer i behov, funksjon og tilgjengelighet til areal.

Dimensjoneringen skal ta utgangspunkt i Arealutviklingsplan 2025 (planens scenario 1 og 2).

4.1.1 Kommentarer og anbefalinger fra OPAK/Metier til mandatets avgrensninger av mulig lokasjoner og trinnvis utbygging

Hovedformålet til idefasen er å vurdere en tilstrekkelig bredde av alternativer som kan dekke helseforetakets fremtidige behov. I dette tilfellet er alle alternativer konsentrert omkring Ullevål, Gaustad eller en kombinasjon av disse.

Store deler av dagens bygningsmasse er vurdert som lite tilfredsstillende. Hvis man ser bort fra Rikshospitalet på Gaustad er snittalderen til bygningene ca. 60 år. På Rikshospitalet er snittalderen ca. 15 år.

Det vil trolig være lite aktuelt å avhende den nye bygningsmassen på Rikshospitalet. Gaustadområdet vil derfor være en naturlig og aktuell lokasjon for fremtidens OUS. På samme måte vil det være naturlig å vurdere mulige løsninger på Ullevål. Hvis andre alternativer skal utredes vil det gi særskilte utfordringer i forhold til avhending av tilfredsstillende bygningsmasse på alle lokasjoner. I tillegg vil dette i praksis åpne opp for en diskusjon hvor alle mulige lokasjoner må utredes.

Det kan likevel stilles spørsmål ved hvorvidt området omkring Aker sykehus ikke er en aktuell lokasjon. Dette er behandlet i arealutviklingsplanen, men området er av flere grunner ikke tatt videre til idefaserapporten. OPAK/Metier mener det er hensiktsmessig at dette området omtales i idefaserapporten, og at bakgrunnen for at dette området ikke er en aktuell lokasjon forklares i idefaserapporten, eller grovsiles bort i idefaserapporten etter samme kriterier som andre alternativer grovsiles bort. Med unntak av utelatelse av vurderinger omkring Aker - området mener OPAK/Metier at avgrensningene i forhold til lokasjoner i mandatet er hensiktsmessige.

Mandatet stiller også krav til at det for alle konsepter skal gjøres vurderinger av muligheten for en trinnvis utvikling av bygningsmassen i takt med endringer i behov, funksjon og tilgjengelighet til areal.

Idefaserapporten viser en tretrinns utvikling av bygningsmassen for konseptene. Dette er imidlertid kun en overordnet trinnvis plan for utvikling av bygningsmassen. Den trinnvise planen inneholder ikke en mer detaljert utvikling av bygningsmassen i takt med endringer i sykehusets behov. Det er heller ikke gjort mer inngående vurderinger av hvilke funksjoner som bør flyttes i de ulike trinnene, og eventuelle konsekvenser av flytting av funksjoner. Det er derfor heller ikke mulig å se om de trinnvise planene er uavhengige av hverandre eller inneholder avhengigheter som kan være viktige for beslutningstaker. OPAK/Metier anbefaler derfor at de trinnvise planene detaljeres ytterligere slik at:

- man får et tydeligere bilde av hvilke funksjoner som blir berørt i de ulike fasene
- eventuelle avhengigheter kommer tydelig frem
- eventuelle risikopunkter i de ulike trinnene kommer tydelig frem

4.2 Konseptuelle problemstillinger

På side 11 i kapittel 2.1 i idefaserapporten er det beskrevet 3 konseptuelle utfordringer som er årsaken til dette prosjektet:

«Det er primært tre behov som medfører at Oslo universitetssykehus trenger nye sykehusbygg:

- *Store deler av virksomheten foregår i bygningsmasse som er gammel, uhensiktsmessig og i dårlig, til dels meget dårlig, stand, hvilket krever tiltak for å sikre avansert medisinsk virksomhet og for å kunne følge den medisinske og teknologiske utviklingen. Bygningsmassen gir dårlige forhold for både pasienter og ansatte samt unødig stort areal som er ineffektivt og kostnadsdrivende.*
- *En sammenslåing av likartede aktiviteter er nødvendig for å oppnå bedre kvalitet og effektivitet i pasientbehandlingen samt gi sunn økonomisk drift.*
- *Det forventes en betydelig befolkningsvekst i Oslo og tilstøtende deler av regionen».*

4.2.1 Kommentarer og anbefalinger fra OPAK/Metier til konseptuelle problemstillinger

OPAK/Metier mener at alder på bygningsmasse, sammenslåing av aktiviteter og fremtidig befolkningsvekst (kapasitet) er relevante konseptuelle problemstillinger. Et annet spørsmål er om alle tre områdene utløser et behov for dette prosjektet.

Det synes åpenbart at alder på bygningsmassen utløser et behov for dette prosjektet. Prosjektet har påvist at flere bygninger har en dårlig eller svært dårlig tilstand. Hvis man ser bort fra Rikshospitalet er snittalderen på bygningsmassen over 60 år, noe som er langt over gjennomsnittet for sykehus i Norge. En dårlig og uhensiktsmessig bygningsmasse vil derfor alene utløse et behov for dette prosjektet.

Det synes også åpenbart at behovet for kapasitet øker betydelig sett i lys av den forventede befolkningsveksten i Oslo og omegn. Frem til 2030 er den forventede befolkningsveksten i regionen estimert til ca. 30 %, noe som igjen medfører økt behov for helsetjenester. Behovet for økt kapasitet vil derfor alene utløse et behov for dette prosjektet.

OUS er i dag spredt på ca. 40 ulike adresser. Det synes derfor også som det er et behov for å samle og koordinere aktiviteter på en bedre måte. OPAK/Metier stiller likevel spørsmål om samling av aktiviteter alene vil utløse et behov for dette prosjektet. Hvis dagens bygningsmasse var relativt ny og i tilfredsstillende tilstand, og OUS hadde kapasitet til å håndtere den fremtidige befolkningsveksten synes det ikke som opplagt at samling av aktiviteter alene ville utløse behov for dette prosjektet. OPAK/Metier er dog enige at dette er et viktig behov for OUS. Dette behovet kunne da vært tydeligere beskrevet med dagens situasjon sett opp mot behovet for hvilke aktiviteter det synes hensiktsmessig å samle på samme lokasjon. Dette kommer ikke tydelig frem i idefaserapporten. Slik idefaserapporten er bygd opp synes det som om en samling av likeartede aktiviteter alltid optimalt sett innebærer full samling av OUS til en lokasjon. OPAK/Metier mener det burde kommet tydeligere frem *hvilke* aktiviteter man bør samle til en lokasjon, og hvilke aktiviteter det er mindre kritisk å samle på en lokasjon. Da vil det være enklere å vurdere om de ulike konseptene faktisk kan oppfylle målet til samling av likeartede aktiviteter. Slik idefaserapporten er bygd opp er det kun full

samling av sykehuset til en lokasjon som fullt ut tilfredsstillende prosjektets definisjon av samling av likeartede aktiviteter. Dette vil også bli kommentert senere i denne kvalitetssikringsrapporten.

OPAK/Metier har følgende anbefalinger til de konseptuelle problemstillingene:

- Pedagogisk bør fremtidens kapasitetsbehov grafisk fremstilles og sammenlignes med dagens kapasitet. Dette kan gjøres ved at man grafisk viser det fremtidige kapasitetsbehovet per år og sammenligner dette med dagens kapasitet. Dette gjør det enklere for leser og beslutningstaker å se når prosjektet må starte for at ikke OUS kommer en situasjon med betydelig underkapasitet.
- Forventet levetid på de byggene som er i dårlig eller meget dårlig tilstand bør vises slik at leser og beslutningstaker kan se når byggene uansett må fornyes
- Behovet for samling av likeartede aktiviteter bør inngå som et eget kapittel i behovsanalysen hvor gapet mellom dagens situasjon og fremtidige behov kommer tydelig frem. Et eksempel på dette er at man gjør en mer inngående vurdering av hvilke aktiviteter som naturlig krever innbyrdes samarbeid, og bør samles til en og samme lokasjon.

4.3 Prosjektutløsende behov

Idefaserapporten henviser til kapittel 2.1 for de prosjektutløsende behov. Kapittel 2.1 omhandler de konseptuelle problemstillingene som er beskrevet i avsnittet over. Det prosjektutløsende behov følger normalt av en behovsanalyse, og beskriver en fremtidig ønsket prosess/tilstand. Et eksempel på dette kan være:

«Fremskaffe en løsning for Oslo universitetssykehus som har høy effektivitet og kvalitet i pasientbehandlingen, og er godt rustet til å ivareta forventet vekst i pasientbehandlingen de neste 50 år».

4.3.1 Kommentarer og anbefalinger fra OPAK/Metier til det prosjektutløsende behov

OPAK/Metier anbefaler at prosjektet beskriver det prosjektutløsende behov som en fremtidig forventet tilstand for OUS. Det prosjektutløsende behovet bør avledes av en behovsanalyse som beskriver gapet mellom dagens situasjon og ønsket fremtidig tilstand.

4.4 Behovsanalysen

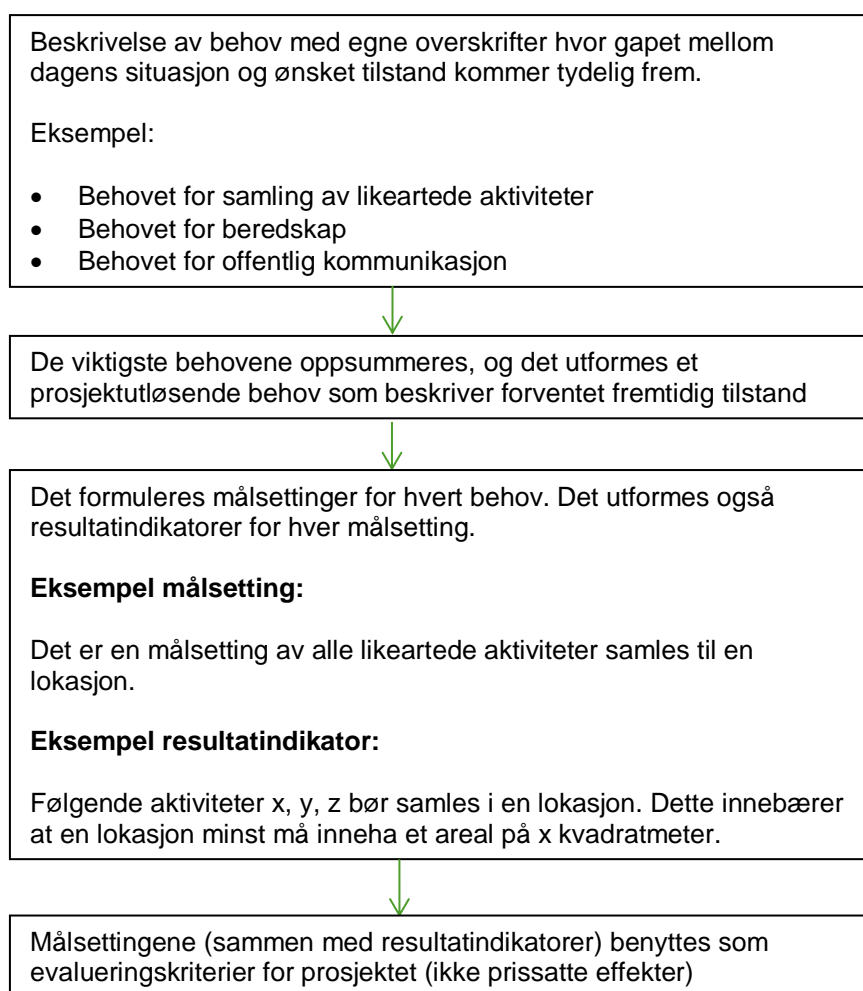
En god behovsanalyse er selve fundamentet for å velge riktig konsept. Det fremtidige OUS må utformes på en måte som best mulig støtter opp under de identifiserte behov. Behovsanalysen er beskrevet i kapittel 3.3 fra side 35 – 39. Beskrivelsen av behovene er i hovedsak en gjengivelse av de konseptuelle problemstillingene som tilstand på byggene, behovet for kapasitet og behovet for samling av likeartede aktiviteter som er beskrevet i kapittel 2.1.

OPAK/Metier har både i fase 1 og fase 2 av kvalitetssikringsarbeidet påpekt behovet for en grundig behovsanalyse som gir grunnlag for utarbeidelse av målsettinger og

evalueringskriterier for prosjektet. OPAK/Metier mener at behovsanalysen fortsatt er mangelfull. Det synes vanskelig å se sammenhengen mellom behov, mål og evalueringskriteringer. Eksempelvis burde dokumentet vært utformet på en måte slik at:

- alle viktige behov blir behandlet med en egen overskrift med beskrivelse av dagens situasjon og ønsket fremtidig situasjon. Dette bør så langt som mulig understøttes av eksempler og referanser
- viktige behov oppsummeres i prioritert rekkefølge, og på bakgrunn av dette formuleres det prosjektutløsende behov
- de viktigste behovene formuleres til målsettinger
- det settes resultatindikatorer på målsettingene
- målsettingene (sammen med resultatindikatorene) benyttes som en del av evalueringskriteriene for prosjektet.

Dette kan illustreres som i figuren under:



4.4.1 Kommentarer og anbefalinger fra OPAK/Metier til behovsanalysen

OPAK/Metier anbefaler at prosjektet bruker tid på å utforme en behovsanalyse med tydelig beskrivelse av dagens situasjon og ønsket fremtidig tilstand. Det anbefales at behovsanalysen utformes med tydelige overskrifter for hvert enkelt behov, og oppsummeringer av hvert enkelt behov. Dette sikrer at leser og beslutningstaker opplever en rød tråd fra behovsanalysen til endelig evaluering av konseptene. Prosjektet kan gjerne benytte modellen som er beskrevet i forrige avsnitt

Oppfølging av denne anbefalingen anses som meget viktig med tanke på leveransen av endelig idefaserapport.

4.5 Bredden i konseptene/alternativene

Mandatet gir tydelige føringer for hvilke lokasjoner som skal vurderes. Med unntak av manglende vurderinger av lokasjon omkring Aker sykehus, synes OPAK/Metier at det er rimelig at det er lokasjoner omkring Ullevål og Gaustad som vurderes, jf. avsnitt 4.2.

Alternativ 3 og alternativ 4 omfatter et OUS med todelt lokasjon på Ullevål og Gaustad. Begge disse alternativene baserer seg på å beholde Rikshospitalet, men i stor grad erstatte dagens lokaler på Ullevål med nybygg på Ullevål eller Gaustad. Av totalt ca. 285 000 kvadratmeter på Ullevål beholdes kun ca. 60 000 kvadrat meter i alternativ 3 og 90 000 kvadratmeter i alternativ 4.

OPAK/Metier stiller spørsmål om hvorfor det ikke er utredet en todelt lokasjon hvor man beholder alle eller de fleste av byggene på Ullevål. Dette tilsvarer på mange måter alternativ 4 hvor Ullevål sør og Gaustad området er vurdert som en todelt lokasjon for fremtiden OUS. Forskjellen er at man beholder eksisterende bygg på Ullevål i langt større grad enn det som er foreslått i alternativ 4. Dette synes som et alternativ som kan ha lavere investeringskostnader enn de andre alternativene med unntak av nullalternativet. I tillegg kan et slikt alternativ også ivareta en bedre samling av aktiviteter enn det som er tilfellet i dag.

4.5.1 Kommentarer og anbefalinger fra OPAK/Metier til bredden i konseptene/alternativene

OPAK/Metier anbefaler at det utredes et alternativ hvor man har lokasjoner både på Ullevål og Gaustad, jf. alternativ 4, men hvor man bevarer hele eller store deler av bygningsmassen på Ullevål. OPAK/Metier mener idefasedokumentet ikke kan utelukke et delt alternativ hvor man har en del løsning mellom Ullevål og Gaustad, men samtidig bevarer de fleste av bygningene på Ullevål. Dette kan bidra til at interessenter stiller spørsmål om hvorfor et slikt alternativ ikke er utredet, og dette kan være uheldig når alternativet synes som et fullt ut realistisk alternativ på lik linje med mange av de andre alternativene som er utredet. Hvis prosjektet derimot kan verifisere at dette alternativet er opplagt dårligere enn andre alternativer, kan alternativet grovsiles før kapittelet om evaluering av konsepter.

4.6 Virksomhetsmodeller

Prosjektet har beskrevet ulike virksomhetsløsninger. Dette er beskrevet i kapittel 4 i idefaserapporten, samt vedlegg 2 virksomhetsløsninger. Før man beskriver ulike virksomhetsmodeller er det utarbeidet beskrivelser på områder som:

- framskrivning og utvikling av virksomheten
- avhengigheter internt i sykehuset, samt avhengigheter og samarbeid med andre, eksempelvis Universitetet i Oslo
- utredning av spesifikke sykehusfunksjoner

Dette støtter opp under tidligere påpekte mangler ved arealutviklingsplanen 2025 som i mindre grad tok inn over seg de de virksomhetsmessige behovene til prosjektet. OPAK/Metier er derfor av den oppfatning at store deler av prosjektets beskrivelse av virksomhetsløsninger er et viktig fundament for en god behovsanalyse. Under virksomhetsløsninger er det i flere tilfeller vist til referanser, noe som styrker vurderingene fra prosjektet. OPAK/Metier mener dog at beskrivelsen i noen grad er for raskt konkluderende uten at man beskriver dagens situasjon opp mot et fremtidig behov. Noen eksempler på dette er:

Kapittel 3.1.9 Nye måter å samarbeide med Universitet og høyskoler på:

«Særlig for laboratoriefagene sees et økende behov for personell med akademisk kompetanse innen områder som molekylærgenetikk, nanoteknologi og informatikk. Dette gir økende samhandlingsbehov med hele universitetet, og i særdeleshet det matematisk naturvitenskapelige fakultet, når det gjelder forskning, innovasjon og utdanning. Det forventes at det også i 2030 vil være pasientnær undervisning som er den mest sentrale for de ulike helseutdanningene.

Det ligger et betydelig potensial i å ha forskning, innovasjon og utdanning tett fysisk og organisatorisk integrert med pasientrettet virksomhet i sykehuset. Universitetet (og høyskolene) må i samarbeid med sykehuset ta stilling til i hvilken grad og på hvilken måte forsknings- og undervisningsarealer skal være integrert i den kliniske virksomhet. Det må dessuten tas stilling til forhold knyttet til eierskap til FoU – arealer i sykehuset».

Hvordan er samarbeidet og behovet i dag?

Hva er de største utfordringene i dag?

Kapittel 6.2 prinsipper lagt til grunn:

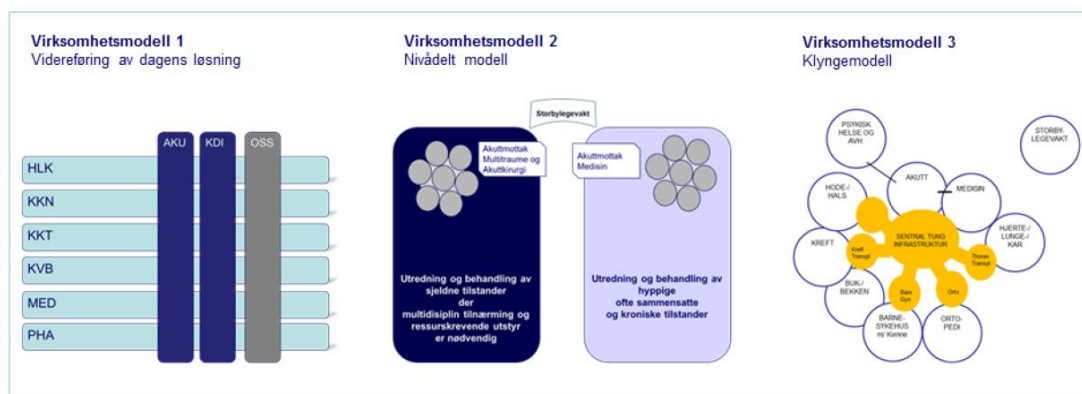
«Akutt og elektiv virksomhet bør skilles for å oppnå god driftseffektivitet»

OPAK/Metier ser at det er mange fordeler med å skille akutt virksomhet fra elektiv virksomhet. Dette gjelder både i forhold til forutsigbarhet for pasienter og ansatte, og ikke minst at pasienter ikke opplever å bli strøket fra sin avtalte behandling grunnet mer alvorlige akutte hendelser. Dette medfører at den elektive virksomheten totalt sett blir mer driftseffektiv. Men en deling av akutt - og elektiv virksomhet kan fort bli mer ineffektiv (les øke kostnadene) da dette forutsetter at begge enheter har full arbeidsmengde til enhver tid. Ut fra oversendte referanser fra prosjektledelsen og egne kontrollerte referanser ser OPAK/Metier at den elektive virksomheten blir mer driftseffektiv ved å ha et skille mellom akutt – og elektiv virksomhet. Det er dog ingen referanser som underbygger at sykehuset blir mer driftseffektivt totalt sett (les sparer kostander). Referansene sier enten ingenting om dette, eller påpeker at det er en risiko

for at sykehuset blir mindre driftseffektivt etter som det er vanskeligere å ha full produksjonskapasitet i to enheter enn i en enhet som dekker begge områder.

Ut fra idefaserapporten kan det også synes som om et skille mellom akutt – og elektiv virksomhet kun kan oppnås ved en full samling av OUS. Dette kan være riktig, men OPAK/Metier setter spørsmål ved dette ettersom få andre så store sykehus i Nord – Europa er samlet. OPAK/Metier antar at noen av disse må ha klart å skille akutt fra elektiv virksomhet hvis de har vurdert dette som mer hensiktsmessig.

Prosjektet har vurdert tre virksomhetsmodeller. Dette er beskrevet i Figur 2 under:



Figur 2: Virksomhetsmodeller

«Dagens virksomhetsløsning kan beskrives som en faginddelt klinikkstruktur med tverrgående serviceklinikker. I henhold til gjeldende strategiske føringer skal den utvikles videre slik at det tverrfaglige miljø som behandler én sykdom samles ved én lokalitet. Dette ville ikke være mulig dersom sykehuset ble fysisk delt i to. I denne modellen er elektiv virksomhet ikke skjermet fra akuttvirksomhet, og dette har uheldige følger for så vel driftseffektivitet som kvalitet på pasientbehandlingen».

«Den nivådelte modellen har utgangspunkt i HSØs styrevedtak 108 fra 2008 som la en føring om at dupliserte lands- og regionsfunksjoner i OUS skulle samles på Gaustad. Et alternativ var da at Ullevål ble utviklet til et "Storbysykehus" med akutmottak og områdefunksjoner. Vedtaket har ikke blitt implementert av flere grunner (både bygningsmessige og faglige mtp avhengigheter) og det fokuseres nå på gode og effektive pasientforløp (jmf HSØ sin "plan for strategisk utvikling 2013 2020" og OUS sin strategi 2013 18). I idéfasen er 108 modellen modifisert ved at akuttkirurgi er lagt til den delen av sykehuset som har ansvar for lands- og regionsfunksjoner, inkludert traumebehandling. Modellen ville være lite realistisk å gjennomføre i scenario 1, samlet løsning. I delt løsning har den betydelige ulemper, ikke minst knyttet til dupliseringen av akutmottak og deling av de fleste spesialiteter i sykehuset».

«Klyngemodellen er sammensatt av ikke for store, temmelig autonome enheter eller klynger, som tilbyr mest mulig komplette forløp til tematiske pasientgrupper. Klyngene er fysisk plassert på en slik måte at de kan dele på tung infrastruktur som intensiv, intervensjonsstuer, operasjonsstuer, avansert billedanalyse, laboratorievirksomhet og kjernefasiliteter. Vi har, med utgangspunkt i kunnskap om kliniske avhengigheter, foreslått å dele inn virksomheten a) etter hastegrad, b) tematisk etter pasientforløp og c) etter alder. I vår evaluering har vi ment at modellen har flest fordeler dersom klyngene samles innenfor ett område (scenario 1).

Klyngemodellen vil egne seg spesielt godt for etappevis utbygging av sykehuset og har vært den foretrukne modellen hos alle grupper som har vært involvert i arbeidet med virksomhetsløsninger».

Idefaserapporten har foreløpig ikke konkludert med at det er vesentlige forskjeller på arealbehovet gitt de ulike virksomhetsmodellene. Det er derimot gjort mindre differensieringer i driftseffektiviteten gitt de ulike virksomhetsmodellene, hvor klyngemodellen er vurdert som mest effektiv.

OPAK/Metier kan ikke se at idefaserapporten har redegjort for hvorfor klyngemodellen er mer egnet for etappevis utbygging enn de andre virksomhetsmodellene.

4.6.1 Kommentarer og anbefalinger fra OPAK/Metier til virksomhetsmodeller

Arbeidet med virksomhetsløsninger har gitt et betydelig løft i beskrivelsen av de virksomhetsmessige behovene i forhold til det som ble beskrevet i arealutviklingsplanen 2025.

OPAK/Metier mener derfor at arbeidet med virksomhetsløsninger bør inngå som et betydelig bidrag i behovsanalysen. I forhold til arbeidet med behovsanalysen er det viktig at de virksomhetsmessige behovene i større grad beskrives med utgangspunkt i dagens situasjon og utfordringer sett opp mot OUS sine behov i fremtiden.

Videre stiller OPAK/Meter spørsmål om hvorvidt det er formålstjenlig å konkludere med valg av virksomhetsmodell på dette stadiet av prosjektet. De ulike virksomhetsmodellene skiller i liten grad på arealbehovet i de ulike alternativene, men i noen grad på driftseffektiviteten. Valg av eventuelt klyngemodell gir direkte føringer for hvilke alternativer som kan støtte opp om dette valget. OPAK/Metier mener derfor det er mest hensiktsmessig at de virksomhetsmessige behovene beskrives tydeligere, og også kommer tydeligere frem under evalueringskriteriene.

OPAK/Metier anbefaler også at noen konklusjoner underbygges tydeligere, eksempelvis:

- Hvorfor er klyngemodellen mer egnet for etappevis utbygging enn de andre modellene?
- Hvorfor blir sykehuset mer driftseffektivt av å skille akutt virksomhet fra elektiv virksomhet?

4.7 Grovsiling av konsepter/alternativer

Formålet med grovsilingen av konsepter er å sile bort konsepter som åpenbart er dårligere enn andre konsepter. Dette gjør at prosessen med inngående evaluering av konsepter blir håndterbar.

Proessen med grovsilingen av konsepter er beskrevet i idefaserapporten i kapittel 6.7 og 6.8. En prosess med grovsiling av konsepter bør ta utgangspunkt i evalueringskriteriene eller andre kriterier, eksempelvis risikofaktorer, hvis dette er hensiktsmessig.

På side 113 i idefaserapporten står det at grovsorteringen er gjennomført i forhold til kriterier som tomteforhold, reguleringsforhold, vernebestemmelser og generell

gjennomførbarhet og risiko. I selve prosessen med grovsiling er det imidlertid kun gitt en kort prosaisk begrunnelse for hvorfor konseptene er silt bort. Det er ikke gjennomført en skjematisk objektiv vurdering i forhold til alle kriteriene som prosjektet selv sier de har benyttet i grovsilingen. Noen ganger er det også benyttet andre begrunnelser som blant annet behovet for samarbeid med Universitet i Oslo.

4.7.1 Kommentarer fra OPAK/Metier til prosessen med grovsiling av konsepter/alternativer

OPAK/Metier anbefaler at prosjektet benytter et sett med objektive kriterier som konseptene vurderes opp mot i prosessen med grovsiling. Beste praksis tilsier at evalueringskriteriene og risikofaktorer bør inngår som en del av grovsilingen. Konseptene bør da evalueres skjematisk opp mot alle de objektive evalueringskriteriene slik at evalueringen blir tansperent og lik for alle konsepter.

4.8 Målsettinger og evalueringskriterier

4.8.1 Utforming av målsettinger/evalueringskriterier

Som tidligere kommentert under kapittel 4.7 behovsanalysen er ikke målsettingene alltid avledet av en behovsanalyse. Målsettingene er avledet av strategiske målsettinger til OUS, målsettinger som ikke er avledet av tydelige behov og kvalitative samfunnsøkonomiske effekter som i denne sammenheng er samfunnsøkonomiske effekter som ikke fanges opp av de andre målsettingene. I tillegg er økonomi en viktig målsetting. Målsettingene/evalueringskriteriene som er benyttet av prosjektet er følgende

1. Hovedkriterier for sykehusets kjernevirksomhet (helseforetakets strategi)
2. Hovedkriterier for bygg og eiendomsutvikling
3. Hovedkriterier for byutvikling og innovasjon
4. Gjennomførbarhet
5. Generalitet, fleksibilitet og elastisitet, alternativets robusthet
6. Alternativets risiko, muligheter og trusler
7. Kvalitative samfunnsøkonomiske effekter
8. Økonomi

Målsettingene/evalueringskriteriene skal beskrive en ønsket tilstand etter at prosjektet er gjennomført. Målsetting/evalueringskriterie nr. 4 gjennomførbarhet og målsetting/evalueringskriterie nr. 6 risiko, muligheter og trusler beskriver ikke en ønsket fremtidig tilstand, men er en risikovurdering av prosjektet eller en risikovurdering av måloppnåelsen.

Målsetting nr. 2 gir føringer for bygg og eiendomsutvikling. Målsettingen inneholder en rekke delmål. Foruten et naturlig delmål om å tilfredsstillende nødvendig kapasitetsbehov, er det også lagt inn delmål som robusthet, samling av bygningsmassen, avhending og gevinstrealisering, klimavennlige løsninger og bygninger og utemiljø som gir grobunn for trivsel.

Et sentralt spørsmål er om helseforetaket bør ha en målsetting for bygg og eiendomsutvikling. Det blir fort uheldig at byggene i seg selv vurderes, og ikke

byggenes evne til å støtte opp om viktige behov. Et godt eksempel her er at samling av bygningsmassen og avhending og gevinstrealisering gir direkte føringer for hvilke konsepter som scorer høyt på dette kriteriet, uten at dette er forankret i andre behov. Målet om samling gjør at samling omkring Gaustad alltid oppnår høyere score enn andre konsepter. Det samme gjelder for avhending og gevinstrealisering. Dette kommer tydelig frem i selve evalueringen. I tillegg scorer samling av bygningsmassen høyt under andre målsettinger/evalueringskriterier.

4.8.2 Mengden av målsettinger/evalueringskriterier

Alle målsettinger/evalueringskriterier har et sett med undermålsettinger/underevalueringkriterier. Antall undermålsettinger/underevalueringkriterier varierer fra 3-6. Flere av disse synes å trekke i samme retning.

Eksempler på dette er:

- Kollektivtrafikk er for flere av konseptene vurdert både under byutvikling og innovasjon og kvalitative samfunnsøkonomiske effekter
- Evalueringkriterier for bygg og eiendomsutvikling samt generalitet, fleksibilitet og elastisitet er delvis overlappende
- Samling og nybygg benyttes som positiv argumentasjon under flere av evalueringkriteriene

4.8.3 Viktigheten av evalueringkriteriene med unntak av økonomi

Med unntak av nullalternativet har alle alternativene en forventet investeringskostnad på 35,1 – 38,5 milliarder kroner. Tatt i betraktning usikkerheten i prosjektet er det ikke investeringskostnadene som skiller alternativene.

I praksis vil derfor evalueringkriterier utover økonomi (oppfyllelse av kvalitative målsettinger) langt på vei avgjøre rangeringen av konseptene. Dette innebærer at leser og beslutningstaker må kunne forstå/innestå for evalueringen av målsettingene for å gi sin tilslutning til rangeringen. Basert på dagens kvalitative evaluering klarer ikke OPAK/Meter å skille konseptene på en tydelig nok måte til å innestå for rangeringen til prosjektet. Dette skyldes spesielt 3 forhold:

- Det er ikke er rød tråd fra behovsanalysen til evalueringkriteriene, jf. avsnitt 4.7 behovsanalysen.
- Hva som ligger i evalueringkriteriene er ikke beskrevet utover undermålsettingene/underevalueringkriteriene. Dette krever utfyllende tekst i selve evalueringen, men i dag er teksten meget kortfattet under hvert evalueringkriterie. I de fleste tilfeller er heller ikke teksten begrunnet i forhold til alle undermålene/underevalueringkriteriene. I vedlegg 6, evaluering av alternativene, er evalueringen mer kortfattet enn i hovedrapporten, og inneholder også til en viss grad ulik informasjon sammenlignet med idefaserapporten.
- I noen tilfeller synes evalueringene noe mangelfulle i forhold til alvorlighetsgraden av undermålene. Eksempelvis betinger det foretrukne alternativ Gaustad Sør en ny tunell over Ring 3 for å sikre god utnyttelse av

tomteareal og lett tilgang til Universitetet i Oslo. Uten denne tunellen vil dette alternativet vurderes helt annerledes. Tunellen har en antatt kostnad på ca. 1,2 milliarder kroner. Risikoen knyttet til bygging av denne tunellen er vurdert som svært lav. Totalt er risikopunktet (som også inneholder andre risikopunkter) vurdert til 4 fra en skala fra 1-5 hvor 5 er best. Samtidig er faktorer som rekruttering vektlagt som vanskelig i andre alternativer, og slår derfor hardere negativt ut i vurderingen. Dette kan synes noe urimelig selv om OPAK/Metier ikke kan lese ut av rapporten om helseforetaket har større rekrutteringsutfordringer i dag.

4.8.4 Kommentarer og anbefalinger fra OPAK/Metier til utforming av målsettinger/evalueringskriterier

OPAK/Metier anbefaler at målsettingene/evalueringskriteriene bygger på tydelige behov avledet fra en behovsanalyse, jf. kommentar under avsnitt 4.7 og 4.8.

OPAK/Metier anbefaler at risiko skilles ut som en separat vurdering slik at disse ikke blandes sammen med målsettingene. Slik evalueringen er gjennomført er det vanskelig for leser og beslutningstaker å se risikoen i de ulike konseptene da dette inngår som enkeltpunkter i den totale vurderingen. Leser og beslutningstaker bør få et separat bilde av måloppnåelsen, og et separat bilde av risikoen til de enkelte konseptene

OPAK/Metier anbefaler at det tas en gjennomgang av evalueringskriteriene for å sikre at man ikke vurderer samme forhold under to eller flere av evalueringskriteriene.

Summen av de to kulepunktene over medfører at 4 av 7 evalueringskriterier synes som mindre relevante:

- Mål for sykehusets kjernevirksomhet, **relevant**
- Mål for bygg og eiendomsutvikling, **ikke relevant?**
- Mål for byutvikling og innovasjon, **bør splittes.**
- Gjennomførbarhet, **bør utgå og inngå som egen risikovurdering**
- Alternativets robusthet, generalitet, fleksibilitet og elastisitet, **relevant**
- Alternativets risiko, muligheter og trusler, **bør utgå og inngår som egen risikovurdering**
- Kvalitative samfunnsøkonomiske effekter, alle evalueringskriteringer eksklusive økonomi er kvalitative samfunnsøkonomiske effekter. **Bør utgå, og heller konkretisere målene som ønskes evaluert her**

OPAK/Metier anbefaler at prosjektet kort beskriver hva som ligger i evalueringskriteriene slik at det blir lettere for leser/beslutningstaker å ta stilling til evalueringen.

OPAK/Metier anbefaler at prosjekter utdyper selve evalueringen noe

Basert på dagens kvalitative evaluering klarer ikke OPAK/Metier å skille konseptene på en tydelig nok måte til å innestå for rangeringen til prosjektet.

4.9 Behovet for arealer

Behovet for arealer skal være utledet i vedlegg 5 aktivitet, kapasitet og arealbehov. Vedlegget angir arealbehovet for enkelte funksjoner, men inneholder ikke en oppsummering som angir det totale arealbehovet for hvert alternativ. OPAK/Metier har derfor ikke hatt mulighet til å vurdere det beregnede arealbehovet. I vedlegg 4 økonomi, fremkommer imidlertid det totale arealbehovet helt innledningsvis. Arealbehovet for de ulike alternativene er av prosjektet beregnet som vist i Tabell 2 under:

| Arealfordeling | Dagens situasjon | 0- Alternativet | Alternativ 1 og 5 | Alternativ 2 og 6 | Alternativ 3 | Alternativ 4 |
|---|------------------|-----------------|-------------------|-------------------|----------------|----------------|
| Nybygg | - | 119 000 | 426 000 | 426 000 | 398 000 | 387 000 |
| Rikshospitalet | 176 000 | 176 000 | 176 000 | 176 000 | 176 000 | 176 000 |
| Ullevål (inkl. Sognsvannsveien) | 285 600 | 282 000 | | | 59 500 | 89 500 |
| Radiumhospitalet | 110 500 | 97 000 | | | | |
| SSE | 17 600 | 18 300 | | | | |
| Aker | 94 000 | 71 200 | | | | |
| Gaustad | 40 500 | 40 500 | 19 400 | 19 400 | | |
| Dikemark | 75 500 | 35 500 | | | | |
| Leie Forskningsveien | 19 100 | 19 100 | 19 100 | 19 100 | 19 100 | 19 100 |
| Øvrige (ekskl. ambulansestasjoner og DPS) | 32 600 | 37 500 | | | | |
| SUM | 851 000 | 896 000 | 641 000 | 641 000 | 652 000 | 672 000 |

(Alternativ 1: Gaustad øst, dagens virksomhetsmodell, alternativ 2: Gaustad sør, dagens virksomhetsmodell, alternativ 3: Ullevål nord/Gaustad med lokk, nivådelt, alternativ 4: Ullevål sør/Gaustad med lokk, nivådelt, alternativ 5: Gaustad øst – klyngemodell, alternativ 6: Gaustad sør – klyngemodell.)

Tabell 2: Beregnet arealbehov for de ulike alternativene

Prosjektet har beregnet det totale arealbehovet til å variere fra 641 000 kvadratmeter i alternativ 1, 2, 5 og 6 til 896 000 kvadratmeter i nullalternativet. Dette innebærer at OUS kan redusere sitt areal med 255 000 kvadratmeter ved å velge et annet alternativ enn nullalternativet (dagens situasjon med nødvendige tilpasninger). Hvis man korrigerer for forutsetningen om at Rikshospitalet er forutsatt beholdt i alle alternativer blir forskjellen større. Fratrullet arealene på Rikshospitalet på 176 000 kvadratmeter, er arealbehovet i nullalternativet på 720 000 kvadratmeter, og arealbehovet i alternativ 1, 2, 5 og 6 på 465 000 kvadratmeter. Dette betyr at nullalternativet har et økt arealbehov på ca. 55 % sammenlignet med de andre nevnte alternativene, eller at man kan redusere arealbehovet i alternativ 1, 2, 5 og 6 med ca. 35 % sammenlignet med nullalternativet.

4.9.1 Kommentarer og anbefalinger fra OPAK/Metier til behovet for arealer

OPAK/Metier anbefaler at prosjektet utleder arealbehovet slik at det er mulig å se hvordan arealet for de ulike funksjonene summerer seg opp til det totale arealbehovet. Det totale arealbehovet forefinnes ikke i vedlegg 5 aktivitet, kapasitet og arealbehov.

Sett i lys av prosjektets betydelige beregnede reduksjon i arealbehov sammenlignet med nullalternativet, anbefaler OPAK/Metier at differansen forklares på en mer tydelig måte (med forklarende faktorer) enn det som er beskrevet i idefaserapporten.

OPAK/Metier mener at reduksjonen i arealbehov er så stor sammenlignet med dagens situasjon og nullalternativet (underkant av 30 %), at prosjektet bør kvalitetssikre dette nærmere. Videre bør prosjektet forklare reduksjonen nærmere ved å sammenligne hvordan arealene er benyttet i dag.

4.10 Økonomi

4.10.1 Fremstilling av økonomiske størrelser

De økonomiske beregningene bygger på en rekke forutsetninger. Disse forutsetningene er godt beskrevet i vedlegg 4 økonomi. De enkelte beregningene er imidlertid spredt ut over et stort antall sider, og det er vanskelig å se helheten i beregningene uten en god oppsummering eller et godt oversiktsbilde.

Eksempelvis har nullalternativet en forventet investeringskostnad på 22,2 milliarder kroner. De andre alternativene har en total investeringskostnad på 35,1 – 38,5 milliarder kroner. Dette fremkommer av Tabell 3 under:

| MNOK | 0-Alternativet | Alternativ 1 og 5 | Alternativ 2 og 6 | Alternativ 3 | Alternativ 4 |
|---------|---------------------|-------------------|-------------------|--------------|--------------|
| Basis | 18 343 | 35 930 | 37 985 | 33 632 | 32 560 |
| 5-100 % | 22 200 | 36 400 | 38 500 | 35 600 | 32 100 |
| 6 200 | 28 600 | 45 700 | 48 300 | 45 900 | 42 100 |
| 27 % | Standardavvik | 24 % | 22 % | 22 % | 25 % |
| 39 % | Sannsynlighet basis | 23 % | 48 % | 48 % | 41 % |

Tabell 3: Investeringsbehov for de ulike alternativene

Likevel er det slik at prosjektet har beregnet at OUS ikke har finansiell bæreevne til nullalternativet, men har finansiell bæreevne til andre alternativer. Dette innebærer i praksis at prosjektets beregninger forsvarer en merinvestering 13 – 16 milliarder kroner i forhold til nullalternativet. Sentrale tallstørrelser med forklaringer av konsekvenser kan eksempelvis beskrives som i Tabell 4 under:

| | Alternativ 0 | Alternativ X | Forklaring av endringer fra 2014 til prosjektets slutt |
|------------|--------------|--------------|--|
| Arealbehov | | | |
| Forventet | | | |

| | Alternativ 0 | Alternativ X | Forklaring av endringer fra 2014 til prosjektets slutt |
|--|--------------|--------------|--|
| investeringskostnad | | | |
| Økte kostnader: | | | |
| Økte avskrivninger | | | |
| Økte rentekostnader | | | |
| Økte FDVU kostnader | | | |
| Totalt økte kostnader | | | |
| Reduserte kostnader: | | | |
| Effektivisering 2015 - 2018 | | | |
| Effektivisering etter fullført prosjekt | | | |
| Reduserte leiekostnader | | | |
| Totalt reduserte kostnader | | | |
| Netto økning/reduksjon i kostnadene | | | |

Tabell 4: Sentrale tallstørrelse med forklaring

4.10.2 Kostnader knyttet til nullalternativet

Det er tatt utgangspunkt i at kostnadene knyttet til oppgradering av dagens bygningsmasse koster henholdsvis 25 %, 50 % eller 75 % av nybygg. Få bygg er forutsatt å ha det høyeste anslaget tilsvarende en oppgraderingskostnad på 75 % av nybygg. Basert på erfaringer fra andre byggeprosjektet kan disse estimatene synes lave. I mange tilfeller viser det seg at en full rehabilitering av bygningsmassen fort nærmer seg kostnaden for et nybygg. Og i tilfeller hvor vern er involvert kan kostnaden for full rehabilitering fort overstige kostnaden for et nybygg. En nærliggende referanse til dette kan være den nylig utarbeidede konseptvalgutredningen for nytt regjeringskvartal.

4.10.3 Usikkerhetsanalysen

Det er ikke gjennomført en fullstendig usikkerhetsanalyse av alternativene. OPAK/Metier er av den oppfatning at dette heller ikke er nødvendig i denne fasen av prosjektet. Dette innebærer dog at estimatene er beheftet med stor usikkerhet, men dette fremkommer ikke tydelig i idefaserapporten.

4.10.4 Følsomhetsanalyse

Det er gjennomført en meget forenklet følsomhetsanalyse av bæreevnen til alternativ 6 (Gaustad sør). Denne analysen viser at OUS ikke har finansiell bæreevne for dette alternativet hvis effektiviseringsgevinsten kun blir halvparten av det som er forutsatt.

Det er imidlertid ikke foretatt en følsomhetsanalyse av hvordan ulike forutsetninger slår ut for de ulike alternativene. OPAK/Metier kan overordnet se at det er relativt små endringer i forutsetningene som skal til for at rangeringen mellom alternativene endres. Dette gjelder eksempelvis endring i arealbehov, endringer i effektiviseringsgevinster og endringer i FDVU – kostnader.

4.10.5 Gevinstrealisering

Det er forutsatt en gevinstrealisering i lønnskostnader på 800 millioner kroner årlig som følge av prosjektet i det anbefalte alternativet (alternativ 6 Gaustad sør, klyngemodell). I nullalternativet er det anslått en tilsvarende effektiviseringsgevinst på 80 millioner kroner. Det siste synes gjort med utgangspunkt i at nullalternativet inneholder en ny bygningsmasse på ca. 10 % sammenlignet med alternativ 6, jf. følgende tekst på side 27 i vedlegg 4 økonomi.

«I 0 alternativet må det gjøres tiltak for at alternativet skal være reelt for sammenligning, bl.a. omfatter alternativet 119 000 kvm nybygg. Det er lagt til grunn at disse tiltakene vil være driftseffektive, og det er tatt med en effektivisering tilsvarende 10 % av virksomhetsmodell 3».

I utgangspunktet synes dette som er tilnærming som er høyst diskutert. Viktige omstillingsfaktorer som er vurdert er blant annet; medisinsk – teknologisk utvikling, IKT og e-Helse og fra døgn til dagbehandling. Disse synes i liten grad og være relatert til nybygg, og OPAK/Metier stiller spørsmål om hvorfor prosjektet ikke har vurdert alle omstillingsfaktorenes påvirkning på de enkelte alternativene. Dette synes å være den logiske måten og vurdere effektiviseringsgevinstene i hvert alternativ, og den beste måten å gjøre vurderingene transparente for leser og beslutningstaker.

Prosjektet oppgir også at det det beste alternativet har en effektiviseringsgevinst på 352 millioner kroner i årlige reduserte lønnskostnader allerede etter første etappe i 2023. Nullalternativet har en kun en effektiviseringsgevinst på 80 millioner kroner årlig etter at hele prosjektet er ferdig. OPAK/Metier kan ikke si at dette er feil. Dette kan dog synes som en fordelaktig vurdering for eksempelvis Gaustad sør når man vet at sykehuset er langt fra samlet etter første etappe av byggeprosessen, og at alternativet fortsatt inneholder dårlige bygg. Nullalternativet inneholder derimot fullt ut oppgraderte bygg eller nybygg.

4.10.6 Økonomisk bæreevne

Prosjektet viser at det foretrukne alternativet ikke har økonomisk bæreevne hvis forutsatt årlig effektiviseringsgevinst i lønnskostnader på 800 millioner kroner reduseres til 400 millioner kroner årlig. Dette innebærer i praksis et OUS er helt avhengige av å gjennomføre planlagte effektiviseringsgevinster som ikke relaterer seg til prosjektet, og som totalt vil beløpe seg på 600 millioner kroner årlig etter 2018 for at OUS skal ha finansiell bæreevne til anbefalt alternativ.

4.10.7 Kommentarer og anbefalinger fra OPAK/Metier til økonomi

Økonomiske forutsetninger i det anbefalte alternativet versus nullalternativet

Det anbefalte alternativet på Gaustad sør inneholder en betydelig arealreduksjon sammenlignet med dagens situasjon, lønnskostnadene skal ikke øke på 15 år samtidig som det forventes en økt befolkningsvekst i regionen på 30 %. Det er med andre ord mange faktorer som skal slå inn med positiv virkning samtidig. OPAK/Metier mener prosjektet bør gjennomføre en overordnet risikovurdering av om det er realistisk at alle positive faktorer slår til samtidig

I nullalternativet synes derimot effektiviseringsgevinstene å være noe lave sett i forhold til andre alternativer. Mange av omstillingsfaktorene som prosjektet har benyttet synes å påvirke nullalternativet i større grad enn det som prosjektet har oppgitt. Det er dog viktig at prosjektet vurderer alle alternativene opp mot de enkelte omstillingsfaktorene slik at dette blir transparent, og ikke bare antar at nullalternativet gir 10 % effektiviseringsgevinst sammenlignet med det høyst rangerte alternativet som følge av mindre nybygg.

Kostnader knyttet til nullalternativet

I idefaserapporten fremkommer det at kostnader knyttet til ombygging/rehabilitering er anslått til 25 %, 50 % og 75 % av nybygg. Basert på OPAK/Metiers erfaringer fra byggeprosjekter synes disse estimatene som for lave.

I forhold til tilbakemeldinger fra prosjektet synes det som nullalternativet ikke har like lang levetid som andre alternativer. Nullalternativet må derfor oppdateres til å ha samme levetid som andre alternativer slik at alternativene blir sammenlignbare for beslutningstaker.

Økonomisk bæreevne

OPAK/Metier anbefaler at prosjektet gjennomfører en mer detaljert følsomhetsanalyse av alle økonomisk faktorer for å se hvordan endringer i disse vil påvirke OUS sin evne til å bære prosjektet finansielt. Allerede i dag fremkommer det at OUS ikke har bæreevne til prosjektet hvis ikke planlagte effektiviseringer som ikke er relatert til prosjektet realiseres, og gitt de andre forutsetningene i idefaserapporten

Oppsummering av økonomiske forutsetninger

OPAK/Metier anbefaler at det lages en tabell som oppsummerer de viktigste

OUS Idéfase - Høringsinstanser

HSØ

Helseforetak i regionen

Akershus universitetssykehus (AHUS)
Innlandet sykehus HF
Sykehusapotekene HF
Sykehuset i Vestfold HF
Sykehuspartner
Sykehuset Telemark HF
Sykehuset Østfold HF
Sørlandet sykehus HF
Vestre Viken HF
Diakonhjemmet sykehus
Lovisenberg diakonale sykehus

Øvrige helseregioner og regionalsykehus

Helse Vest RHF
Helse Midt-Norge RHF
Helse Nord RHF
Universitetssykehuset Nord-Norge
St. Olavs Hospital
Helse Bergen HF (Haukeland Sykehus)

Oslo kommune

Alna
Bjerke
Frogner
Gamle Oslo
Grorud
Grunerløkka
Nordre Aker
Norstrand
Sagene
St. Hanshaugen
Stovner
Søndre Norstrand
Ullern
Vestre Aker
Østensjø

Råd

Det sentrale eldreråd
Rådet for funksjonshemmede
Brukerrådet
Ungdomsråd

Øvrige kommuner

Bærum kommune
Asker kommune



Universitet og høyskoler

Universitetet i Oslo
Høgskolen i Oslo og Akershus
Diakonhjemmets høgskole
Lovisenberg diakonale høgskole
Høgskolen Diakonova
Norges Forskningsråd

Pasient- og bruker

Helse-, sosial- og eldreombudet i Oslo
Pasient- og brukeromdet for Akershus
Brukerutvalg
Venneforening Radiumhospitalet
Venneforening Aker
Barneombudet

Pasientorganisasjonene

ADHD-foreningen (Attention Deficit/Hyperactivity Disorder)
Afasiforbundet i Norge
Angstringen Norge
Arbeidsmiljøskaddes Landsforeningen (A.L.F.)
Autismeforeningen i Norge
Blærekreftforeningen
Brystkreftforeningen
Cerebral Parese-Foreningen
Dysleksiforbundet i Norge
Endometrioseforeningen
Forbundet Tenner og helse
Foreningen for Blødere i Norge
Foreningen for Fragilt X-syndrom
Foreningen for hjertesyke barn
Foreningen for Kroniske Smertepasienter
Foreningen for Muskelsyke
Foreningen for Søvn sykdommer
Foreningen Norges Døvblinde FNDB
Fotfeilforeningen
Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO)
Handikappede Barns Foreldreforening (HBF)
Hiv Norge
Hofteforeningen
Hørselshemmedes Landsforbund (HLF)
Iktyoseforeningen i Norge
Interesseforeningen for LMBB Syndrom (Laurence-Moon-Biedl-Bardet)
Klinefelterforeningen i Norge
Kreftforeningen
Landsforbundet for utviklingshemmede og pårørende (LUPE)
Landsforbundet mot Stoffmisbruk (LMS)
Landsforeningen Alopecia Areata
Landsforeningen for AMC (Arthrogyrosis Multiplex Congenita)
Landsforeningen for Amputerte (LFA)
Landsforeningen for Hjerte- og Lungesyke
Landsforeningen for Huntingtons sykdom
Landsforeningen for Kvinner med Bekkenløsningsplager
Landsforeningen for Nakkeslengskadde (LFN)

Landsforeningen for Nyrepasienter og Transplanterte
Landsforeningen for Overvektige
Landsforeningen for Polioskadde (LFPS)
Landsforeningen for Pårørende innen Psykiatri (LPP)
Landsforeningen for Slagrammede (LFS)
Personskadeforbundet LTN
Landsforeningen for Voldsofre
Landsforeningen mot Fordøyelssesykdommer
Landsforeningen uventet barnedød
Landslaget mot tobakkskadene
LARS/Norges Handikapforbund
Leverforeningen
LSHDB (Landsforbundet for kombinert Syns- og Hørselshemmede/Døvblinde)
M.E. Nettverket i Norge
Marfanforeningen
Mental Helse Norge
MOMENTUM Foreningen for arm- og benprotesebrukere
Morbus Addisons Forening
MS-forbundet
NLFL - Norsk Landsforening for Laryngektomerte
Norges Astma- og Allergiforbund
Norges Astma- og Allergiforbund Inneklimakontor
Norges Blindeforbund
Norges Diabetesforbund
Norges Døveforbund
Norges Fibromyalgi Forbund
Norges Handikappforbund
Norges Handikappforbunds Ungdom
Norges Migreneforbund
Norges Myalgisk Encefalopati Forening
Norges Parkinsonforbund
Norges Whiplash Forbund
NORILCO, Norsk Forening for Stomi- og Reservoaropererte
Norsk Cøliakiforening (NCF)
Norsk Dysmeliforening
Norsk Dystoniforening
Norsk Epilepsiforbund
Norsk Forbund for Utviklingshemmede (NFU)
Norsk Forbund for Voldsofre
Norsk Foreldrelag for Funksjonshemmede
Norsk Forening for Analatresi
Norsk Forening for Benmargstransplanterte, NFBMT
Norsk Forening for Cystisk Fibrose
Norsk Forening for Ehlers-Danlos Syndrom
Ønskebarn (Norsk forening for fertilitet og barnløshet)
Norsk Forening for Nevrofibromatose
Norsk Forening for Osteogenesis Imperfecta
Norsk Forening for Tuberøs Sklerose
Norsk Glaukomforening
Norsk Hemokromatoseforbund
Norsk Immunsviktforening
Norsk Interesseforening for Kortvokste
Norsk Interesseforening for Stamme
Norsk Leddgiktforbund
Norsk Lymfødemforening

Norsk Osteoporoseforening
Norsk Pasientforening
Norsk Porfyriforening
Psoriasis- og eksemforbundet
Norsk Revmatikerforbund
Norsk Sarkoidose Forening
Norsk Thyreoideaforbund
Norsk Tourette Forening
Oslo Bekhterevforening
ROS-Rådgivning om Spiseforstyrrelser
Ryggforeningen i Norge
Ryggmargsbrokk- og Hydrocephalusforeningen
Rådet for psykisk helse
Stiftelsen organdonasjon
Barnekreftforeningen
Turner Syndrom Foreningen i Norge
Unge Funksjonshemmede
Vestlandske Blindeforbund

Fagforeninger

Akademikerne

Arkitektenes fagforbund
Den norske tannlegeforening
Dnlf
Econa
Naturviterne
Norges Juristforbund
Norsk Lektorlag
Norsk veterinærforbund
Psykologforeningen
Samfunnsviterne
Samfunnsøkonomene
Tekna

SAN

Den norske jordmorforening
Norges farmaceutiske forening (NFF)
Norsk ingeniør og teknologforbund (NITO)
Norsk radiografforbund

YS

Delta
Det norske maskinistforbund
Parat

LO

Fagforbundet
Fellesorganisasjonen (FO)

UNIO

Akademikerforbundet
Det norske diakonforbund
Forskerforbundet
Norsk ergoterapeutforbund
Norsk fysioterapeutforbund
Norsk sykepleierforbund
Presteforeningen
Utdanningsforbundet

Allmennlegeforeningen
Den norske legeforening
Oslo legeforening
Studentsamskipnaden i Oslo og Akershus
NHO

Tomteeiere/naboer

Sintef
Nemko
Norges forskningsråd
Statsbygg
Esso Norge
Sognsvn. 90 AS (Mercedesbygget)
Forskingsveien 2 AS
Undervisningsbygg Oslo KF
MC Ullevål AS
Norges Byggforskningsinstitutt
Grunneiere 42/204 Sognsveien 25
Norges Treteknisk Institutt

Riksantikvaren

Statens Veivesen

Ruter

Oslotech

Oslo Medtech

Inven2

Legemiddelindustrien

Norlandia Care

Medirest Norge AS

Oslo Arkitektthøgskole(AHO)

Oslo Arkitektforening (OAF)

KATALOG HØRINGSSVAR

Katalogen gir en oppsummerende oversikt over høringsuttalelser og er delt inn i tre deler:

- Del A: Inviterte høringsinstanser (jfr. egen liste)
- Del B: Andre eksterne hørings svar
- Del C: Interne hørings svar

Høringsuttalelsene i hver del er listet alfabetisk.

DEL A: Inviterte høringsinstanser

| Akershus universitetssykehus | | Andre universitetssykehus | |
|--|--|---|--|
| Generell kommentar: | | | |
| Svaret gjelder | Støttende | Innsigelse | Nøytralt/kommentar |
| Dimensjonering, inkl. størrelsesproblematikk | | Obs demografisk utvikling i Oslo øst og sørøst. | Endelig dimensjonering må være tilpasset framtidig oppgavedeling i HSØ |
| Forutsetninger/mandatet | | | Ønskelig at prosjektet integreres i en eierstyrt, helhetlig og overordnet plan for å utvikle helsetjenestene i hovedstadsområdet |
| Virksomhetsmodell | | For stort sykehuskompleks kan være ugunstig. Ahus har ikke erfaring til å vite om klyngemodellen vil bidra til gode pasientforløp | |
| Lokaliseringsalternativ | | | |
| Forskning og undervisning | | | Viktig å organisere forskning og utdanning ved OUS og AHUS slik at de to sykehusene understøtter hverandres aktiviteter |
| Infrastruktur og byutvikling | | | |
| Annet a) innspill denne fase | Støtter samling av alderspsykiatrien i en avdeling | | |
| Annet b) innspill videre faser | | | Regional sikkerhetsavdeling i 1. etappe |

| Barneombudet | | Brukerinteresser | |
|--|--|-------------------------|--|
| Generell kommentar: | | | |
| Svaret gjelder | Støttende | Innsigelse | Nøytralt/kommentar |
| Dimensjonering, inkl. størrelsesproblematikk | | | |
| Forutsetninger/mandatet | | | |
| Virksomhetsmodell | Støtter forslag om eget barnesykehus i sykehuset hvor spesialistene oppsøker barnet og ikke omvendt. Vil gjøre det lettere å ivareta barns rettigheter, tilrettelegge for familien, unedervisning og fritidsaktiviteter. | | Barneombudet registrerer at miljøet ved SSE peker på at det å flytte tilbud til barn med epilepsi til barnesykehuset ville gi en uheldig splitting av deres fagmiljø. Ombudet har ikke kompetanse til å vurdere om alle barnemedisinske områder skal samles i barnesykehuset. Påpeker at hensynet til <i>barnets beste</i> må veie tyngst i disse vurderingene |
| Lokaliseringsalternativ | | | |
| Forskning og undervisning | | | |
| Infrastruktur og byutvikling | | | |
| Annet a) innspill denne fase | | | |
| Annet b) innspill videre faser | | | |

| Brukerutvalg og ungdomsråd - OUS | | Brukerinteresser | |
|--|---|--|--|
| Generell kommentar: | | | |
| Nærmest kondemnabel bygningsmasse. Haster spesielt å komme ut av det gamle klinikkbygget på Radiumhospitalet. Velge fleksible løsninger. | | | |
| Svaret gjelder | Støttende | Innsigelse | Nøytralt/kommentar |
| Dimensjonering, inkl. størrelsesproblematikk | | Må være påpasselig så sykehuset ikke blir underdimensjonert | |
| Forutsetninger/mandatet | | | |
| Virksomhetsmodell | Klyngemodellen gir de beste pasientforløpene. Viktig å skille mellom akutte og elektive funksjoner. | Bør vurdere et alternativ der det skilles ut et nytt lokalsykehus. | |
| Lokaliseringsalternativ | | | |
| Forskning og undervisning | Samling på Gaustad og tunell ville gi best samarbeidsforhold med UiO | | |
| Infrastruktur og byutvikling | Gaustad sør gir størst muligheter. Viktig for pasientene at området inneholder byfasiliteter. | | Viktig å vektlegge gode planer for infrastruktur mht transport |

| | | | |
|--------------------------------|--|--|--|
| Annet a) innspill denne fase | | | |
| Annet b) innspill videre faser | | | Viktig å komme videre. Velge minst mulig byråkratisk prosess. Viktig å prioritere et nytt klinikkbygg for kreft. BU og UR uttrykker « <i>bekymring for utviklingen på kreftområdet. Antall kreftpasienter vil øke ytterligere i tiden fremover, samtidig som behandlingstilbudet stadig blir mer fragmentert og befinner seg på alle de fire sykehusene ved OUS.</i> » Må sikre at organiseringen gir maks effekt av nye omgivelser. |

| Bærum kommune | | | |
|--|--|-------------------|---|
| Generell kommentar: | | | |
| Svaret gjelder | Støttende | Innsigelse | Nøytralt/kommentar |
| Dimensjonering, inkl. størrelsesproblematikk | | | |
| Forutsetninger/mandatet | | | |
| Virksomhetsmodell | | | Ber om at sterke fagmiljøer som SSE ivaretas. |
| Lokaliseringsalternativ | Støtter samlokalisering. | | |
| Forskning og undervisning | | | |
| Infrastruktur og byutvikling | | | |
| Annet a) innspill denne fase | | | |
| Annet b) innspill videre faser | Oppgavefordeling i Oslo må også sees i sammenheng med nytt Vestre Viken sykehus. | | Bærum og Martina Hansen pekes på som sykehus med kapasitet til å påta seg flere oppgaver. |

| Delta | | Fagforeninger | |
|--|---|--|---------------------------|
| Generell kommentar: | | | |
| Svaret gjelder | Støttende | Innsigelse | Nøytralt/kommentar |
| Dimensjonering, inkl. størrelsesproblematikk | | Burde planlagt med tidsperspektiv 2055 | |
| Forutsetninger/mandatet | | | |
| Virksomhetsmodell | Støtter samlokalisering av tjenester som i dag er delt på flere lokaliteter | | |
| Lokaliseringsalternativ | | | |
| Forskning og undervisning | | | |
| Infrastruktur og byutvikling | | | |
| Annet a) innspill denne fase | | | |
| Annet b) innspill videre faser | | | |

| Diakonhjemmet | | Helseforetak i regionen | |
|--|---|---|--|
| Generell kommentar: | | | |
| Svaret gjelder | Støttende | Innsigelse | Nøytralt/kommentar |
| Dimensjonering, inkl. størrelsesproblematikk | | Kapasiteten i hovedstadsområdet må sees samlet og utnyttes fullt ut. OUS totale areal må reduseres og oppgaver innen pasientbehandling fordeles. DS og LDS planlegger økning av egen kapasitet ved utbygging. | |
| Forutsetninger/mandatet | | | |
| Virksomhetsmodell | Støtter klyngemodell | | |
| Lokaliseringsalternativ | Støtter samlokalisering av det meste av virksomheten på Gaustad | Anbefaler at deler av virksomheten legges andre steder for å redusere størrelsen på Gaustad. | |
| Forskning og undervisning | Støtter plassering nær UiO på Gaustad | | |
| Infrastruktur og byutvikling | | | Peker på nødvendigheten av god infrastruktur, off. og miljøvennlig transport samt grønne inne- og utemiljøer. |
| Annet a) innspill denne fase | | | |
| Annet b) innspill videre faser | | | Nivådeling av spesialisthelsetjenester, samhandling med primærhelsetjenesten og bruk av avtalespesialister bør vurderes mer utdypende. DS utbyggingsplaner samt Diakonhjemmet hage bør sees på som en mulighet for nært samarbeid om diagnostikk og pasientbehandling, forskning og undervisning. |

| DNLf – sentralt | Fagforeninger |
|---|---------------|
| Generell kommentar: | |
| Gir ros for visjoner for hovedstadens fremtidige sykehusstruktur. Ambisiøse langtidsmål. Behov for strakstiltak i bygningsmassen uavhengig av valgt løsning. Etterlyser kartlegging av oppgraderingsbehov og plan for kortsiktige (3-10år) investeringer. -"Dette er idéfaseutredningens største svakhet". Kritiske til at foreliggende rapport er godt nok grunnlag for endelig valg av løsning. | |

| Svaret gjelder | Støttende | Innsigelse | Nøytralt/kommentar |
|--|---|---|--|
| Dimensjonering, inkl. størrelsesproblematikk | | Advares mot å legge inn for store drifts-effektiviseringsgevinster | |
| Forutsetninger/mandatet | | Mandatet også omfattet inkludert perioden på kort og mellomlang sikt. | |
| Virksomhetsmodell | | Bekymret for at samling på ett Campus vil gi kvalitets og kostnadsutfordringer. Hvordan skal lokal-sykehusfunksjonen ivaretas i et evt Campus? Burde vært tatt med et alternativ med utskilt lokalsykehus | |
| Lokaliseringsalternativ | | | Videre ideplaner må ikke reduseres til en diskusjon om lokalisering av sykehusbygg |
| Forskning og undervisning | Samling på Gaustad: Samle kompetansemiljøer, gi nærhet til UiO. | | Tilrettelegge for leger med kombinerte stillinger |
| Infrastruktur og byutvikling | Gaustadalternativet kan gi en levende by og åpne for næringsutvikling | | |
| Annet a) innspill denne fase | | Etterlyser vurdering av Radiumhospitalets fremtidige rolle | |
| Annet b) innspill videre faser | | HSØ bør gjennomføre samlet planarbeid for hele regionen. | |
| Oslo legeförening | | Fagforeninger | |
| Generell kommentar: Rapporten bærer preg av å peke mot en bestemt konklusjon | | | |
| Svaret gjelder | Støttende | Innsigelse | Nøytralt/kommentar |
| Dimensjonering, inkl. størrelsesproblematikk | | Dagens situasjon dårlig beskrevet. Underkapasitet i Osloområdet. | |
| Forutsetninger/mandatet | | Idefasen burde hatt mandat til å planlegge også på kort og mellomlang sikt. | |
| Virksomhetsmodell | Erfaring tilsier at det er nyttig å organisere virksomhet tematisk etter om det dreier seg om for eksempel akutfunksjoner, elektive funksjoner, kreft og lokalsykehus | Samling ett sted vil gi uhensiktsmessig stort sykehus. Burde vært sett på løsninger som innebar etablering av lokalsykehus i Groruddalen og/el sørøst i byen. | |

| | | | |
|--------------------------------|---|---|--|
| Lokaliseringsalternativ | | Se på Groruddalen (Aker) og Oslo Sørøst når det gjelder pålassering av lokalsykehus | |
| Forskning og undervisning | Fysisk nærhet til UiO av betydning for samarbeid om forskning og utdanning. Må settes av tilstrekkelig areal til FoU. | | |
| Infrastruktur og byutvikling | | Gaustadalternativene vil krever omfattende utredning mhp samferdsel | |
| Annet a) innspill denne fase | | | |
| Annet b) innspill videre faser | | Se på løsninger for kort og mellomlang sikt | |

| DNLF – Overlegeforeningen | | Fagforeninger | |
|--|------------------|--|---------------------------|
| Generell kommentar: Stiller seg kritisk til og har en rekke innvendinger til rapporten. Mener den bærer preg av forutinntatthet. Det regionale nivået burde hatt ansvar for prosessen. Bekymret for at et stort OUS-prosjekt skal få negative konsekvenser for utviklingen av andre HF i HSØ resten av landet. | | | |
| Svaret gjelder | Støttende | Innsigelse | Nøytralt/kommentar |
| Dimensjonering, inkl. størrelsesproblematikk | | Kritisk til de forutsetninger som er brukt. Burde vært mer forsiktig med å legge inn driftseffektiviseringsgevinster. Ikke erkjent underkapasitet. | |
| Forutsetninger/mandatet | | Burde omhandlet også kapasitetssituasjonen de nærmeste årene (Behandlingsbygg på Ullevål, Storbylegevakt og ny fløy på Ahus). | |
| Virksomhetsmodell | | Alternativ med utskilt lokalsykehusfunksjon burde vært vurdert | |
| Lokaliseringsalternativ | | Burde vært diskutert alternativer som innebar utbygging av andre sykehus i HSØ/bygging av lokalsykehus. | |
| Forskning og undervisning | | | |
| Infrastruktur og byutvikling | | | |
| Annet a) innspill denne fase | | | |
| Annet b) innspill videre faser | | Regionale prosesser bør legges til grunn. | |

| Fagforbundet | Fagforeninger |
|--|----------------------|
| Generell kommentar: Positive til at OUS tenker langsiktig og har forståelse for utfordringene knyttet til gammel bygningsmasse og delt virksomhet. | |

| Svaret gjelder | Støttende | Innsigelse | Nøytralt/kommentar |
|--|--|--|--------------------|
| Dimensjonering, inkl. størrelsesproblematikk | | Lagt inn for store forventninger til omstilling fra døgn til dag, reduksjon i liggetid og effekt av nye IKT-løsninger. Full samling for omfattende, bla av beredskapsmessige forhold. Vurdere å skille ut lokalsykehus. | |
| Forutsetninger/mandatet | | | |
| Virksomhetsmodell | Pasientforløpet må være førende for valg av virksomhetsmod.. | | |
| Lokaliseringsalternativ | Nærhet til UiO viktig | | |
| Forskning og undervisning | | Tillagt for stor vekt i rapporten | |
| Infrastruktur og byutvikling | | Tillagt for stor vekt i rapporten | |
| Annet a) innspill denne fase | | | |
| Annet b) innspill videre faser | | | |

| Forskningsrådet | Grunneier | | |
|---|---|------------|--|
| Generell kommentar: Forskningsrådet eier i dag det vesentligste av området sør for Ringveien som er aktuelt for utbygging i Gaustad sør alternativet. | | | |
| Svaret gjelder | Støttende | Innsigelse | Nøytralt/kommentar |
| Dimensjonering, inkl. størrelsesproblematikk | | | |
| Forutsetninger/mandatet | | | |
| Virksomhetsmodell | | | |
| Lokaliseringsalternativ | Forskningsrådet stiller seg ikke negative til en utvikling av sykehuset mot sør på Gaustad. | | Forutsetter at etablerte forskningsmiljøer i området ikke blir skadelidende eller reduseres. |
| Forskning og undervisning | Positive til utvikling av et storsykehus som inneholder elementer av forskning, akademia og næring i Gaustadområdet. En slik utvikling vil også være i tråd med Stortingets vedtak fra 1952 om etablering av forskningsmiljøer i dette området. | | |
| Infrastruktur og byutvikling | | | |
| Annet a) innspill denne fase | | | |
| Annet b) innspill videre faser | | | Forskningsrådet og berørte forskningsmiljøer må |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | involveres i det videre arbeidet med prosjektet for å fine frem til akseptable erstatningsarealer. |
|--|--|--|--|

| Kreftforeningen | | Brukerinteresser | |
|---|--|-------------------------|---------------------------|
| Generell kommentar: Kreftfaglige miljøer må få optimale vilkår. Forsømmelsen av bygninger der kreftpasienter oppholder seg og dagens oppsplitting av kreftfaglige miljøer er uakseptabelt. Samle kreftfaglige miljøer. | | | |
| Svaret gjelder | Støttende | Innsigelse | Nøytralt/kommentar |
| Dimensjonering, inkl. størrelsesproblematikk | | | |
| Forutsetninger/mandatet | | | |
| Virksomhetsmodell | Et sterkt kreftsenter med multidisiplinære i et sykehus med klyngemodeller det beste for kreftpasienten. Pasientforløp bør hovedsakelig foregå ved en lokalitet. Kreftsenteret må ha tilgang til intensivavdeling. | | |
| Lokaliseringsalternativ | Fraråder 0-alternativet. Idefasen må ikke reduseres til en lokaliseringdebatt. Anser klyngemodellen og smaling på Gaustad mot sør som det beste alternativet for kreftpasientene. | | |
| Forskning og undervisning | Samling av diagnostikk, forskningsmiljøer og klinisk kreftforskning ved en lokalitet vil styrke miljøene og gjøre dem internasjonalt konkurransedyktige | | |
| Infrastruktur og byutvikling | | | |
| Annet a) innspill denne fase | | | |
| Annet b) innspill videre faser | Prioritere bygging av nytt kreftsenter på Gaustad tidlig i utbyggingsprosessen. | | |
| Brystkreftforeningen | | Brukerinteresser | |
| Generell kommentar: | | | |
| Svaret gjelder | Støttende | Innsigelse | Nøytralt/kommentar |
| Dimensjonering, inkl. størrelsesproblematikk | | | |
| Forutsetninger/mandatet | | | |
| Virksomhetsmodell | Gode pasientforløp og samlokalisering av | | |

| | | | |
|--------------------------------|--|---|--|
| | kreftfaglige miljøer må være førende. Ønsker et samlet EUSOMA-sertifisert brystsenter i nye lokaler. | | |
| Lokaliseringsalternativ | Støtter ikke et 0-alternativ hvor virksomhet skal opprettholdes i dagens bygg | Negativ til at brystsenteret i en mellomperiode skal bli liggende i det nedslitte Radumhospitalet. Ønsker at brystkreftsenteret skal inngå i helhetlig planlegging for fremtidens sykehus | |
| Forskning og undervisning | | | |
| Infrastruktur og byutvikling | | | |
| Annet a) innspill denne fase | | | |
| Annet b) innspill videre faser | Prioritere brukermedvirkning | | |

| Lovisenberg Diakonale Sykehus (LD) | | Helseforetak i regionen | |
|---|--|-------------------------|--|
| Generell kommentar: Støtter samling på Gaustad Sør med klyngemodell. For øvrig omhandler høringsinnspillet oppgavedeling, dvs. tematikk som har betydning for LD's fremtid. | | | |
| Svaret gjelder | Støttende | Innsigelse | Nøytralt/kommentar |
| Dimensjonering, inkl. størrelsesproblematikk | Bekrefter ønske om å overta flere lokalsykehusoppgaver fra OUS, samt evt. Deler av fagområder som kan dekke hele Oslos befolkning. | | |
| Forutsetninger/mandatet | | | |
| Virksomhetsmodell | Støtter klyngemodellen | | |
| Lokaliseringsalternativ | Støtter samling av virksomheten og ser Gaustad Sør som det beste alternativet | | |
| Forskning og undervisning | | | Ny oppgavedeling må ledsages av omfordeling av undervisnings-/universitetsoppgaver |
| Infrastruktur og byutvikling | | | |
| Annet a) innspill denne fase | | | |
| Annet b) innspill videre faser | | | |

| NHO | | | |
|--|-----------|------------|--------------------|
| Generell kommentar: NHO har begrenset sine kommentarer til vedlegg 7 – Innovasjon og næringsutvikling. NHO mener visjonen og de strategiske målene som trekkes opp i notatet er gode og peker i riktig retning. Høringsinnspillet peker generelt på helsesektorens behov for utvikling, og næringslivet som bidragsyter til nye løsninger. Lokaliseringsmuligheter og samhandlingsarenaer i sykehusets randsoner betyr nærhet til andre miljøer lettere tilgang til ny kunnskap og generelt til utvikling av et pulserende og innovativt læringsmiljø. | | | |
| Svaret gjelder | Støttende | Innsigelse | Nøytralt/kommentar |
| Dimensjonering, inkl. størrelsesproblematikk | | | |

| | | | |
|--------------------------------|--|--|---|
| Forutsetninger/mandatet | | | |
| Virksomhetsmodell | | | |
| Lokaliseringsalternativ | | | |
| Forskning og undervisning | | | |
| Infrastruktur og byutvikling | Testfasiliteter og samhandlingsarenaer nært knyttet til Campus er viktige forutsetninger for å stimulere til økt samhandling med næringslivet. | | Påpeker viktigheten av forankring i toppledelse, forpliktende samarbeid, gode finansieringsmodeller og incentiver for å lykkes med samhandlingen. |
| Annet a) innspill denne fase | | | |
| Annet b) innspill videre faser | Støtter viktigheten av å ta i bruk innovative offentlige innkjøp i arbeidet for å utvikle nye teknologier og løsninger | | |

| NITO - sentralt | | Fagforeninger | |
|---|--|--|---------------------------|
| Generell kommentar: Godt gjennomarbeidet og solid rapport | | | |
| Svaret gjelder | Støttende | Innsigelse | Nøytralt/kommentar |
| Dimensjonering, inkl. størrelsesproblematikk | | Redd for det kan være planlagt for lav aktivitet. Ett stort sykehus betenkelig av beredskapshensyn. Bør vurdere å etablere ett eller flere lokalsykehus i sør/øst av Oslo. | |
| Forutsetninger/mandatet | | | |
| Virksomhetsmodell | Klyngemodellen vil samle fagmiljøer, gi gode pasientforløp og gode forskningskonstellasjoner. Støtter samling av laboratoriefunksjoner. Støtter etablering av kreftsentre. | | |
| Lokaliseringsalternativ | | | |
| Forskning og undervisning | | Sikre plass til studenter i praksis | |
| Infrastruktur og byutvikling | | | |
| Annet a) innspill denne fase | | | |
| Annet b) innspill videre faser | | | |
| NITO - lokalt | | | |
| Generell kommentar: God og gjennomarbeidet rapport. Dagens bygningsmasse gir dårlige forhold for pasienter og ansatte. Bekymret for finansieringen. | | | |
| Svaret gjelder | Støttende | Innsigelse | Nøytralt/kommentar |
| Dimensjonering, inkl. størrelsesproblematikk | Støtter dimensjoneringen, peker på overensstemmelse med SINTEF- | | |

| | | | |
|--------------------------------|---|--|--|
| | rapport | | |
| Forutsetninger/mandatet | | | |
| Virksomhetsmodell | Støtter klyngemodellen. Utstyrstung lab-virksomhet bør samles sentralt i sykehuset. | | |
| Lokaliseringsalternativ | Støtter scenario 1A. 0-alternativet, scenario 1B og 2 er ikke valgbare løsninger. | | |
| Forskning og undervisning | 1A vil best understøtte OUS som akademisk senter innen FoU | | |
| Infrastruktur og byutvikling | Byutviklingsmessig er 1A best | | |
| Annet a) innspill denne fase | | | |
| Annet b) innspill videre faser | | | |

| Norges Treteknisk Institutt | | Grunneier | |
|---|-----------|------------|--|
| Generell kommentar: Norges Tretekniske institutt er eier av høyblokken i Forskningsveien 3B som vil bli revet ved utbygging sørover på på Gaustad, både i løsning med tunell og med lokk. Instituttet er positive til OUS planer for å sikre til strekkelig sykehus kapasitet og kvalitet. Det forutsettes at instituttet sikres erstatningsarealer og ikke bli økonomisk skadelidende. | | | |
| Svaret gjelder | Støttende | Innsigelse | Nøytralt/kommentar |
| Dimensjonering, inkl. størrelsesproblematikk | | | |
| Forutsetninger/mandatet | | | |
| Virksomhetsmodell | | | |
| Lokaliseringsalternativ | | | |
| Forskning og undervisning | | | |
| Infrastruktur og byutvikling | | | |
| Annet a) innspill denne fase | | | |
| Annet b) innspill videre faser | | | Bidrar gjerne med innspill til fornybare løsninger som gir lavest mulig miljøbelastning. |

| Norsk epilepsiforbund | | Brukerinteresser | |
|---|-----------|---|--------------------|
| Generell kommentar: Reagerer kraftig på føringer for oppsplitting av SSE. SSE må fortsette å være et samlet, tverrfaglig spesialistsenter med nasjonalt ansvar og livsløpsperspektiv. | | | |
| Svaret gjelder | Støttende | Innsigelse | Nøytralt/kommentar |
| Dimensjonering, inkl. størrelsesproblematikk | | | |
| Forutsetninger/mandatet | | | |
| Virksomhetsmodell | | Samling av lokale funksjoner må ikke føre til oppsplitting av en høyspesialisert nasjonal funksjon. Barn med epilepsi bør fortsatt få sitt tilbud i SSE og IKKE i et | |

| | | | |
|--------------------------------|--|---------------|--|
| | | barnesykehus. | |
| Lokaliseringsalternativ | | | |
| Forskning og undervisning | | | |
| Infrastruktur og byutvikling | | | |
| Annet a) innspill denne fase | | | |
| Annet b) innspill videre faser | | | |

| Norsk sykepleierforbund | | Fagforeninger | |
|--|---|--|--------------------|
| Generell kommentar: Viktig med langsiktig plan for utvikling av bygninger og drift i OUS. Det vil kreves både oppgraderinger av eksisterende bygg, etablering av nybygg og utflytting av uegnet bygningsmasse. Tiltrukket av de beskrevne mulighetene men skeptiske til realismen. | | | |
| Svaret gjelder | Støttende | Innsigelse | Nøytralt/kommentar |
| Dimensjonering, inkl. størrelsesproblematikk | | Må ikke legge inn for store driftseffektiviseringsgevinster. Bekymret for størrelsen. Etterlyser avklaringer vedr fordeler og ulemper ved å samle hele sykehuset fysisk. Savner vurdering mhp oppgaver som kan overføres til andre HF. | |
| Forutsetninger/mandatet | | | |
| Virksomhetsmodell | KLyngemodellen kan legge til rette for gode pasientforløp | Ikke synliggjort om modellen er brukt i sykehus av OUS størrelse. Kan sentralisering av støttefunksjoner gi flaskehals? Savner diskusjon om hvilken modell som er best mht beredsskap | |
| Lokaliseringsalternativ | | Etablere nytt lokalsykehus? Er det andre alternativ som burde vært vurdert? Etterlyser etappevis inndeling | |
| Forskning og undervisning | | | |
| Infrastruktur og byutvikling | | Obs økte transportbehov | |
| Annet a) innspill denne fase | | Savner miljøregnskap | |
| Annet b) innspill videre faser | | FØR neste fase: Regional styring og koordinering | |

| Oslo Kommune | |
|---|--|
| Generell kommentar: Kommunen er godt fornøyd med at OUS har vektlagt å se hvordan sykehusstrukturen kan samspille med UiO og Oslo kommunes byutvikling og helse relatert virksomhet. Samtidig påpeker kommunen utfordringene ved et prosjekt av denne størrelsen som forutsetter samordning av så mange aktører, forvaltningsnivåer, interesse motsetninger og sektormyndigheter. Disse utfordringene må ikke undervurderes. Grundig planlegging av OUS tjenester på kort og mellomlang sikt er minst like viktig som planlegging av visjonen. Storbylegevaktens rolle bør fremheves sterkere, og OUS besørge for å bidra til at etablering av denne kan gjennomføres så raskt som mulig. Ikke vesentlig for Oslo kommune om OUS velger en samlet eller delt løsning. | |

| Oslo kommune har kommentert hvert enkelt alternativ spesifikt med hensyn til areal og transport samt byutviklingseffekter. Vurderingene kan summeres opp slik: <ul style="list-style-type: none"> - Gaustad Sør har noen utfordringer når det gjelder omfang, tunell, utnyttelse av den nordlige delen av tomten på Gaustad og infrastruktur/forsyning. Gaustad Sør vurderes likevel som <u>meget interessant</u> og anbefales bringes videre i prosessen, men med mulighet for redusert arealbruk - Gaustad Øst vurderes å ha få eksplisitte byutviklingsbidrag, og anbefales ikke bragt videre i prosessen. - Samling Ullevål vurderes som et sårbart og lite fleksibelt alternativ, og anbefales ikke bragt videre. - Delt løsning vurderes å ha noen fordeler bl.a. knyttet til mer skånsom utnyttelse av Gaustad tomten (spesielt nordlige del) og samordnet areal- og transportutvikling. Løkk over Ringveien påpekes å kunne ha betydelige positive byutviklingseffekter, samtidig som byutviklingseffekten på Ullevål begrenses. | | | |
|--|--|--|---|
| Svaret gjelder | Støttende | Innsigelse | Nøytralt/kommentar |
| Dimensjonering, inkl. størrelsesproblematikk | | Lokalsykehusfunksjonen må styrkes og dimensjoneres for den generelle befolkningsøkningen og økning i antall eldre. Analyser av byutviklings- og befolkningstyngdepunkt samt rekkeviddeanalyser understøtter behov for lokalsykehus syd/øst i Oslo. | Uavklart oppgavedeling og mulige endringer medfører usikkerhet i kapasitetsberegningene. |
| Forutsetninger/mandatet | | Mandatet har vært for snevert, og lokalsykehus i syd/øst burde vært utredet | |
| Virksomhetsmodell | Viktig å skille akutt- og elektive funksjoner. Kommunen støtter klyngemodellen, og mener dette vil gi et godt utgangspunkt for gode pasientforløp. | Lokalsykehusfunksjonen må styrkes. | Fremtidige innovative arbeidsmetoder og samarbeid mellom tjenestenivåene bør utforskes. |
| Lokaliseringsalternativ | Samling av virksomhet på Gaustad støttes, men da i kombinasjon med lokalsykehus i syd/øst. 0-alternativet fremheves som en dårlig løsning. Kommunen anbefaler ikke at Gaustad Øst tas med videre | | Forutsetter nærhet mellom Storbylegevakt og relevante sykehusbygg. Aker pekes på som mulig tomt for lokalisering av et lokalsykehus. |
| Forskning og undervisning | Oslo kommune mener målrettet satsning på utvikling av Campus Oslo kan gi sentrale bidrag i arbeidet med å posisjonere Oslo som et internasjonalt kunnskapssentrum. Kommunen støtter derfor | | Peker på Kunnskap Oslo (en samarbeidsallianse mellom Oslo kommune og byens kunnskapsinstitusjoner og -miljøer) som en mulig arena for utvikling av samarbeid og prosjekter. |

| | | | |
|--------------------------------|--|--|---|
| | <p>utvikling av et Campus på Gaustad i samarbeid med UiO og vil gjerne bidra til realisering og utvikling av Campus Oslo i et samfunnsøkonomisk perspektiv.</p> <p>Peker også på klyngemodellen som hensiktsmessig for forsknings- og undervisningsformål i et samarbeid mellom OUS, UiO og høgskoler og kommunen.</p> | | |
| Infrastruktur og byutvikling | <p>Positivt og viktig at behov og muligheter for innovasjon og næringsutvikling vektlegges.</p> <p>Ser Gaustad Sør som et interessant byplangrep med potensielle byutviklingseffekter.</p> | | <p>Sett fra kommunehelsetjenesten betyr organisering mer enn lokalisering noe for tilgjengeligheten.</p> <p>Løsningen bør sikre mest mulig kollektiv-bruk, sykkel og gange.</p> |
| Annet a) innspill denne fase | | | <p>Forutsettes at infrastrukturiltak er en kostnad for sykehusbyggingen og ikke tas fra Oslopakke 3.</p> <p>Det bør klargjøres i hvilken grad beredskap mot alvorlig svikt i vannforsyningen er hensyntatt.</p> |
| Annet b) innspill videre faser | | | <p>Ønsker en oppgave/ og funksjonsfordeling som i størst mulig grad gir pasienter og ett sykehus å forholde seg til.</p> <p>Trafikkanalyser må utføres.</p> <p>Sykehusfunksjoner i øst og sør må utredes.</p> |

| Statsbygg | | Grunneier | |
|---|-----------|------------|--------------------|
| Generell kommentar: | | | |
| Statsbygg er sentral grunneier og byggherre for statlige undervisnings- og forskningsformål i området ved Gaustad og har betydelige interesser i området og i den fremtidige utviklingen her. | | | |
| Statsbygg forutsetter å bli kontaktet ved en eventuell videre utvikling av området på Gaustad. | | | |
| Svaret gjelder | Støttende | Innsigelse | Nøytralt/kommentar |
| Dimensjonering, inkl. størrelsesproblematikk | | | |

| | | | |
|--------------------------------|--|--|--|
| Forutsetninger/mandatet | | | |
| Virksomhetsmodell | | | |
| Lokaliseringsalternativ | | | |
| Forskning og undervisning | | | |
| Infrastruktur og byutvikling | | | |
| Annet a) innspill denne fase | | | |
| Annet b) innspill videre faser | | | Statsbygg deler gjerne sin erfaring fra utbygging i Gaustadområdet og mener det er avgjørende at utviklingen av UiO og OUS koordineres i den videre prosess. |

| Sykehuset Østfold | | Helseforetak i regionen | |
|--|--|--------------------------------|---|
| Generell kommentar: Støtter arbeidet med utvikling av OUS og mener idéfasen på en god måte illustrerer utviklingsretninger for sykehuset. Viktig at samarbeidspartnere og interessenter i regionen involveres i det videre arbeidet. | | | |
| Svaret gjelder | Støttende | Innsigelse | Nøytralt/kommentar |
| Dimensjonering, inkl. størrelsesproblematikk | | | |
| Forutsetninger/mandatet | | | |
| Virksomhetsmodell | | | |
| Lokaliseringsalternativ | | | |
| Forskning og undervisning | | | |
| Infrastruktur og byutvikling | | | |
| Annet a) innspill denne fase | Positivt at det legges opp til etappevis gjennomføring | | |
| Annet b) innspill videre faser | | | Forutsetter at det stilles krav til kontrollert drift i tråd med eiers bestillinger før prosjektet videreføres. |

| Universitetet i Oslo (UiO) | | | |
|---|-------------------------|---|--------------------|
| Generell kommentar: UiO oppfatter rapporten som en plan for bl.a. langsiktig utvikling av OUS – Campus Oslo i felleskap mellom OUS og UiO. Dette er et strategisk arbeid som krever tett samhandling. Det refereres til St. Olav som en god modell for planlegging og gjennomføring av et slikt samarbeid i prosjektet. | | | |
| Svaret gjelder | Støttende | Innsigelse | Nøytralt/kommentar |
| Dimensjonering, inkl. størrelsesproblematikk | | Påpeker utfordringen knyttet til størrelse ved å samle hele sykehuset på Gaustad. | |
| Forutsetninger/mandatet | | | |
| Virksomhetsmodell | Støtter klyngemodellen. | | |

| | | | |
|--------------------------------|---|--|---|
| Lokaliseringsalternativ | <p>Støtter samling på Gaustad, men fortrinnsvis med noe redusert volum.</p> <p>Prinsipielt mest positive til Gaustad Sør, men påpeker også at det begrenser UiOs ekspansjonsmulighet vestover.</p> <p>Oppfatter også Gaustad Øst løsningen som interessant.</p> | | <p>UiOs masterplan og OUS plan for Campus Oslo må sees i sammenheng.</p> <p>Tar ikke stilling til lokalitet nr. 2 dersom deler av virksomheten skal legges annet sted enn Gaustad.</p> |
| Forskning og undervisning | <p>UiO ønsker, ut over det samfunnsplågte samarbeidet i medisinerutdanningen, et samarbeid med OUS hvor eksisterende synergier utnyttes for å utvikle verdensledende institusjoner innen forskning og utdanning. Fysisk tilrettelegging og utvikling av området rundt Livsvitenskapsbygget ansees som viktig i denne sammenheng, og samling på Gaustad støttes.</p> | | <p>Det må sørges for tilstrekkelig areal til lovpålagt undervisning.</p> <p>Omfang arealer til utdanning og UiOs bruksrett må avklares på et tidlig tidspunkt. Modellen fra St. Olav anbefales.</p> |
| Infrastruktur og byutvikling | <p>Støtter prinsippet om funksjonsblanding av næring, boliger og service integrert i sykehusbebyggelsen.</p> <p>Positive til mulighetene for byutvikling som oppstår på Ullevål hvis dette området frigjøres.</p> | | |
| Annet a) innspill denne fase | | | |
| Annet b) innspill videre faser | | | <p>Det forutsettes at tilfredsstillende erstatningsareal er på plass før evt. noe av UiOs arealer rives.</p> |

| Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) | | Sykehus i øvrige regioner | |
|---|-----------|---------------------------|--------------------|
| Generell kommentar: | | | |
| Påpeker viktigheten for pasienter i landsfunksjonene og for samarbeidspartnere i helsetjenesten at OUS utgjør et helhetlig og samordnet tilbud. Det er derfor viktig for norsk helsetjeneste generelt at OUS lykkes i å utvikle sine tilbud på en god måte. | | | |
| Svaret gjelder | Støttende | Innsigelse | Nøytralt/kommentar |
| Dimensjonering, inkl. størrelsesproblematikk | | | |

| | | | |
|--------------------------------|--|--|--|
| Forutsetninger/mandatet | | | |
| Virksomhetsmodell | Støtter klyngemodellen | | |
| Lokaliseringsalternativ | Støtter samling av virksomheten og ser Gaustad som det beste alternativet. Fraråder 0-alternativet og delt modell. | | |
| Forskning og undervisning | | | |
| Infrastruktur og byutvikling | | | |
| Annet a) innspill denne fase | | | |
| Annet b) innspill videre faser | | | |

| Vestre Aker | | Bydelsutvalg | |
|--|------------------|---|---------------------------|
| Generell kommentar: Vestre Aker bydelsutvalg protesterer mot utbyggingen på Gaustad. | | | |
| Svaret gjelder | Støttende | Innsigelse | Nøytralt/kommentar |
| Dimensjonering, inkl. størrelsesproblematikk | | | |
| Forutsetninger/mandatet | | | |
| Virksomhetsmodell | | | |
| Lokaliseringsalternativ | | | |
| Forskning og undervisning | | | |
| Infrastruktur og byutvikling | | Gjenåpning av Blindernveien Rasmus Winderens vei oppfattes som svært problematisk for nærområde, skole og barnehage. Protester mot fjerning av grønt-/friareal og at tilgangen til marka reduseres. | |
| Annet a) innspill denne fase | | | |
| Annet b) innspill videre faser | | | |

| Vestre Viken | | Helseforetak i regionen | |
|--|------------------|--|--|
| Generell kommentar: Har begrenset sitt hørings svar til å omfatte kapasitetsvurderinger og dimensjonering. | | | |
| Svaret gjelder | Støttende | Innsigelse | Nøytralt/kommentar |
| Dimensjonering, inkl. størrelsesproblematikk | | Ser at rapporten legger til grunn 75% egendekning i vestre Viken. Helseforetaket påpeker at de har en ambisjon om 80%. | Usikker på rapportens utsagn om at mer enn 60% av OUS somatiske virksomhet er knyttet til lands- og regionsfunksjoner. |
| Forutsetninger/mandatet | | | |
| Virksomhetsmodell | | | |
| Lokaliseringsalternativ | | | |
| Forskning og undervisning | | | |

| | | | |
|--------------------------------|--|--|--|
| Infrastruktur og byutvikling | | | |
| Annet a) innspill denne fase | | | |
| Annet b) innspill videre faser | | | |

DEL B: Andre eksterne hørings svar

| Aker sykehus venner | | Brukerinteresser | |
|---|------------------|--|---------------------------|
| Generell kommentar: ASV leser høringsdokumentet som "skreddersydd" argumentasjon for samling av OUS i nybygg på Gaustad/Rikshospitalet | | | |
| Svaret gjelder | Støttende | Innsigelse | Nøytralt/kommentar |
| Dimensjonering, inkl. størrelsesproblematikk | | | |
| Forutsetninger/mandatet | | Mandatet burde inkludert Aker som alternativ lokalitet ved delt løsning | |
| Virksomhetsmodell | | | |
| Lokaliseringsalternativ | | Byutviklingsscenarioet burde heller vært lagt i tilknytning til Lørenområdet og østover. | |
| Forskning og undervisning | | | |
| Infrastruktur og byutvikling | | Ring 3 i tunell på Gaustad ville forsinke andre viktige veiprojekter i Oslo | |
| Annet a) innspill denne fase | | Kritiske til de økonomiske beregningene | |
| Annet b) innspill videre faser | | | |
| Randi Edner-Erichsen/Bente Odner | | | |
| Generell kommentar: | | | |
| Svaret gjelder | Støttende | Innsigelse | Nøytralt/kommentar |
| Dimensjonering, inkl. størrelsesproblematikk | | Sykehusområdene må endres slik at Stovner, Alna og Grorud tilbakeføres til Oslo SO. OUS underdimensjonert for ortopedi og nevrokirurgi | |
| Forutsetninger/mandatet | | Et alternativ med virksomhet på Aker burde vært nevnt i mandatet | |
| Virksomhetsmodell | | Ikke samle virksomheten. Dele OUS i fire selvstendige, samarbeidende sykehus: Utvikle Radiumhospitalet som landsdekkende spesialsykehus, beholde Rikshospitalet som spesialsykehus med landsdekkende funksjoner, Ullevål som akuttsykehus og gjenreise Aker som fullverdig lokalsykehus. La LDS og LDS fortsette som | |

| | | | |
|--------------------------------|---|--|--|
| | | lokalsykehus og vurdere etablering av et fremtidig lokalsykehus for søndre bydeler + evt Follo | |
| Lokaliseringsalternativ | | Fortsette virksomhet ved alle lokaliteter. Bruke store deler av gammel bygningsmasse. Samling av OUS på Gaustad gir for stort sykehus. | |
| Forskning og undervisning | | | Lokk over Ringveien ville bedre kontakten mellom forskningsmiljøene i OUS og UiO. Koordinere forskning og utdanning mellom lokalitetene. |
| Infrastruktur og byutvikling | Sammenhengende grøntdrag på Gaustad positivt. | | De gamle bygningene på Gaustad bør brukes til kulturelle formål. |
| Annet a) innspill denne fase | | | |
| Annet b) innspill videre faser | | | Prioritere brukervedvirkning |

| | | | |
|---|------------------|---|---|
| Arkitektur- og designhøgskolen Oslo Arkitektforening | | Øvrige | |
| Generell kommentar: Uttalelsen retter seg mot det byutviklingsmessige aspektene i rapporten. | | | |
| Svaret gjelder | Støttende | Innsigelse | Nøytralt/kommentar |
| Dimensjonering, inkl. størrelsesproblematikk | | Kompleks og stor bygningsmasse – fare for at Gaustad-Blindern fremstår som et stort institusjonsområde fremfor en levende by. | |
| Forutsetninger/mandatet | | | |
| Virksomhetsmodell | | | |
| Lokaliseringsalternativ | | Sykehuset burde lokaliseres lenger øst i byen for å støtte opp under utviklingen her, alternativt beholde dagens lokaliteter. Storbylegevakt må ligge ved T-banestopp. | Etappevis utbygging helt nødvendig |
| Forskning og undervisning | | | |
| Infrastruktur og byutvikling | | Bør ha bedre balanse mellom sykehus og boliger/andre funksjoner. | Konsekvens og behov knyttet til kollektivtransport og landskap/grøntområder må utredes bedre. |
| Annet a) innspill denne fase | | | |
| Annet b) innspill videre faser | | | |

| Brukerrådet ved kvinne og barneklubben | | Brukerinteresser | |
|--|--|--|--------------------------------------|
| Generell kommentar: Utfordringer med delt virksomhet. Virksomheten i KBK bør samles fysisk. Deler av bygningsmassen som huser virksomheten i dag (både på Ullevål og Radiumhospitalet) er utdatert. | | | |
| Svaret gjelder | Støttende | Innsigelse | Nøytralt/kommentar |
| Dimensjonering, inkl. størrelsesproblematikk | | | |
| Forutsetninger/mandatet | | | |
| Virksomhetsmodell | Klyngemodell lokalisert på Gaustad ville gjøre det mulig å samle tilbud som hører naturlig sammen. Støtter tanken om å samle alle tilbud til barn og unge, samt fødsel og kvinnehelse i "et sykehus i sykehuset". Støtter tanken om å legge gynekologisk kreft til et kreftsentor. | "Barnesykehus" er for snever betegnelse. Behøves avklaring mht langsiktig utvikling av lokalsykehusfunksjonen i Oslo. | |
| Lokaliseringsalternativ | | | |
| Forskning og undervisning | | | |
| Infrastruktur og byutvikling | | | |
| Annet a) innspill denne fase | | | |
| Annet b) innspill videre faser | | | Klyngemodellen må bearbejdes videre. |

| Naturvernforbundet | | Øvrige | |
|--|-----------|--|--------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> Naturvernforbundet Oslo vest Naturvernforbundet Oslo Akershus | | | |
| Generell kommentar: | | | |
| Svaret gjelder | Støttende | Innsigelse | Nøytralt/kommentar |
| Dimensjonering, inkl. størrelsesproblematikk | | | |
| Forutsetninger/mandatet | | | |
| Virksomhetsmodell | | | |
| Lokaliseringsalternativ | | | |
| Forskning og undervisning | | | |
| Infrastruktur og byutvikling | | Advarer mot utbygging av Gaustad sør og Gaustad med lokk. Peker på nedbygging av friaral, fortetting og fjerning av grøntareal samt økt trafikk i lokalområdet. Mener tilgangen til marka reduseres og at hensyn til turveier ikke er ivaretatt. | |
| Annet a) innspill denne fase | | | |
| Annet b) innspill videre faser | | | |

| Navn høringsinstans SINTEF | | Gruppe Naboer | |
|---|--|------------------|--------------------|
| Generell kommentar: Gode og interessante forslag. | | | |
| Svaret gjelder | Støttende | Innsigelse | Nøytralt/kommentar |
| Dimensjonering, inkl. størrelsesproblematikk | | | |
| Forutsetninger/mandatet | | | |
| Virksomhetsmodell | | | |
| Lokaliseringsalternativ | Positive til forslag som berører SINTEFs eiendommer på festetomter i Forskningsveien, forutsatt at SINTEFs interesser blir ivaretatt (arbeidsplasser for ca 500 personer). | | |
| Forskning og undervisning | | | |
| Infrastruktur og byutvikling | | | |
| Annet a) innspill denne fase | | | |
| Annet b) innspill videre faser | | | |

| Tom Edvardsen Arkitekter | | Grunneier | |
|---|-----------|---|--|
| Generell kommentar: Eier av eiendom nord på Gaustad (Villa Derma). Har planer for utvikling av denne eiendommen på kort sikt til studentboliger og ønsker primært ikke at tomten skal trekkes inn i fremtidige alternative tanker rundt utviklingen av OUS. | | | |
| Svaret gjelder | Støttende | Innsigelse | Nøytralt/kommentar |
| Dimensjonering, inkl. størrelsesproblematikk | | | |
| Forutsetninger/mandatet | | | |
| Virksomhetsmodell | | | |
| Lokaliseringsalternativ | | Ønsker primært ikke at eiendom skal inngå i utbyggingsalternativene på Gaustad. | Åpner for samarbeid med OUS om evt. transformasjon til psykiatrisk avdeling i fremtiden. |
| Forskning og undervisning | | | |
| Infrastruktur og byutvikling | | | |
| Annet a) innspill denne fase | | | |
| Annet b) innspill videre faser | | | |

| | | | |
|--|------------------|--|---------------------------|
| Øvrige hørings svar <ul style="list-style-type: none"> • Aksjonsgruppen "Nei til Gaustad Sør" • Blindern vel • Foreldrerepresentanter ved universitetets barnehage • Marienlyst vel og FAU ved Marienlyst skole • Naboer (enkelt personer) • Vinderen skole vel | | Øvrige | |
| Generell kommentar: Det har kommet inn en hel rekke kommentarer fra naboer, velforeninger, aksjonsgrupper osv. Svarene her kan oppsummeres til følgende hovedpunkter: | | | |
| Svaret gjelder | Støttende | Innsigelse | Nøytralt/kommentar |
| Dimensjonering, inkl. størrelsesproblematikk | | Skepsis til størrelsen på sykehuset- for stort | |
| Forutsetninger/mandatet | | | |
| Virksomhetsmodell | | | |
| Lokaliseringsalternativ | | Flere peker på behov for lokalsykehus Aker Sykehus må inngå i planene- kvaliteten på eksisterende lokaler er bedre enn det som fremkommer av rapporten | |
| Forskning og undervisning | | | |
| Infrastruktur og byutvikling | | Naboene innvender mot å utvikle en ny bydel på Gaustad Gjenåpning av Blindernveien Rasmus Winderens vei oppfattes som svært problematisk for nærområde, skole og barnehage Turveien inn i marka brytes av utbyggingen Friområdene i nærområdet reduseres. | |
| Annet a) innspill denne fase | | | |
| Annet b) innspill videre faser | | | |

DEL C: Interne hørings svar

| | | | |
|--|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Akutt klinikken • Kvinne- og barne klinikken • Avd. for klinisk service, medisinsk klinikk • SSE, Avdeling for kompleks epilepsi • Direktørens stab, samhandling • Blodbanken | | OUS interne Klinikker/ avdelinger | |
| Generell kommentar: | | | |
| Svaret gjelder | Støttende | Innsigelse | Nøytralt/kommentar |
| Dimensjonering inkl. størrelsesproblematikk | | Bør vurdere reduksjon av størrelse på det som samles ved bl.a. å skille ut Lokalsykehus. | Dimensjonering fødsler: ca 10 000 pr. år |
| Forutsetninger/mandatet | | SSE har innsigelse mot forutsetningen om at alle barn skal behandles i «barnesykehuset», mener SSE barn må forbli i SSE. | |
| Virksomhetsmodell | Klyngemodell støttes av alle klinikker/avdelinger som adresserer tema. | | |
| Lokaliseringsalternativ | Samling på Gaustad støttes av alle som adresserer tema, men behov for redusert areal påpekes samtidig. AMK og Senter for dagkirurgi kan plasseres utenfor Campus. | Akutt klinikken peker på at Legevakten kan plasseres utenfor sykehusområdet/campus. | |
| Forskning og undervisning | | | |
| Infrastruktur og byutvikling | | | |
| Annet a) innspill denne fase | | | |
| Annet b) innspill videre faser | | | Videre dimensjoneringsarbeid bør gjøres basert på forskningsbasert evaluering av tidligere prosjekter og vurdering av beste praksis Innspill til romfunksjoner som må ivaretas for pasienter og ansatte |

| Forskningsutvalget | | OUS Interne Utvalg | |
|---|--|--------------------|--|
| <p>Generell kommentar: Høringsinnspillet omhandler tema som er sentrale for forskningens rammevilkår. Generelt påpekes at forskningens plass og arealkrav i det nye sykehuset bør fremkomme sterkere i rapporten.</p> | | | |
| Svaret gjelder | Støttende | Innsigelse | Nøytralt/kommentar |
| Dimensjonering inkl. størrelsesproblematikk | | | |
| Forutsetninger/mandatet | | | |
| Virksomhetsmodell | Støtter klyngemodellen med delvis integreerte forskningsarealer og delvis egne forskningsbygg. Mener «klyngemodellen er et godt utgangspunkt for å utvikle gode og fokuserte fagmiljøer i verdensklasse» | | |
| Lokaliseringsalternativ | Samling på Gaustad og nærhet til UiO i Sør alternativet støttes | | |
| Forskning og undervisning | Nærhet til UiO og Livsvitenskapsbygget påpekes som vesentlig. | | Behov for minimum to nye selvstendige forskningsbygg med nødvendig infrastruktur og nærhet/knytning til UiO. |
| Infrastruktur og byutvikling | | | |
| Annet a) innspill denne fase | | | |
| Annet b) innspill videre faser | | | Behov for fleksibilitet i forskningsarealer og nærhet til tung infrastruktur. Det må legges til rette for etablering av sentre og forskningsmiljøer på tvers av linjestrukturen, basert på forskningsgrupper. UiO og OUS må i felleskap utvikle arenaer hvor satsning på livsvitenskap kommer begge institusjoner til gode. |

| | | | | |
|---|--|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Radiologene på Rikshospitalet • Overlegene på Radiumhospitalet • Fagutviklingssykepleiere for nyfødte, barn og ungdom i OUS • Fagspesifikt nettverk for ergoterapeuter ved OUS | | OUS interne Grupperinger innen og/eller på tvers av fag | | |
| Generell kommentar: | | | | |
| Svaret gjelder | | Støttende | Innsigelse | Nøytralt/kommentar |
| Dimensjonering inkl. størrelsesproblematikk | | | | |
| Forutsetninger/mandatet | | | | |
| Virksomhetsmodell | | Fagutv. Sykepleiere støtter klyngemodellen med egen klynge for kvinne/barn. | Innspillet fra overlegene på Radiumhospitalet er skeptiske til klyngemodell og det de mener vil bli en oppsplitting av kreftmiljø. | |
| Lokaliseringsalternativ | | | Legegruppene er skeptiske til størrelse og langstrakt utforming ved samling på Gaustad. Overlegene ved Radiumhospitalet mener man bør beholde 4 sykehus i OUS | |
| Forskning og undervisning | | | | |
| Infrastruktur og byutvikling | | | | |
| Annet a) innspill denne fase | | | | |
| Annet b) innspill videre faser | | | Overlegene ved Radiumhospitalet mener man raskt bør vurdere nytt klinikkbygg ved Radiumhospitalet | Innspill til romfunksjoner som må ivaretas for pasienter og ansatte |

| | | | |
|--|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Jørg Nachtmann, AKU • Toril Rabben, HLK • Cathrine Myhre Sæbø, KDI • Lene Lystad Sjøberg, KDI • Inger Eliassen, KDI • Arnstein Sekse, KKN • Helge Opdahl, MED • Dag Jacobsen, MED • Solvor Helland, PHA • Kari Skredsvik, Stab samhandling • Cathrine Louise Bjørklund, Stab Innkjøp | | OUS interne Enkeltpersoner | |
| Generell kommentar: | | | |
| Svaret gjelder | Støttende | Innsigelse | Nøytralt/kommentar |
| Dimensjonering inkl. størrelsesproblematikk | | Én er skeptisk til nedtrekk og effektivisering. Én peker på at man bør vurdere reduksjon av størrelse på det som samles ved bl.a. å skille ut Lokalsykehus. | |
| Forutsetninger/mandatet | | | |
| Virksomhetsmodell | Klyngemodell støttes av to av tre som adresserer tema. | Én er skeptisk til effekten av samling av likeartet aktivitet. | |
| Lokaliseringsalternativ | | Det pekes på at sykehuset av beredskapshensyn ikke bør samles. Delt løsning ønskes. | Aker nevnes spesifikt som lokalisering-mulighet for Lokalsykehus |
| Forskning og undervisning | | | |
| Infrastruktur og byutvikling | | | |
| Annet a) innspill denne fase | | | |
| Annet b) innspill videre faser | | | Videre arbeid bør gå mer i dybden når det gjelder beredskap, samhandling med primærhelsetjenesten og palliasjon. |

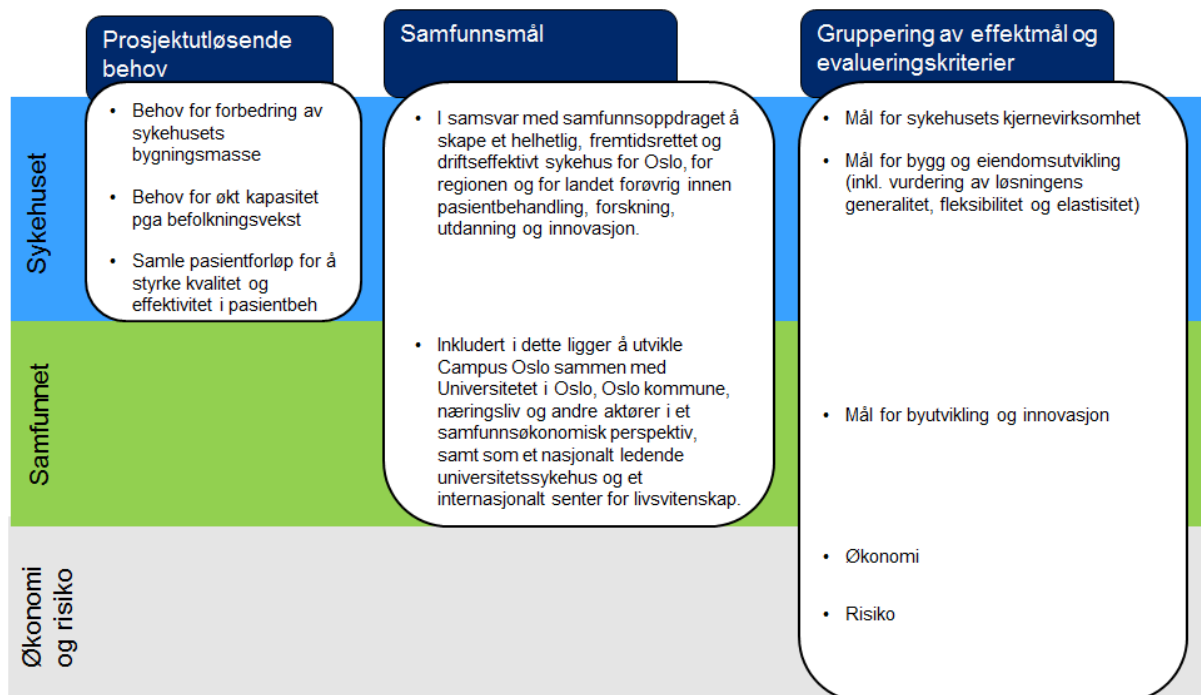
Revidert evaluering

| | | |
|---------------------|---|----------|
| 1 | Evaluering av alternativ..... | 1 |
| 1.1 | Evalueringsprosessen | 2 |
| 1.2 | Evalueringskriterier | 3 |
| 1.3 | Grovsortering av fysiske alternativer | 3 |
| 1.4 | Vurderingen av virksomhetsmodeller | 5 |
| 1.5 | Kvalitativ evaluering | 6 |
| 1.6 | Vurdering av gjennomførbarhet og risiko (ROS analyse) | 11 |
| 1.7 | Økonomisk evaluering..... | 13 |
| 1.8 | Samlet økonomisk og kvalitativ evaluering og vurdering av «liv laga»..... | 14 |
| Vedlegg..... | Feil! Bokmerke er ikke definert. | |

1 Evaluering av alternativ

Idéfase OUS – Campus Oslo

Sammenheng mellom behov og mål



Figur 1 - Sammenheng mellom behov, mål og gruppering av evalueringskriterier.

Behov, mål og kriterier er sett i sammenheng med hvorvidt de relateres til sykehusets isolerte behov (lyseblå stripe) eller i en større samfunnsammenheng (grønn stripe). Økonomi og risiko (grå stripe) er generelle kriterier som er vurdert for seg.

Med utgangspunkt i prosjektutløsende behov og strategiske planer er det identifisert hvilke konkrete *mål* som skal nås gjennom realisering av prosjektet. Effektmålene er relatert både til sykehusets kjernevirksomhet og utvikling av bygningsmasse, samt byutvikling og innovasjon (se tabell nedenfor).

Økonomiske forhold, gjennomførbarhet og risiko er vurdert uavhengig av den kvalitative evalueringen.

| MÅL | |
|-----|--|
| 1 | Mål for sykehusets kjernevirksomhet |
| | Et sykehus som tar utgangspunkt i pasientens perspektiv. |
| | Et arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt. |
| | Et fremragende universitetssykehus, en lærende og skapende organisasjon. |
| | En god samarbeidspartner og engasjert samfunnsaktør. |

| |
|---|
| 2 Mål for bygg- og eiendomsutvikling |
| Tilfredsstille kapasitetsbehov samt funksjonelle og tekniske krav. Lukking av myndighetspålegg. |
| Samling og effektivisering av bygningsmassen, både klinisk og teknisk drift. Korte transportavstander for pasienter, ansatte og varer. |
| Avhending av overflødig bygningsmasse og areal, samt gevinstrealisering av eiendomsverdier. |
| Bærekraftige og klimavennlige løsninger. |
| Bygninger og utemiljø som støtter opp om pasienters og ansattes helse og trivsel. |
| 4 Mål for byutvikling og innovasjon |
| Høy alternativ nytte av tomter som avhendes. |
| God utnyttelse av sykehusets randsone. |
| Gode vei- og infrastrukturløsninger. |

Tabell 1 – prosjektets effektmål

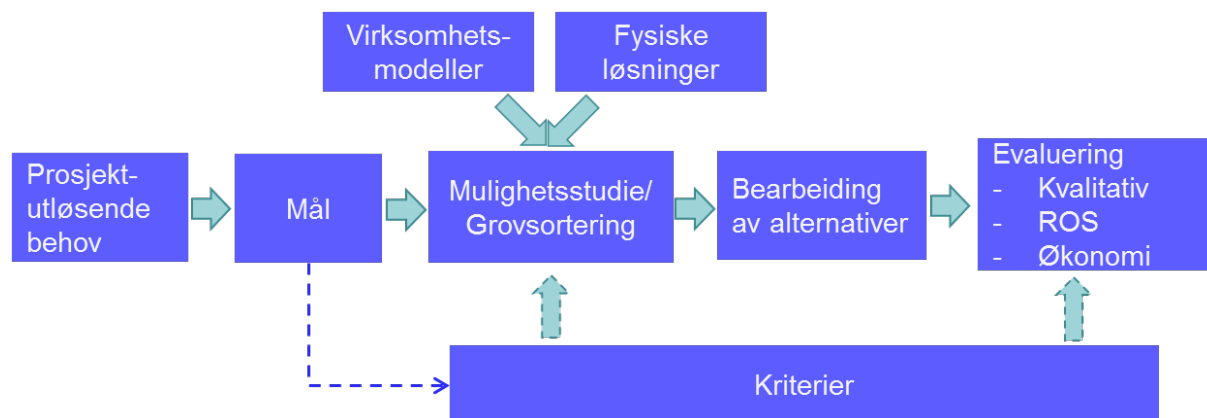
1.1 Evalueringsprosessen

Evalueringsprosessen har bestått av fem trinn:

1. Grovsortering av identifiserte alternativer/mulighetsstudier.
2. Kvalitativ evaluering av gjenværende alternativer.
3. Vurdering av gjennomførbarhet og risiko (ROS analyse).
4. Økonomisk evaluering.
5. Resultatet av evalueringene hver for seg er deretter sett i en helhetlig sammenheng.

Ekstern kvalitetssikring underveis og i siste fase av prosjektet har gitt verdifulle innspill i prosessen.

Figuren nedenfor illustrerer prosessen.



Figur 2 - Prosessen for evaluering av alternativer

Proessen har tatt utgangspunkt i definerte behov og mål.

Det ble både i arbeidet med virksomhetsmodeller og med fysiske løsninger gjort brede idésøk. For å snevre inn antall alternativer til et hensiktsmessig antall, ble det foretatt en grovsortering av de fysiske løsningene. Prosjektet gjorde også en innbyrdes evaluering av virksomhetsmodellene. Disse ble så vurdert opp mot aktuelle fysiske løsninger som skulle bearbeides videre. Grovsorteringen av fysiske løsninger er oppsummert nedenfor i kap 1.3. Vurderingen av virksomhetsmodellene er tilsvarende oppsummert i kap. 1.4.

De alternativene som stod igjen etter grovsorteringen ble bearbeidet videre, og evaluert i henhold til utarbeidede kriterier, risiko og økonomi.

Alternativene er behandlet i prosjektets arbeidsutvalg og styringsgruppe. De er presentert for styret i OUS og diskutert i sykehusets ledergruppe, i dialogmøter med tillitsvalgte, samt i ulike fora med andre interessenter som UiO og Oslo kommune. En samlet vurdering av alternativene er utført av prosjektets ledergruppe, drøftet med arbeidsutvalget og behandlet i prosjektets styringsgruppe.

1.2 Evalueringskriterier

Evalueringskriterier skal gi grunnlag for å vurdere i hvilken grad effektmålene oppnås med de ulike alternativene. Kriteriene omfatter også enkelte samfunnsøkonomiske aspekter (som f.eks. beredskap) som ikke inngår i de målene som er definert. I tillegg til de kriteriene som springer ut fra effektmålene og andre samfunnsøkonomiske aspekter, er det definert et sett kriterier relatert til prosjektets egenskaper og gjennomføring. Dette omfatter økonomi, gjennomførbarhet og risiko.

Følgende hovedkriterier er lagt til grunn ved evaluering av løsningsalternativer:

| | |
|---|---|
| 1. Hovedkriterier for sykehusets kjernevirksomhet | <i>Kvalitativ evaluering</i> |
| 2. Hovedkriterier for bygg- og eiendomsutvikling | |
| 3. Hovedkriterier for byutvikling og innovasjon | |
| 4. Generalitet, fleksibilitet og elastisitet, alternativets robusthet | |
| 5. Kvalitative samfunnsøkonomiske effekter | |
| 6. Gjennomførbarhet | <i>Evaluering av gjennomførbarhet og risiko</i> |
| 7. Alternativets risiko, muligheter og trusler | |
| 8. Økonomi | <i>Evaluering av økonomi</i> |

Tabell 2, Oversikt over evalueringskriterier og hvilken prosess de er behandlet i

Underliggende delkriterier er nærmere beskrevet i etterfølgende kapitler.

1.3 Grovsortering av fysiske alternativer

Basert på idésøket og mulighetsstudiene ble det tidlig utarbeidet en rekke varianter av fysiske løsninger innenfor hvert scenario. Disse ble så grovsortert basert på tomteforhold, reguleringsforhold, vernebestemmelser, generell gjennomførbarhet og risiko. Grovsorteringen er fremlagt og vedtatt i styringsgruppen. Status etter grovsortering, før videre bearbeiding og sluttevalueringen, er illustrert nedenfor.

| Scenarier | | Fysiske løsninger | | | | | | Utrede |
|--|---|--|---|---------------------------------------|--|--|---|--------|
| Mulighetsrommet studerte fysiske varianter | Tomteforhold | Grovsortering | | | Risiko | Utvalg i Grov-sortering | Utrede fysiske løsninger | |
| | | Reguleringsforhold og myndighetskrav | Vernebestemmelser | Generell gjennomførbarhet | | | | |
| O-Alternativet | O-alternativ | | | | | | O-alternativ | |
| Scenario 1A Full samling på Gaustad | 1A.1 "Nord, øst og sør" | Mye bygg under bakken. Tar i bruk kolonihagen - ikke realistisk | Usikker | OK | Ingen spesielle utfordringer. | Tomteervert | Forfatt | |
| | 1A.2 "Rambla" | Sogn Videregående skole - usikker tilgjengelighet | Krever godkj. Av sykehus i "rød sone" mhp støv og støy | OK | Ingen spesielle utfordringer. | Tomteervert | Forfatt | |
| | 1A.3 "Høyhus" | Kan løses på liten tomt | Høyhus lite realistisk grunne arbeidsmiljø/lys- og reguleringsforhold | OK | Ingen spesielle utfordringer. | Arbeidsmiljøforhold og regulering for høyhus | Forfatt | |
| | 1A.4 "Ring" | Krever store inngrep i boligområder og ervert av Sogn Videregående skole - usikker tilgjengelighet | Krever godkj. Av sykehus i "rød sone" mhp støv og støy | OK | Ingen spesielle utfordringer. | Tomteervert | Forfatt | |
| | 1A.5 "Torg" | Sogn Videregående skole - usikker tilgjengelighet | Ingen spesielle utfordringer | OK | Mulighet for tidlig byggestart | Tomteervert | Bearbeidet videre | |
| | 1A.6 "Lokk" | For liten tomt dersom man ikke nedskalere arealet | Ingen spesielle utfordringer | OK | Ingen spesielle utfordringer | Tomtestørelse | Er aktuell med redusert arealbehov (annen oppgavevedling / deler plasseres andre steder) | |
| | 1A.7 "Tunnel" | Forutsetter tunnel | Ingen spesielle utfordringer ut over tunnel | OK | Forutsetter tunnel før ferdigstillelse | Tunell | Bearbeidet videre Kan være aktuell med lokk dersom arealbehovet reduseres (annen oppgavevedling / deler plasseres andre steder) | |
| Scenario 1B Full samling på Ullevål | 1B.1 "uten hensyn til fredning" | Full utnyttelse av tomt - ingen reserve | Usikker mhp volum bygg og trafikk | Værn henstyttnas ikke-lite realistisk | Svært komplisert | Stor | Forfatt | |
| | 1B.2 "med hensyn til fredning" | Full utnyttelse av tomt - ingen reserve | Usikker mhp volum bygg og trafikk | Utfordrende | Svært komplisert | Stor | Bearbeidet videre (med begrunnelse i prosjektets mandat) | |
| Scenario 2 Delt løsning mellom Ullevål og Gaustad | 2.1 "Nord" på Ullevål + "Lokk" på Gaustad | OK | OK | OK | Ingen spesielle utfordringer | Liten | Bearbeidet videre | |
| | 2.2 "Sør" på Ullevål + "Lokk" på Gaustad | OK | OK | Noe mer utfordrende enn Ullevål Nord | Komplisert | Betydelig | Bearbeidet videre | |
| | 2.3 Ullevål + "Lokk" på Gaustad | OK | OK | OK | Noe komplisert | Middels | Bearbeidet videre | |

Tabell 3 – Grovsortering av fysiske løsninger. Røde felt angir forhold som gjør at alternativet ikke tas med videre.

Etter grovsorteringen er seks gjenstående fysiske alternativer, i tillegg til 0-alternativet, bearbeidet videre sammen med hensiktsmessige virksomhetsmodeller.

1.4 Vurderingen av virksomhetsmodeller

I arbeidet med virksomhetsmodeller utarbeidet prosjektets faglige rådgivningsgruppe et sett prinsipper som skulle legges til grunn. De seks prinsippene hadde også betydning for utformingen av kvalitative evalueringskriterier knyttet til pasientbehandling, forskning og utdanning i sykehuset.

1. Pasientperspektivet skal være førende for valg av modell.
2. Av hensyn til forskning, utdanning og opprettholdelse av kompetanse, bør OUS ha ansvar for virksomhet som spenner fra det høyspesialiserte til det alminnelige.
3. Forskning og utdanning skal være tett integrert med både den høyspesialiserte og den alminnelige delen av virksomheten.
4. Akutt og elektiv virksomhet bør skilles for å oppnå god drift.
5. Oslos befolkning skal sikres likeverdige helsetjenester. Dette gjelder både pasienter med behov for høyspesialiserte tjenester og pasienter som behøver behandling for vanlige, sammensatte og kroniske tilstander.
6. Samling av virksomhet er et gode, men enheter må av drifts- og ledelsesmessige hensyn ikke bli uhensiktsmessig store.

Etter et bredt idésøk konsentrerte prosjektet seg om tre virksomhetsmodeller som er utførlig beskrevet i kapittel 4:

- Videreføring av dagens virksomhetsmodell
- En nivådelt virksomhetsmodell
- Klyngemodell

De tre modellene er prinsipielt forskjellige og oppfyller i litt ulik grad prinsippene. Som en første evaluering ble modellene vurdert innbyrdes med hensyn til dette. Modellene er kvalitativt vurdert i ulike fora, inkludert faglig rådgivningsgruppe, ledergruppe, N3-lederforum, prosjektgruppe, forskningsutvalget, forskningslederforum, brukerutvalg, ungdomsråd, Scientific Advisory Board og i ulike tematiske møter. Alle de kvalitative vurderingene gikk i favør av klyngemodellen, og denne modellen har også fått tilslutning fra styringsgruppen og ledelsen ved OUS samt gjennom høringsprosessen.

Hensiktsmessige kombinasjoner av virksomhetsmodell og scenario er som vist i tabellen nedenfor.

| Virksomhetsmodell \ Scenario | 0-alternativ | Scenario 1 Samlet ett sted | Scenario 2 Delt virksomhet |
|--------------------------------|--------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 1 - Dagens virksomhetsmodell | X | X | - |
| 2 - Nivådelt virksomhetsmodell | - | - | X |
| 3 – Klyngemodell | - | X | X |

Tabell 4 - Grovsortering av hvilke modeller det er aktuelt å gå videre med for hhv. 0-alternativ, scenario 1 og 2

Avhengighetsanalyser har vist at det ville være vanskelig å dele dagens virksomhetsmodell i to uten at dette går betydelig ut over et stort antall pasientforløp. Den nivådelte virksomhetsmodellen med deling etter funksjonsnivå ville først og fremst være aktuell å utvikle i et fysisk todelt sykehus (scenario 2). Klyngemodellen kan utvikles med sentrene samlet på en lokalitet eller som delt løsning der sentre som ikke behøver tilgang til den tunge infrastrukturen i sykehuset er plassert utenfor campus.

1.5 Kvalitativ evaluering

1.5.1 Evalueringskriterier

Hovedkriteriene som er beskrevet har flere delkriterier som er utarbeidet med utgangspunkt i effektmålene:

- For sykehusets kjernevirksomhet er effektmålene en videreføring av den strategiske utviklingsretningen til sykehuset. Evalueringskriteriene knytter seg derfor til strategiens hovedpunkter: Pasientperspektivet, arbeidsmiljø, forskning, innovasjon og utdanning samt bidrag til samhandling og likeverdige helsetjenester.
- For bygg- og eiendomsutvikling er effektmålene koblet til kapasitet, funksjonalitet for den virksomhet som skal drives og utvikles, effektiv drift og mulig avhending, bærekraftige løsninger, helse og trivsel. I tillegg er alternativets robusthet i form av generalitet, fleksibilitet og elastisitet vurdert.
- Mål for byutvikling og innovasjon er mer knyttet til samfunnsnytte. Mål og evalueringskriterier her er alternativenes bidrag til by- og næringsutvikling, miljø, tilgjengelighet og transport.

| MÅL | | EVALUERINGSKRITERIE |
|----------|---|--|
| 1 | Mål for sykehusets kjernevirksomhet | |
| | Et sykehus som tar utgangspunkt i pasientens perspektiv. | Tilrettelagt for å ivareta prinsippene som er lagt til grunn for utforming av virksomhetsmodellene. |
| | Arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt. | Tilrettelagt for helsefremmende, godt og sikkert arbeidsmiljø. |
| | Et fremragende universitetssykehus, en lærende og skapende organisasjon. | Tilrettelagt for god tilgang til et bredt virksomhetsspekter for forskning, utdanning og kompetanseutvikling. |
| | En god samarbeidspartner og engasjert samfunnsaktør. | Tilrettelagt for etablering og utvikling av nye samhandlingsarenaer/-områder mellom spesialist- og primærhelsetjenesten, til beste for pasienten. Løsningen skal bidra til god oppgavefordeling og likeverdige helsetjenester i regionen og innenfor Oslo sykehusområde. |
| 2 | Mål for bygg- og eiendomsutvikling | |
| | Tilfredsstillende kapasitetsbehov samt funksjonelle og tekniske krav. Lukking av myndighetspålegg. | Tilfredsstillende kapasitetsbehov samt funksjonelle og tekniske krav, inkl. lukking av myndighetspålegg. |
| | Samling og effektivisering av bygningsmassen, både klinisk og teknisk drift. Korte transportavstander for pasienter, ansatte og varer. | Samling og effektivisering av bygningsmassen, både klinisk og teknisk drift med god og effektiv logistikk. |
| | Avhending av overflødig bygningsmasse og areal, samt gevinstrealisering av eiendomsverdier. | Avhending av overflødig bygningsmasse og areal, samt gevinstrealisering av eiendomsverdier. |

| | | |
|----------|---|---|
| | Bærekraftige og klimavennlige løsninger. | Klimavennlige løsninger. |
| | Bygninger og utemiljø som støtter opp om pasienters og ansattes helse og trivsel. | Bygninger og utemiljø som støtter opp om pasienters og ansattes helse og trivsel. |
| 4 | Mål for byutvikling og innovasjon | |
| | Høy alternativ nytte av tomter som avhendes. | Bidrag til ivaretagelse av Oslos behov for byutvikling i et samfunnsøkonomisk perspektiv. |
| | God utnyttelse av sykehusets randsone. | Bidrag til å løfte Oslo som kunnskapsby og nasjonal verdiskapning særlig innen livsvitenskap. |
| | | Tilrettelegging for næringsutvikling med tilknytning til sykehusets virksomhet. |
| | Gode vei- og infrastrukturløsninger. | Bygge opp under Oslos satsning som miljøhovedstad. |
| | | Tilgjengelighet og transport. |

Tabell 5 – Sammenhengen mellom mål og evalueringskriterier – kvalitativ evaluering.

Vekting av hovedkriteriene for den kvalitative evalueringen er som følger:

| | |
|---|------|
| Pasientbehandling, forskning og utdanning | 50% |
| Bygg- og eiendomsutvikling inkludert vurdering av generalitet, fleksibilitet og elastisitet | 20% |
| Byutvikling og innovasjon | 20% |
| Øvrige samfunnsøkonomiske effekter | 10% |
| Sum totalt | 100% |

1.5.2 Oppsummering av den kvalitative evalueringen

Tabellen på de neste sidene gir en oversikt over de åtte alternativene og 0-alternativet som det er gjennomført en kvalitativ evaluering av. Tabellen oppsummerer evalueringen av alternativenes evne til å oppfylle de definerte kriteriene. Fargene indikerer grad av måloppfyllelse som vist i nedre kant av tabellen.

I tabellen er det lagt inn en rad øverst som viser de virksomhetsmodellene som den fysiske løsningen er egnet for. Antall alternativer er således redusert fra 9 til 7 i denne fremstillingen. Det er kun Gaustad sør som scorer ulikt avhengig av virksomhetsmodell. Dette er vist ved en todeling av fargecellen.

På de neste to sider følger oppsummering av den kvalitative evalueringen:

| Lokalisering | Gaustad Øst | Gaustad Sør | Ullevål nord + Gaustad "Lokk" |
|--|--|---|---|
| Egnede virksomhetsmodeller | Videreføring av dagens- og klyngemodellen | Videreføring av dagens- og klyngemodellen | Nivådelte modell |
| Mål for sykehusets kjernevirksomhet | Mulighet for samling og utvikling av fagmiljø til beste for pasienten. Topografi vanskeliggjør ivaretagelse av flere av prinsippene, noe som kan være uheldig for både driftseffektivitet og kvalitet på pasientbehandlingen. Ingen vesentlige utfordringer knyttet til arbeidsmiljøforhold. Mulighet for videreutvikling av samarbeid med UiO. Begrenset mulighet for å forme nye fysiske samarbeidsarenaer med primærhelsetjenesten | God mulighet for samling og utvikling av fagmiljø til beste for pasienten. Godt tilrettelagt for ivaretagelse av prinsippene, men samling kan være uheldig for skjerming av hhv skjeldnevs alminnelige sykdomer. Tilrettelagt for godt arbeidsmiljø. God tilrettelagt for videreutvikling av samarbeid med UiO. Godt tilrettelagt for å forme nye fysiske samarbeidsarenaer med primærhelsetjenesten Klyngemodellen vurdert bedre enn dagens virksomhetsmodell (derfor tofarget rute) | Utfordrende deling av funksjonsnivå og to akuttmottak kan medføre uhensiktsmessig dublering og forflytning av pasienter. Generelt utfordrende å ivareta prinsippene, med unntak av skjerming allminnelige/skjeldne lidelser. Noe bedre mht. samhandling somatikk - psykiatri enn Ullevål sør. Kan gi større mulighet for tilhørighet, men vil kunne medføre uhensiktsmessig dublering og konkurranse. Deling av virksomheten kan være mer utfordrende for forskning. Kan være lettere å etablere en tydelig samhandlingsprofil med primærhelsetjenesten om pasienter med alminnelige lidelser. |
| Mål for bygg- og eiendomsutvikling | Løsningen tilfredstiller kapasitetsbehov, funksjonelle og tekniske krav. Mange nye bygg og samling på ett sted, men likevel relativt stor intern transportavstand og utfordringer mhp logistikk. Mye frigjort areal Mye nybygg og godt med ute-/ grøntareal, men nærhet til Ring 3 gir støy- og støvutfordringer | Løsningen tilfredstiller kapasitetsbehov, funksjonelle og tekniske krav for OUS samt ivaretar utbyggingsmuligheter for UiO. Mange nye bygg og samling på ett sted. Tilrettelagt for god logistikk, men langstrakt bygningsmasse. Mye frigjort areal Mye nybygg og godt med ute-/ grøntareal. | Løsningen tilfredstiller kapasitetsbehov, funksjonelle og tekniske krav. Delt på to tomter. Utfordrende for effektiv logistikk. Kun delvis avhenging av eiendom. Mye nye bygg. Mindre god løsning for klimavenlig logistikk/intern transp. |
| Vurdering av alternativets robusthet, generalitet, fleksibilitet og elastisitet | Mange nye bygg med god generalitet. Topografi og avstand reduserer fleksibilitet. Senere utvidelse vil forutsette riving av boliger | Mange nye bygg med god generalitet og sammenhengende bygningsmasse. Robust løsning med god tilgang på reserveareal | Mange nye bygg med god generalitet. Deling reduserer fleksibiliteten noe, samt vil kunne være krevende mht. internt transport mellom sykehusene. Tilgang på reserveareal både på Ullevål og Gaustad. |
| Mål for byutvikling og innovasjon | Frigjør areal for byutvikling bl.a. på Ullevål. Stor avstand til UiO, lite disponibelt areal til UiO, næring og bydelen på sykehusområdet. Ikke tilfredsstillende T-bane. Åpner ikke blå-grønn korridor eller øst-vest forbindelse. | Frigjør areal for byutvikling bl.a. på Ullevål. Tilrettelegger for utviklende samhandling med UiO, Oslo kommune og næringsliv. God off. komm. forbindelse. Åpner blå-grønn korridor og øst-vest forbindelse. | Frigjør kun deler av Ullevål. Større avstand mellom UiO og deler av sykehuset. Gir begrenset mulighet for næringsutvikling og innovasjon på Ullevål og Gaustad. Svak tilgang til offentlig transport på Ullevål |
| Vurdering av kvalitative samfunns-økonomiske effekter | Samler fagmiljø i nye bygg. Alt på ett sted utfordrer beredskap og fordelingsvirkning. God tilgang på alle spes. for akutt/traume. | Samler fagmiljø i nye bygg. Alt på ett sted utfordrer beredskap og fordelingsvirkning. God tilgang på alle spes. for akutt/traume. | Delt løsning er positivt mhp beredskap og fordelingsvirkninger, men kan gi svakere tilgang på spes. for akutt/traume. |
| Fargeforklaring: | | | |
| Svært bra | middels | svært dårlig | |
| bra | dårlig | | |

| Ullevål sør + Gaustad "Lokk" | Ullevål Hele + Gaustad "Lokk" | Samlet Ullevål | O-alternativet |
|---|--|---|---|
| Nivådelte modell | Nivådelte modell | Videreføring av dagens modell | Videreføring av dagens modell |
| <p>Utfordrende deling av funksjonsnivå og to akuttomtak kan medføre uhensiktsmessig duplering og forflytning av pasienter. Generelt utfordrende å ivareta prinsippene, med unntak av skjerming allminnelige/skjeldne lidelser.</p> <p>Kan gi større mulighet for tilhørighet, men vil kunne medføre uhensiktsmessig duplering og konkurranse.</p> <p>Deling av virksomheten kan være mer utfordrende for forskning.</p> <p>Kan være lettere å etablere en tydelig samhandlingsprofil med primærhelsetjenesten om pasienter med allminnelige lidelser.</p> | <p>Utfordrende deling av funksjonsnivå og to akuttomtak kan medføre uhensiktsmessig duplering og forflytning av pasienter. Generelt utfordrende å ivareta prinsippene, med unntak av skjerming allminnelige/skjeldne lidelser. Utstrakt grad av bruk av gamle bygg som ligger spredt på Ullevål vil gjøre sykehuset her mindre funksjonelt.</p> <p>Kan gi større mulighet for tilhørighet, men vil kunne medføre uhensiktsmessig duplering og konkurranse.</p> <p>Deling av virksomheten kan være mer utfordrende for forskning.</p> <p>Kan være lettere å etablere en tydelig samhandlingsprofil med primærhelsetjenesten om pasienter med allminnelige lidelser.</p> | <p>Kan være utfordrende å ivareta prinsippene i en slik kompakt bygningsmasse. God mulighet for samling og utvikling av fagmiljø til beste for pasienten, men svakere enn klyngemod. m/verrfaglige enheter.</p> <p>Kan gi lite lys og grønt-areal.</p> <p>Større avstand til UIO og mindre tilgjengelig areal - vanskelig integrering av OUS og UIO.</p> <p>Kan være utfordrende for utvikling av samhandling med primærhelsetjenesten.</p> | <p>Oppstykket pasientforløp. Svært utfordrende å ivareta prinsippene som legges til grunn for utvikling av virksomheten.</p> <p>Dårlige bygg. Svakt på HMS.</p> <p>Fysisk oppdelte/ spredte miljøer og svakest på kopling mot UIO.</p> <p>Tilrettelegger ikke for utvikling av nye samhandlingsarenaer</p> |
| <p>Løsningen tilfredstiller kapasitetsbehov, funksjonelle og tekniske krav.</p> <p>Delt på to tomter. Utfordrende for effektiv logistikk.</p> <p>Kun delvis avhending av eiendom.</p> <p>En del nye bygg. Mindre god løsning for klimavenlig logistikk/internt transp. Stort omfang av riving.</p> | <p>Løsningen tilfredstiller kapasitetsbehov og tekniske krav. Funksjonelle krav er mer utfordrende.</p> <p>Delt på to tomter. Utfordrende for effektiv logistikk.</p> <p>Kun delvis avhending av eiendom. Ullevål frigjøres ikke</p> <p>En del nye bygg. Mindre god løsning for klimavenlig logistikk/internt transp.</p> | <p>Krevende å oppnå tilstrekkelig kapasitet/ areal med god funksjonalitet. Kompakt løsning uten reserveareal.</p> <p>Samlet og mange nye bygg - god generalitet og effektivitet.</p> <p>Godt tilrettelagt for arealeffektivisering, inkl. salg av Gaustad.</p> <p>Kompakt bygg kan gi lite lys og grønt-areal. Stort omfang av riving.</p> | <p>Kapasitet og tekniske krav kan løses, funksjonelle krav er vanskelig å oppfylle. Få muligheter for tilpasning</p> <p>Spredt og ineffektiv logistikk</p> <p>Liten mulighet for avhending.</p> <p>Gamle bygg bidrar ikke til å nå klimamålingene.</p> <p>Tilpassning til funksjonelle standarder vil være utfordrende. Krevende arbeidsmiljø i ombygningsperioden.</p> |
| <p>Mange nye bygg med god generalitet.</p> <p>Deling reduserer fleksibiliteten noe, samt vil kunne være krevende mht. internt transport mellom sykehusene.</p> <p>Tilgang på reserveareal både på Ullevål og Gaustad.</p> | <p>Endel nye bygg med god generalitet, men vesentlig mer gjenbruk av gamle bygg enn i de to andre delte løsningene.</p> <p>Deling reduserer fleksibiliteten noe, samt vil kunne være krevende mht. internt transport mellom sykehusene.</p> <p>Tilgang på reserveareal både på Ullevål og Gaustad.</p> | <p>Mye nybygg med god generalitet og fleksibilitet, men uten tilgang på reserveareal.</p> | <p>Generalitet utfordres i det arealstandarder i gamle bygg ikke tilpasses.</p> <p>Lav tilpassningsdyktighet/ fleksibilitet.</p> <p>Mye tilgjengelig tomt samlet sett, men ikke nødvendigvis nær funksjoner som har behov for økt areal</p> |
| <p>Frigjør kun deler av Ullevål.</p> <p>Noe avstand mellom UIO og deler av sykehuset. Gir begrenset mulighet for næringsutvikling og innovasjon på Ullevål og Gaustad.</p> <p>Akseptabel avstand til offentlig transport.</p> | <p>Frigjør ikke Ullevål.</p> <p>Noe avstand mellom UIO og deler av sykehuset. Gir begrenset mulighet for næringsutvikling og innovasjon på Ullevål og Gaustad.</p> <p>Akseptabel avstand til offentlig transport.</p> | <p>Åpner ikke for by- og næringsutvikling på Ullevål, men frigjør Gaustad.</p> <p>Avstand og lite disponibelt areal til UIO bidrar ikke til utvikling av Oslo som kunnskapsby. Ikke areal til næringsutvikling i tilknytning til sykehuset.</p> <p>Ikke tilfredsstillende trafikkale kommunikasjonsforhold.</p> | <p>Bidrar ikke til byutvikling eller frigjøring av areal.</p> <p>Tilrettelegger ikke for nærere fysisk samarbeid mellom UIO og OUS, eller mhp innovasjon og samarbeid med næringsliv.</p> <p>Lite kollektivtvenlig lokalisering (med unntak av RH). Lite miljøvennlige bygg som bidrar til å bygge opp under satsingen som miljøhovedstad.</p> |
| <p>Delt løsning er positivt mhp beredskap og fordelingsvirkninger, men kan gi svakere tilgang på spes. for akutt/traume.</p> | <p>Delt løsning er positivt mhp beredskap og fordelingsvirkninger, men kan gi svakere tilgang på spes. for akutt/traume.</p> | <p>Kompakt løsning med alt på ett sted utfordrer beredskap og fordelingsvirkning. God tilgang på alle spes. for akutt/traume.</p> | <p>Intet aktivum for rekruttering.</p> <p>Spredt løsning kan være positivt mhp beredskap og fordelingsvirkninger, men kan gi svakere tilgang på spes. for akutt/traume.</p> |

Tabell 6 - Oppsummering av den kvalitative evalueringen

Tabellen vil være lesbar i rapporten etter bearbeiding av grafisk designer, her vedlegges tabell 6 i lesbar versjon som vedlegg.

1.5.3 Oppsummering av alternativene

Gaustad Sør alternativet med Ring 3 i tunell, kommer best ut i den kvalitative rangeringen. Alternativet rangeres bedre med klyngemodellen enn med dagens virksomhetsmodell, fordi klyngemodellen legger bedre til rette for å etablere autonome sentre. En slik organisering innfrir målene for klinisk virksomhet i en samlet løsning. Det er mulig å legge noen av sentrene på et annet sted enn på campus uten at konseptet eller alternativet forringes.

Samling av OUS virksomhet for god kvalitet og effektiv pasientbehandling støttes i hovedtyngden av høringsuttalelsene fra inviterte høringsinstanser. Både klyngemodellen og Gaustad sør alternativet får tydelig støtte, men mange påpeker at det er behov for å redusere omfanget av bygg/aktivitet som samles. Kombinasjonen av en Gaustad sør- løsning og et lokalsykehus syd eller øst i Oslo beskrives av flere som ønskelig.

Gaustad Øst alternativet kommer nest best ut i den kvalitative evalueringen. Samling av sykehuset utfordres her av avstand og topografi, og alternativet innebærer at den somatiske delen av sykehuset deles i to, med «gamle Gaustad» liggende som et skille imellom. Klyngemodellens styrke med en gjennomgående eller sentral infrastruktur blir vanskelig å holde samlet og det blir nødvendig med en deling i dette alternativet. Det er tidligere skrevet at en deling av klyngemodellen kan være mulig. Omfanget av virksomheten som her plasseres øst på tomten er imidlertid vesentlig større enn det som er pekt på kan være egnede enheter for plassering med avstand til den sentrale infrastrukturen i klyngemodellen. Delingen i Gaustad Øst alternativet er således heller ikke gunstig for klyngemodellen, og det er derfor ikke skilt poeng-/fargemessig mellom alternativene dagens modell og klyngemodell. Det ansees likevel best å organisere et fremtidig sykehus etter pasientflyt, og en variant av klyngemodellen vil være mest egnet også i Gaustad Øst alternativet. Det vurderes også som sannsynlig at man i en videre bearbeiding av et alternativ på Gaustad Øst kan finne løsninger som er bedre egnet for virksomheten.

Både Oslo kommune og UiO vurderer Gaustad Øst alternativet som mulig, men svakere enn Gaustad Sør. Oslo kommune sier i sitt høringsinnspill at det ikke anbefales å gå videre med Gaustad Øst løsningen. For øvrig er det få høringsinnspill som adresserer dette alternativet spesifikt, mens mange peker på fordelene med nærhet til universitetet som Sør alternativet gir i større grad.

Samlet løsning på Ullevål kommer i den kvalitative evalueringen vesentlig svakere ut enn Gaustad Sør alternativet, og bare litt bedre enn de delte løsningene med bruk av både Ullevål og Gaustad. Løsningen samler virksomheten, men på en særdeles utfordrende kompakt måte uten grønt- eller reserveareal. Løsningen gir heller ingen mulighet for ønsket samarbeid med universitet og byutvikling i tilknytning til sykehuset. En samling på Ullevål vil også gi betydelige trafikale utfordringer.

Verken Oslo kommune eller UiO anbefaler at dette alternativet tas med videre. Oslo kommune vurderer alternativet som sårbart og lite fleksibelt samt peker på trafikale utfordringer. Kun et fåtall høringsinnspill fra naboer på Gaustad har innsigelser til rapportens konklusjon om ikke å utrede dette alternativet videre.

De delte løsningene mellom Ullevål og Gaustad kommer relativt likt ut i evalueringen, men vesentlig svakere enn Gaustad Sør og Øst. Utfordringene knyttet til delt løsning er i hovedsak knyttet til avstand mellom sykehusene og utfordringer med deling av mange pasientforløp og funksjoner i sykehuset. Det forventes at en nivådelt løsning fører til at pasientforløp som går på tvers av funksjonsnivå gir oppstykkede pasientforløp. Drift av akuttmottak på to steder er utfordrende med hensyn til å kunne sikre rask tilgang til riktig kompetanse i alle akuttsituasjoner.

Ullevål Nord og Sør alternativene har større andel av nybygg med god funksjonalitet som teller positivt. Sør er best rangert med hensyn til offentlig kommunikasjon. Nord vurderes mest robust på grunn av graden av nybygg på tomt som er lettere å fristille.

Alternativet med *Ullevål hele og Gaustad* er tegnet ut, beregnet og vurdert parallelt med høringsperioden etter innspill fra den eksterne kvalitetssikringen. I dette alternativet benyttes eksisterende bygg på Ullevål i større grad. Funksjonaliteten vurderes imidlertid svakere i dette alternativet fordi det i løsningen inngår mange gamle bygg som ligger spredt på tomten. Alternativet muliggjør heller ikke avhending av tomt på Ullevål.

Oslo kommune vurderer delt løsning (spesielt ved bruk av tomten sør på Ullevål) til å ha noen fordeler, bl.a. knyttet til mer skånsom utvikling på Gaustad og samordnet areal- og transportutvikling. UiO påpeker størrelsesutfordringen på Gaustad i en samlet løsning, men tar ikke stilling til hvor resten av virksomheten burde legges ved en eventuelt delt løsning. Begge instanser peker på det delte alternativets begrensning for byutvikling på Ullevål. Få andre adresserer de delte alternativene spesifikt, men enkelte kommenterer at OUS bør dele sin virksomhet av beredskapshensyn.

1.5.4 Løsning med lokalsykehus

Idéfase OUS – Campus Oslo har ikke vurdert nytt lokalsykehus i Oslo som et selvstendig alternativ, da dette lå utenfor idéfasens mandat. Oslo kommune er tydelig i sin høringsuttalelse når de sier at det er ønskelig å se på en løsning der det etableres et lokalsykehus syd/øst i Oslo. Dette begrunnes både i hvor befolkningsveksten forventes å bli størst, og i behovet for å redusere arealet som skal bygges ut på Gaustad. Synspunktet støttes av flere.

Oslo Universitetssykehus har videre merket seg at både *Oslo kommune og naboer er bekymret for tyngre utbygging på den nordre delen av Gaustad*. En omfordeling av oppgaver i hovedstadsområdet og rehabilitering av deler av Gaustad sykehus til virksomheten innenfor psykisk helsevern ville imidlertid kunne bidra til å redusere omfanget av nybygg nord for Gaustad. Det samme ville en utvikling av et sykehus etter klyngemodell der egnede sentre (f.eks lokalsykehus og sikkerhetspsykiatri) blir plassert utenfor campus. Muligheten for å plassere regional sikkerhetspsykiatri, som krever stor grad av perimetersikkerhet, i den nordre delen av Gaustad, vurderes som lite aktuelt etter høringsrunden.

1.5.5 Vurdering knyttet til plassering av storbylegevakten

Oslo kommune har vedtatt utbygging av ny legevakt som skal erstatte Storgata 40 og har en pågående idéfase som skal identifisere ulike lokaliseringmuligheter. Helseetatens representanter i faglig rådgivningsgruppe har pekt på at en ønsker plassering nær akuttmottaket ved OUS. I alle de fysiske løsningsalternativene i idéfasen er det tatt hensyn til muligheten for plassering av Storbylegevakt, uten at det er gjort noe stedsvalg. I dagens legevakt i Storgata inngår en stor del akuttaktivitet fra OUS (skadelegevakt og psykiatrisk legevakt) som er tenkt videreført og videreutviklet i Storbylegevakten.

1.6 Vurdering av gjennomførbarhet og risiko (ROS analyse)

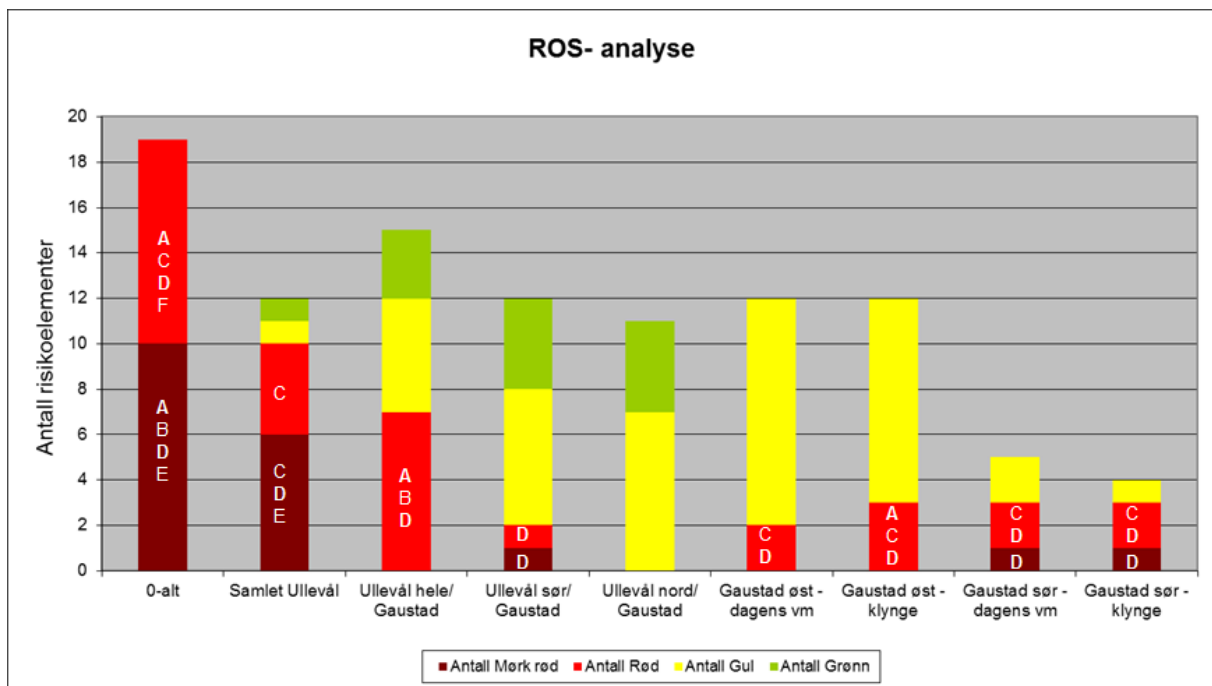
ROS-analyse av aktuelle alternativer er gjennomført i slutfasen av prosjektet og oppdatert etter høringsperioden og innspill fra ekstern kvalitetssikrer. På dette stadiet av planleggingen er vurderingene på et overordnet nivå, og mer detaljerte ROS-analyser må utarbeides i senere faser av planleggingen.

Det vurderes å være høy risiko knyttet til alternativene som legger opp til lange perioder med klinisk drift tett inntil omfattende rehabilitering og oppgradering av bygg. Dette gjelder spesielt for 0-alternativet, samlet Ullevål og Ullevål Sør/Gaustad. For disse alternativene er det mange risikoelementer som sannsynlig eller svært sannsynlig inntreffer, og som vil ha alvorlig konsekvens.

For samlet løsning på Ullevål er det som nevnt ovenfor, knyttet høy risiko til gjennomføringen, men også til alternativets robusthet samt til mulighetene for å nå ønskede mål om byutvikling og innovasjon.

For Gaustad Øst er det eiendomsforhold og erverv av Sogn videregående skole som vurderes å ha høyest risiko. Risikoen for at tomteervertet ikke vil være mulig vurderes imidlertid som mindre sannsynlig. Samling på Gaustad, men med deling av sykehuset i to, slik topografien i dette alternativet tilsier at løsningen blir, er vurdert som en risikofaktor for mål knyttet til sykehusets virksomhet og effektiv og kvalitativ god pasientbehandling.

Nedenfor vises en vektet grafisk oversikt over antall risikoelementer, hhv. rød, gul og grønn sone. Det er i ROS-analysen lagt vekt på å identifisere risikoelementer i rød og gul sone, dvs. høy eller middels risiko som et resultat av sannsynlighet og konsekvens.



Figur 3 – Vurdering av risiko og sårbarhet for de ulike alternativene

I figur 3 vises bokstaver på de røde og mørke røde søylene som representerer hvilket område risikoelementene er knyttet til:

- | | |
|---|-------------------------------------|
| A – Mål for sykehusets kjernevirksomhet | D – Gjennomføring |
| B – Mål for bygg og eiendomsutvikling | E – Robusthet |
| C – Mål for byutvikling og innovasjon | F – Øvrige samfunnsmessige effekter |

Høy risiko knyttet til mål for sykehusets kjernevirksomhet (pasientbehandling, forskning, utdanning og pasientinformasjon) og gjennomføringsperioden vektlegges, fordi disse områdene har stor betydning for pasientbehandling i perioden frem til nye bygg er ferdigstilt og etter ferdigstillelse.

0-alternativet, Gaustad Øst med klyngemodell og delt løsning Ullevål hele/Gaustad har alle risikoelementer knyttet til mål for sykehusets kjernevirksomhet. Det vil si at disse alternativene innebærer stor risiko for at virksomheten ikke vil oppnå de mål som er satt for kjernevirksomheten med betydning for pasienter og ansatte.

Delt løsning mellom Ullevål Nord/Gaustad vurderes best med hensyn til gjennomførbarhet. Gaustad Øst-løsningene vurderes som middels gode i denne sammenheng.

Det er få risikoer knyttet til Gaustad Sør-løsningene, men samtidig er det en relativt høy risiko knyttet til de få tilfellene som er identifisert. Samling av 630 000 kvm i Gaustad Sør forutsetter i utgangspunktet både tunnel og omlegging av T-bane. For T-banen er hele kostnaden vist som investeringsbehov, men det er forutsatt at også andre enn sykehuset bidrar til finansieringen og til å bære denne prosjektkostnaden. Dersom tunnel og/eller T-baneomlegging blir forsinket eller uteblir vil dette forsinke og eventuelt fordyre prosjektet, og kan i verste fall stanse det. Etablering av tunnel er vesentlig for samlokalisering og samhandling med UiO, for arealer til nærings- og boligutvikling, og for å oppnå tilgjengelige arealreserver i området.

For sykehuset isolert sett er imidlertid ikke tunnel en like entydig forutsetning. Dersom oppgavedelingen endres og det etableres et lokalsykehus som senter i klyngemodellen utenfor campus-området, vil sykehusets arealbehov på Gaustad reduseres betraktelig. Dermed vil sykehuset kunne klare seg med en «lokk»-løsning knyttet til Gaustad Sør-alternativet. Med «lokk»-løsning vil man fortsatt kunne oppnå samfunnsmessige gevinster, som å opprettholde en blågrønn korridor som er vesentlig for området. Dersom en skal kunne etablere tunnel er det en fysisk nødvendighet å legge om T-banen.

Risiko knyttet til gjennomføringen vurderes som høy i alle alternativer som inkluderer bruk av Ullevål. Spesielt gjelder dette med tanke på konflikter mellom drift og bygging i en lang byggeperiode. Full samling på Ullevål (scenario 1B), er særdeles utfordrende med hensyn til gjennomføring og risiko. Det å drive klinisk virksomhet og bygging på samme område i det omfang det her er snakk om, vil være ekstremt utfordrende. Kombinasjonen av risiko og den kvalitative vurderingen med vurderingen dårlig/svært dårlig på flere punkter, gjør at alternativet allerede nå ikke ansees som «liv laga», og det inngår derfor ikke i den videre økonomiske evalueringen.

0-alternativet fremstår som meget krevende, særlig på grunn av konflikter med infrastruktur og drift i rehabiliteringsperioden som vil bli meget lang.

1.7 Økonomisk evaluering

Den økonomiske evalueringen omfatter syv alternativer i tillegg til 0-alternativet. Alternativet med samling på Ullevål falt, som nevnt ovenfor, ut etter den kvalitative vurderingen og ROS-analysen, og er derfor ikke inkludert i den økonomiske evalueringen.

I de økonomiske vurderingene inngår:

- Investeringsbehov (nybygg, ombygging, teknisk oppgradering, eiendommer som innløses, infrastruktur, riving).
- Driftsgevinster (effekt på kjernedrift og FDVU-kostnader samt bortfall av leiekostnader).
- Egenfinansiering (avhending av eiendom).
- Annen finansiering (delfinansiering fra Universitet i Oslo/Kunnskapsdepartementet av arealene til forskning og utdanning).

Det er gjennomført en usikkerhetsanalyse av investeringsbehovet. Analysen har ikke hatt som formål å fastsette kostnadsramme, men å synliggjøre forskjeller mellom alternativene. Kostnadsramme blir ikke fastlagt før etter forprosjektet. Usikkerheten er vurdert som høyere i alternativer med mye rehabilitering/ombygginger og ved bygging i eller tett ved sykehus i drift. Det vil si at usikkerheten er størst i alternativene med bruk av Ullevål og i 0-alternativet.

Videre er det gjennomført beregning av nåverdier, kontantstrømmer og økonomisk bæreevne for å vise hvilken effekt prosjektet har på helseforetakets økonomi når byggene tas i bruk og over dets levetid. Nåverdianalysen viser at alternativene på Gaustad Øst kommer best ut. Disse alternativene er noe bedre enn Ullevål Nord/Gaustad og Ullevål hele/Gaustad. Gaustad Sør gir størst driftsgevinster, men har lavere nåverdi pga. tunell, transportløsninger og riving. Når det gjelder

kontantstrøm, kommer Gaustad Øst alternativene mest fordelaktig ut, deretter Ullevål Nord/Gaustad og alternativ Gaustad Sør – klyngemodell.

Bæreevnevurdering er gjort basert på en bearbeiding av modellen for økonomisk langtidsplan (ØLP), der investeringene er sett i sammenheng med forventet utvikling for hele foretaket. Analysen er gjennomført for fire alternativer: Gaustad Sør – klyngemodell, Gaustad Øst – klyngemodell, Ullevål hele/Gaustad og 0-alternativet.

0-alternativet har ikke bæreevne på lang sikt (negativ bæreevne). For Gaustad Sør - klyngemodell vil det være et positivt driftsresultat fra ca. 2030 og framover. Beregninger basert på rimelige forutsetninger, viser at OUS for de kommende ti-år, har økonomisk bæreevne til å håndtere kostnadene forbundet med investeringene i alternativene Gaustad Øst – klyngemodell og Gaustad Sør - klyngemodell. Dette forutsetter produktivitetsvekst fra 2015-2018 slik styret har lagt til grunn i økonomisk langtidsplan, samt ytterligere store effektiviseringsgevinster når de nye sykehusbygningene tas i bruk.

1.8 Samlet økonomisk og kvalitativ evaluering og vurdering av «liv laga»

1.8.1 Samlet evaluering

Etter en samlet økonomisk og kvalitativ evaluering, inkludert risikovurdering, kommer alle alternativer med utbygging på Gaustadområdet bedre ut enn alternativene med delt løsning mellom Gaustad og Ullevål. Samlet løsning på Ullevål blir ikke vurdert «liv laga» og er derfor tatt ut. *I sitt høringsinnspill sier Oslo kommune at de ikke vil anbefale at alternativet med samling på Ullevål tas med i den videre prosess. UiO sier i sitt høringsinnspill at de, på generelt grunnlag, er positive til at sykehusvirksomheten flyttes helt ut av Ullevål.*

I den kvalitative vurderingen kommer alternativene med delt løsning mellom Gaustad og Ullevål noe svakere ut enn Gaustad Øst-alternativene. Det gjør de også i den økonomiske evalueringen.

Krav til de alternativene som skal videreføres etter idéfase, er at de skal være "relevante", "gjennomførbare" og "levedyktige". Gjennom prosessen er de løsningsmulighetene som ikke er vurdert som relevante, det vil si ikke oppfyller de overordnede målene for helseforetaket, sortert ut. Dette gjelder blant annet samling av all virksomhet på Ullevål. Med unntak av 0-alternativet, er de gjenstående alternativene som nå fremmes, vurdert som relevante. Graden av relevans, reflektert gjennom kombinasjonen av den kvalitative vurderingen og risikovurderingen, er vist i tabellen nedenfor.

At alternativene skal være gjennomførbare betyr at de skal kunne gjennomføres innenfor helseforetakets finansielle handlingsrom. Denne vurderingen er vanskelig å gjøre, siden det finansielle handlingsrom på dette tidspunkt ikke fullt ut er kjent. En slik vurdering må derfor gjøres senere.

Alternativ Gaustad Øst – klyngemodell og Gaustad Sør - klyngemodell, viser økonomisk bæreevne med de forutsetninger som er lagt til grunn. Verken 0-alternativet eller delt løsning mellom Ullevål hele og Gaustad viser økonomisk bæreevne. Bæreevne er kun regnet på for fire av alternativene.

| Lokalisering | Virksomhetsmodell | Oppsummert kvalitativ evaluering | Risiko og gjennomførbarhet | Økonomi: Investeringsbehov (farge viser bæreevne) |
|-------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|----------------------------|---|
| Gaustad Øst | Videreføring av dagens modell | | | 41 000 |
| | Klyngemodellen | | | 41 100 |
| Gaustad Sør | Videreføring av dagens modell | | | 46 000 |
| | Klyngemodellen | | | 46 000 |
| Ullevål nord + Gaustad "Lokk" | Nivådelt modell | | | 40 000 |
| Ullevål sør + Gaustad "Lokk" | Nivådelt modell | | | 41 000 |
| Ullevål Hele + Gaustad "Lokk" | Nivådelt modell | | | 36 000 |
| Samlet Ullevål | Videreføring av dagens modell | | | |
| 0-alternativet | Videreføring av dagens modell | | | 29 000 |

Fargeforklaring:

| | | | | |
|-----------|-----|---------|--------|--------------|
| Svært bra | bra | middels | Dårlig | svært dårlig |
|-----------|-----|---------|--------|--------------|

* Investeringsbehov (MNOK) er oppgitt inkl. byggelånsrenter og leiekostnader

Tabell 7 – Samlet oppsummering av evalueringen

De alternativene som etter en samlet evaluering vurderes «liv laga» inneholder alle et element av samling på Gaustad:

- Gaustad Sør – klyngemodell eller dagens virksomhetsmodell
- Gaustad Øst - klyngemodell eller dagens virksomhetsmodell
- Ullevål Nord og Gaustad – nivådelt virksomhetsmodell
- Ullevål Sør og Gaustad - nivådelt virksomhetsmodell

Alternativet Ullevål Sør og Gaustad kommer svakt ut både i den kvalitative evalueringen og i risikovurderingen. Dette alternativet er lavest rangert av de ovenfor listede, og vurderes på samme måte som Ullevål hele og Gaustad, lite hensiktsmessig å arbeide videre med.

Den foretrukne virksomhetsmodellen for de samlede alternativene er klyngemodellen. Denne vurderes i en så stor sykehusstruktur til å gi bedre mulighet for å tilrettelegge for et godt pasienttilbud. Den gir også bedre ledelses- og arbeidsforhold, og er også vurdert som mest driftseffektiv med hensyn til økonomi. *Høringsuttalelser fra sentrale samarbeidspartnere som UiO og Oslo kommune støtter i stor grad opp om klyngemodellen. Det samme gjør både fagfolk og brukere. NITO og sykepleierforbundet støtter klyngemodellen. Oslo legeförening mener tematisk organisering er nyttig og Fagforbundet at pasientforløpet må være førende for valg av virksomhetsmodell. Brukerutvalg og ungdomsråd skriver at klyngemodellen gir de beste pasientforløpene, Barneombudet og fagmiljøene i Kvinne og barnklinikken støtter etableringen av et tematisk senter for syke barn,*

fødsler og kvinnesykdommer, Kreftforeningen ønsker etablering av et kreftsenter med tilgang til intensivavdeling.

Alternativ Gaustad Øst - klyngemodell, gir i realiteten en fysisk todeling med begrensede forutsetninger for å utvikle en funksjonell klyngemodell slik løsningen nå er tegnet ut. I denne løsningen deles Gaustad-området i to ved at nåværende Gaustad sykehus blir liggende i midten. Gaustad Øst - klyngemodell, har derfor et noe lavere potensial for effektiv drift enn alternativ Gaustad Sør - klyngemodell. I tillegg bidrar denne løsningen lite til ønskede samfunnsøkonomiske effekter. På den annen side vurderes Gaustad Sør-alternativene å ha vesentlig høyere risiko knyttet til mulighet for realisering innfor tid og kostnadsramme, først og fremst på grunn av nødvendige T-baneomlegging som følge av tunnelen.

Delt løsning mellom Ullevål Nord og Gaustad fremstår som mindre gunstig for virksomheten og med utfordringer knyttet til infrastruktur og trafikale forhold. Samtidig er dette den løsningen med lavest risiko. Etter oppsummering av høringsuttalelsene kan det imidlertid være riktig å stille spørsmål om delt løsning med bruk av Ullevål til lokal- og områdefunksjoner kan være hensiktsmessig. Dette med bakgrunn i befolkningsutviklingen som først og fremst vil skje syd og øst i Oslo, samtidig som Ullevål, Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet ligger innenfor en radius på snaue to kilometer. Så vel Oslo kommune og Legeforeningen peker med tyngde på behovet for at det etableres et lokalsykehus syd/øst i Oslo.

0-alternativet fremstår som meget krevende, særlig på grunn av konflikter med drift og infrastruktur i rehabiliteringsperioden. I tillegg har alternativet dårligst økonomisk bæreevne på tross av lavest investeringskostnad.

Anbefalinger for videre planlegging

Basert på ovenstående, anbefales det at følgende alternativer tas med i den videre planleggingen:

- I. Samling på Gaustad
- II. Delt løsning
- III. 0-alternativet

I tillegg legges det opp til at lokalsykehusfunksjonen tydeliggjøres og vurderes etablert utenfor hovedsykehuset. Storbylegevakt og protonsenters skal integreres i det videre arbeidet med de ulike alternativene som er nevnt ovenfor.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 18. desember 2014

Saksbehandler: Direktør Oslo sykehusservice

Vedlegg:

SAK 70/2014 SALG AV JOSEFINESGATE 30 OG PILESTREDET 77/79

Forslag til vedtak:

- 1. Styret anbefaler salg av eiendommen Josefinesgate 30, gnr 214 bnr 176 i Oslo kommune.*
- 2. Styret anbefaler salg av eiendommen Pilestredet 77/79, gnr 216 bnr 126 i Oslo kommune.*
- 3. Styret ber administrerende direktør formidle salgsanbefalingene til Helse Sør-Øst RHF for vedtak i foretaksmøtet.*

Oslo, den 11. desember 2014

Bjørn Erikstein

Sammendrag

I denne saken fremmes forslag til salg av eiendommene Josefinesgate 30 og Pilestredet 77/79. Salg vil kunne gjennomføres i løpet av 2015.

Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

Det har over tid vært et ønske om å samlokalisere virksomheten i Josefinegate distriktpsikiatriske senter. Virksomhet er i dag spredt på tre steder; Josefinesgate 30, Pilestredet 77/79 og Geitmyrsveien 67.

En samling av virksomheten vil bedre behandlingstilbudet til pasientene, blant annet ved bedre samhandling i enheten. I tillegg vil det kunne gi mer effektiv utnyttelse av ressurser, og et mer robust og bærekraftig fagmiljø. Videre er lokalene i Josefinesgate 30 i svært dårlig stand, med pålegg om utbedringer fra tilsynsmyndigheter. De er underdimensjonert og uhensiktsmessige i forhold til forventet vekst i tjenestene.

Alternative lokaliseringer for Josefinesgate DPS sin virksomhet er vurdert. Ingen av de tre adressene er store nok til å huse hele virksomheten. Fagmiljøet går derfor inn for å organisere virksomheten i en poliklinisk og i en inneliggende aktivitet. Den polikliniske aktiviteten skal samles sammen med ambulante team i leide lokaler i Gullhaugveien 10-12 i Nydalen. Dette gjør det mulig å samle all døgnaktivitet i DPSet i sykehusets lokaler i Geitmyrsveien 67. En slik lokalisering plasserer Josefinegate distriktpsikiatriske senter innenfor dets geografiske opptaksområde, hvor det ideelt bør ligge.

Etter samlokalisering av virksomheten i Nydalen fra januar 2015 er eiendommene i Josefinesgate 30 og Pilestredet 77/79 ikke lenger nødvendige for foretakets virksomhet.

Et salg er i overensstemmelse med Helse Sør-Øst RHF sin strategi om arealeffektivisering ved å avhende eiendommer som ikke er nødvendige for foretakets virksomhet og strategiske planer. Berørte kommuner blir informert før salg avsluttes.

Foretaket vil søke å oppnå høyest mulig pris i markedet og et salg vil bedre foretakets likviditet og økonomiske resultat. Frigjorte midler skal benyttes til nedbetaling av gjeld eller til investeringer.

Begge eiendommene er verdsatt til over ti millioner kroner og vedtak om salg treffes i henhold til vedtektene § 10 av foretaksmøtet i Oslo universitetssykehus HF etter forslag fra styret.

Administrerende direktør ber om at styret slutter seg til avhending av Josefinesgate 30 og Pilestredet 77/79 slik at saken kan oversendes Helse Sør-Øst RHF for vedtak i foretaksmøte.

Faktabeskrivelse

Josefinesgate 30 er et institusjonsbygg på 2 556 m². Oslo universitetssykehus eier eiendommen. Bygget benyttes i sin helhet av Josefinegate

distriktpsikiatriske senter som er en enhet i Klinikk psykisk helse og avhengighet. Senteret flytter ut av bygget i Josefinegate 30 og inn i lokaler i Gullhaugveien den 1. januar 2015.

Bygningen ble oppført i 1915 som kvinneklinikk og eksteriøret samt deler av interiøret er vernet, noe som begrenser fremtidig utvikling av eiendommen. Beliggenheten er meget sentral og attraktiv. Sannsynlig fremtidig bruk er som kontorlokaler, men det er også mulig å søke om bruksendring til bolig.

Eiendommen er vurdert til en verdi i 2014 på 31,5 millioner kroner dersom den brukes til kontor.

Pilestredet 77/79 er to sammenhengende institusjonsbygninger på totalt 2 801 m². Oslo universitetssykehus eier eiendommen. Også denne eiendommen blir i sin helhet benyttet av Josefinegate distriktpsikiatriske senter, seksjon Pilestredet døgnbehandling. Virksomheten flytter til Gullhaugveien 12 fra nyttår.

Bygningen har en fin beliggenhet i et attraktivt område og det antas at muligheten for konvertering til boliger er stor. Verdien er i 2014 anslått til 43,7 millioner kroner ved bruk som kontor.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

| | |
|----------------|--|
| Dato møte: | 18. desember 2014 |
| Saksbehandler: | Direksjonssekretær |
| Vedlegg: | Avtale om overdragelse til Sørlandet Sykehus HF Avtale om overdragelse til Sykehuset Innlandet HF |

**SAK 71/2014 VIRKSOMHETSOVERDRAGELSE AV STRÅLETERAPI
ENHETER FRA OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF TIL
SØRLANDET SYKEHUS HF OG SYKEHUSET INNLANDET HF**

Forslag til vedtak:

- 1. Styret slutter seg til avtale om virksomhetsoverdragelse av stråleterapienhet i Kristiansand fra Oslo universitetssykehus HF til Sørlandet sykehus HF.*
- 2. Styret slutter seg til avtale om virksomhetsoverdragelse av stråleterapienhet på Gjøvik fra Oslo universitetssykehus HF til Sykehuset Innlandet HF.*
- 3. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å slutføre og signere avtalene om virksomhetsoverdragelse.*

Oslo, den 11. desember 2014

Bjørn Erikstein

1. Sammendrag

Virksomheten ved de to stråleterapienhetene i Sørlandet sykehus HF og i Sykehuset Innlandet HF er vertsforetakenes ansvar. Etter 12-13 år foreslås det i denne saken å avslutte overgangsordningen med fast utøvende stråleterapipersonell ansatt i Oslo universitetssykehus, ved en virksomhetsoverdragelse slik at behandlingen ved de to foretakene utføres av foretakenes egne ansatte.

Saken er tidligere omtalt i Administrerende direktørs orienteringer den 30. oktober i år, sak 62/2014.

2. Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

Stråleterapienheten ved Sørlandet sykehus HF, Kristiansand tilbyr stråleterapi til kreftpasienter i Agderfylkene og tildels Telemark. Stråleterapienheten ved Sykehuset Innlandet HF, Gjøvik tilbyr stråleterapi til kreftpasienter i Oppland og Hedmark.

Fra oppstarten på begynnelsen av 2000-tallet har disse enhetene hatt et samarbeid med Radiumhospitalet, nå Oslo universitetssykehus, og har i henhold til avtale vært organisert som satellitter under Oslo universitetssykehus i den forstand at flere av dem som har arbeidet ved enhetene har vært ansatt ved Oslo universitetssykehus.

Avtaleperioden er utløpt, og det er i samarbeid med Sørlandet sykehus og Sykehuset Innlandet gjort en utredning av konsekvenser for behandlingen og driften dersom personellet i stråleterapienhetene ansettes på sin arbeidsplass i det sykehuset som har virksomheten.

Alle tre involverte helseforetak ønsker et fortsatt tett faglig samarbeid for en effektiv, kompetent og samordnet strålebehandling. Det vil bli inngått faglige samarbeidsavtaler mellom de to helseforetakene og Oslo universitetssykehus for å ivareta disse hensynene. Avtalene vil også åpne for innleie av personell i kortere perioder mellom foretakene for å kunne avhjelpe hverandre dersom det skulle oppstå behov. På denne bakgrunn viser utredningen at virksomhetsoverdragelse av personell er fullt forsvarlig.

Utredningen viser også til at en forenklet, og tydeligere linjeledelse, med et helhetlig ansvar, i seg selv vil fremme pasientsikkerhet. En organisering hvor virksomheten i et sykehus skal være underlagt en ansvarlig leder i sykehuset, følger også av spesialisthelsetjenesteloven.

Overføring av ansatte vil skje etter arbeidsmiljølovens regler om virksomhetsoverdragelse. Det vil si at arbeidstakerne som overføres tar med seg sine individuelle rettigheter og plikter slik disse følger av lovens kapittel 16.

En virksomhetsoverdragelse av stråleterapienhetene er økonomisk nøytral. Sørlandet sykehus og Sykehuset Innlandet mottar inntekter for behandlingen som skjer ved sykehusene og har kostnadene forbundet med den. Når de overtar

arbeidsgiveransvaret vil de slutte å refundere lønnsutgifter for det personell som i dag er ansatt i Oslo universitetssykehus.

I samråd med de to overtakende foretakene er det lagt opp til at virksomhetsoverdragelsen til Sørlandet sykehus skjer fra og med 1. mars 2015. For Sykehuset Innlandet er overdragelsestidspunktet satt til 1. januar 2016. Dette henger sammen med at Sykehuset Innlandet er inne i en prosess om framtidig organisering og ledelse av fagområdet kreftbehandling.

Vedlagte avtaler om virksomhetsoverdragelse legges frem for behandling i styrene i angjeldende helseforetak. Med tilslutning fra styrene vil overdragelsen være vedtatt.

3. Saksfremstilling

Nedenfor redegjøres det for bakgrunn for ordningen og konsekvenser med hensyn til pasientbehandlingen, forskning, fagutvikling, samt rekruttering og kompetanse ved en virksomhetsoverdragelse. Det gis en oppsummering av gjennomført risikovurdering med hensyn til arbeidsmiljø, pasientsikkerhet og fagutvikling, samt faglige samarbeidsavtaler. Videre omtales konsekvenser for de ansatte og økonomiske konsekvenser.

3.1 Bakgrunn

Stråleterapienheten ved Sørlandet sykehus i Kristiansand ble etablert i 2001, og enheten ved Sykehuset Innlandet, Gjøvik, i 2002, i et samarbeid mellom disse sykehusene og daværende Radiumhospitalet. Etter avtaler mellom partene ble enhetene i Kristiansand og Gjøvik organisert som såkalte satellitter underlagt Radiumhospitalet.

Det sentrale i denne modellen er at de to lokale sykehusene hver har eierskapet til bygninger og utstyr ved enheten, og ansvar for daglig drift, samtidig som Oslo universitetssykehus (tidligere Radiumhospitalet) har det medisinskfaglige og stråleterapifaglige ansvaret. Personalet som er direkte involvert i strålebehandlingen (onkologer, stråleterapeuter og fysikere) er, i henhold til de respektive avtalene, ansatt ved Oslo universitetssykehus. Oslo universitetssykehus har derfor arbeidsgiveransvar, og faglig- og personaladministrativ instruksjonsmyndighet for dette personalet, samtidig som de ansatte har sitt arbeidssted i de lokale sykehusene. De lokale sykehusene har inntektene av virksomheten, og refunderer Oslo universitetssykehus lønnsutgifter. De lokale sykehusene har det samme ansvaret for pasientbehandlingen ved stråleterapisatellitten som ved sykehuset for øvrig, og de dokumenterer og har tilgang til informasjon om pasientene og pasientbehandlingen i de kliniske dokumentasjonssystemene på sine respektive sykehus. Godkjenning av stråleterapivirksomheten ved satellittene, i henhold til strålevernforskriften, ble gitt av Statens strålevern til de respektive lokale sykehusene.

Det var særlig to hensyn som lå bak valget av satellittmodell. Det ene var hensynet til å sikre kvaliteten på en kompleks behandling som stråleterapi er, samtidig som denne ble desentralisert. Det andre var hensynet til å sikre

nødvendig, spesialisert bemanning, ved at Oslo universitetssykehus (tidligere Radiumhospitalet) forpliktet seg til å stille med nødvendig fagpersonell for å sikre avtalt drift.

Da organisasjonsmodellen, etter tre års drift ved Sørlandet sykehus, ble evaluert av en gruppe med medlemmer både fra Radiumhospitalet og fra Sørlandet sykehus, var vurderingene ulike, avhengig av medlemmenes arbeidssted. Medlemmene fra Radiumhospitalet var gjennomgående tilfreds med organisasjonsmodellen, men foreslo å utrede muligheten for at Radiumhospitalet overtok hele driftsansvaret, dvs. også økonomisk, ved stråleterapisatellitten. Medlemmene fra Kristiansand ga uttrykk for at satellittmodellen hadde bidratt til å sikre faglig tyngde og personellressurser ved oppstart, men at dette behovet allerede da var i ferd med å forsvinne. Medlemmene foreslo å samordne faglig og driftsmessig ansvar ved enheten i en samlet organisatorisk modell med full integrasjon i Sørlandet Sykehus HF.

Ved Sykehuset Innlandet, Gjøvik, har modellen ikke blitt utfordret på samme måte. Satellitten ved dette sykehuset har i større grad enn i Kristiansand hatt et vedvarende rekrutteringsproblem, spesielt for onkologer, og enheten har også i større grad gitt uttrykk for et vedvarende behov for faglig støtte fra Oslo universitetssykehus. Begge satellittene har imidlertid helt fram til det siste hatt behov for støtte og konsultasjoner innenfor fagområdet medisinsk fysikk, og i tilknytning til innføring og drift av stråleterapi- og doseplansystemer. Innenfor stråleterapeutgruppen har det også vært utstrakt fagutveksling på tvers av sentrene, spesielt ved utarbeiding og etablering av metodebøker, ved innføring av nye behandlingsteknikker, og i form av hospiteringer og utlån av personale.

Til tross for at satellittmodellen er blitt kontinuert, har en stadig mindre andel av legene som arbeider med strålebehandling ved enhetene ansettelse ved Oslo universitetssykehus. Satellittene ble etablert for å dekke stråleterapibehovet. I både Gjøvik og Kristiansand så en imidlertid behovet for å ha sengepost for kreftpasienter knyttet til satellitten.

I tillegg har behovet for å øke det polikliniske tilbudet til kreftpasientene økt, ikke bare for å gjennomføre strålebehandling, men også for annen onkologisk utredning, behandling og pleie. Hvert av sykehusene har derfor på eget initiativ bygd opp et onkologisk tilbud som, sammen med stråleterapitilbudet i satellitten, representerer fullverdige onkologiske avdelinger. Leger som er ansatt på bakgrunn av denne satsningen, er etter hvert blitt større enn antallet leger som er ansatt ved Oslo universitetssykehus for å arbeide ved satellitten. I Kristiansand er det i dag 14 legestillinger ved kreftavdelingen, bare to er ansatt ved Oslo universitetssykehus. 11 av legene har funksjoner både ved stråleterapienhet, poliklinikk og sengepost, mens 3 overleger kun arbeider ved Lindrende enhet. På Gjøvik er det syv legestillinger, bare én av disse er ansatt ved Oslo universitetssykehus.

Satellittmodellen er i den senere tid blitt gjenstand for ny vurdering ved Oslo universitetssykehus. Hovedhensynet er behovet for en tydeliggjøring av linjeledelse og en best mulig sammenheng mellom reelt ansvar og formell myndighet, samt enhetlig ledelse som omfatter HR, økonomi og fag. Sykehus skal organiseres slik at det er en ansvarlig leder på alle nivåer jf.

spesialisthelsetjenesteloven § 3-9. Organiseringen skal være slik innrettet at helsepersonell blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter jf. helsepersonelloven § 16.

På ethvert ansvarlig ledernivå må lederen ha myndighet til å organisere personell og andre ressurser slik at forsvarligheten blir ivaretatt på best mulig måte. Sykehuset der satellittene er lokalisert, har ansvaret for at behandlingen som gis der er forsvarlig, både i henhold til lovverket, og i henhold til samarbeidsavtaler som er utarbeidet for satellittene. Dette utfordres når en del av personalet er ansatt, og underlagt instruksjonsmyndigheten, ved annet helseforetak. Det medisinskfaglige og stråleterapifaglige ansvaret for stråleterapisatellittene, som i henhold til modellen er tillagt Oslo universitetssykehus, kan vanskelig strekke seg lenger enn til et overordnet ansvar for å utvikle og oppdatere retningslinjer og til å etablere overordnede føringer om pasient- eller oppgavedeling. De individuelle stråleterapivurderingene, kliniske vurderinger, og tilpasninger til lokale forhold for øvrig, må gjøres lokalt der ansvaret for behandlingen ligger, evt. i en dialog med personell ved Oslo universitetssykehus i form av videokonsultasjon og lignende.

3.2 Konsekvenser for pasientbehandling

3.2.1 Pasientfordeling

Etter oppstart av stråleterapi ved satellittene, er det etablert en pasientfordeling mellom satellittene og Oslo universitetssykehus, som er litt ulik i Gjøvik og Kristiansand. I 2012 fikk 89 % av pasientene i Agderfylkene strålebehandlingen sin i Kristiansand. For flertallet av Agderpasientene som fikk strålebehandling i Oslo, var dette begrunnet med at de hadde en tilstand der behandlingen fortsatt var sentralisert, som for eksempel kurativ behandling av øre-nese-halskreft og gynekologisk kreft.

Samme år fikk 64 % av pasientene fra Hedmark/Oppland strålebehandling ved Sykehuset Innlandet, Gjøvik. Denne andelen har økt til om lag 70 % etter at kurativ strålebehandling ved prostatakreft er etablert som et tilbud på Gjøvik. Av geografiske grunner vil det trolig være en viss andel av pasientene som foretrekker behandling i Oslo, men også Sykehuset Innlandet vil trolig øke andelen strålebehandlede lokalt til over 80 %.

Fordelingen av pasienter på faglig grunnlag, for å sikre tilstrekkelig sentralisering av sjeldne kliniske tilstander og av spesielt kompliserte behandlingsopplegg, kan i prinsippet bli påvirket av en eventuell virksomhetsoverdragelse. Med dagens satellittmodell har Oslo universitetssykehus en teoretisk mulighet til ensidig å bestemme denne fordelingen. Ved en virksomhetsoverdragelse forsvinner denne formelle myndigheten.

Til nå er erfaringen at snaut 10 % av stråleterapipasientene i Agderfylkene får sin behandling ved Oslo universitetssykehus på faglig grunnlag. Denne fordelingen har vært ganske stabil over flere år, og det synes å være stor grad av faglig enighet mellom Oslo universitetssykehus og Sørlandet sykehus, Kristiansand om dette nivået. Eventuell uenighet om grad av sentralisering for å

sikre faglig kvalitet ved sjeldne kliniske tilstander eller spesielt komplekse behandlingsopplegg, bør ved en eventuell virksomhetsoverdragelse håndteres ved at det, som en del av denne prosessen, følges opp gjennom egne samarbeidsorganer for å drøfte slike spørsmål. I første rekke vil det dreie seg om spørsmål knyttet til innføring av ny teknologi, og funksjonsfordeling i form av avklaring av hvilke pasientgrupper som skal få sin behandling ved Oslo universitetssykehus. Ved faglig uenighet mellom helseforetakene vil det regionale helseforetaket kunne fatte beslutning, eventuelt etter vurdering i det regionale fagrådet for kreft.

3.2.2 Stråleterapikvalitet

En optimal pasientfordeling på faglig grunnlag er et viktig element i kvalitetssikringen. Det er derfor viktig å ivareta dette, som anført ovenfor, også etter en eventuell virksomhetsoverdragelse. I den opprinnelige satellittmodellen hadde Radiumhospitalet i tillegg et overordnet ansvar for at indikasjonene for strålebehandling, eventuelt forskningsprotokoller, kliniske oppfølging, og prinsippene for teknisk-fysikalsk planlegging, gjennomføring og dokumentasjon av strålebehandling, var lik ved Radiumhospitalet og stråleterapienhetene. Hensikten med dette var å sikre at det ikke var kvalitetsforskjeller mellom behandlingen som ble gitt ved Radiumhospitalet og behandlingen som ble gitt ved satellittene.

Desentraliseringen av strålebehandling til satellittene er blitt gjennomført uten at dette i seg selv er blitt identifisert som noen kvalitetstrussel. Det tette samarbeidet mellom Radiumhospitalet og satellittene kan ha bidratt til dette, spesielt de første årene. I daglig drift er kvaliteten på behandlingen ved satellittene imidlertid først og fremst avhengig av kvaliteten på det arbeidet hver enkelt medarbeider på satellittene bidrar med. Denne kvaliteten vil av og til være avhengig av kollegial støtte fra Oslo universitetssykehus. Det bør etableres forpliktende avtaler for å sikre slik kollegial støtte også etter en eventuell virksomhetsoverdragelse.

Oslo universitetssykehus er et stort sykehus, med tilsvarende større subspecialiserte fagmiljøer enn ved mindre sykehus. Dette gir Oslo universitetssykehus et grunnlag for å ha en viktig rolle i utviklingen av medisinskfaglige og stråleterapifaglige retningslinjer, også etter en eventuell virksomhetsoverdragelse. I tiden som har gått etter at satellittene ble etablert, har imidlertid handlingsprogram- og retningslinjearbeid på kreftområdet i økende grad blitt et nasjonalt, ikke regionalt, anliggende. Arbeidet organiseres og formidles i økende grad av sentrale myndigheter (Helsedirektoratet, Statens helsetilsyn og Statens strålevern), i tett samarbeid med nasjonale faggrupper, der personell fra så vel Oslo universitetssykehus som satellitter deltar. Dette arbeidet, og denne struktureringen av kvalitetssikring, fortsetter uavhengig av en eventuell virksomhetsoverdragelse.

3.2.3 Stråleterapikapasitet

Desentralisering av stråleterapi til Kristiansand og Gjøvik har vært en suksess, målt ved at andelen av kreftpasienter som får strålebehandling i Agderfylkene og Hedmark/Oppland etter etableringen er hevet opp til samme nivå som i Oslo. Dette skyldes delvis den kapasitetsøkningen som satellittene representerer, men

delvis også kompetanseoppbygging og geografisk nærhet mellom pasient og stråleterapisenter. Fylker der pasientene ikke har den samme nærheten til et stråleterapisenter, som for eksempel Østfold og Telemark, har ikke hatt den samme gunstige utviklingen.

En eventuell virksomhetsoverdragelse vil ikke påvirke nærheten til et stråleterapitilbud. Teoretisk kan imidlertid en virksomhetsoverdragelse påvirke stråleterapikapasiteten, dersom overdragelsen påvirker rekruttering av personell til satellittene. Enkelte argumenter kan trekke i retning av en vanskeligere rekruttering etter virksomhetsoverdragelse, andre kan trekke i motsatt retning (se avsnitt nedenfor om rekruttering).

3.3. Konsekvenser for forskning, fagutvikling, rekruttering og kompetanse

Det er ikke åpenbart at satellittmodellen, slik den er blitt praktisert, har hatt avgjørende betydning for omfanget av samarbeid mellom Oslo universitetssykehus og satellittene om kliniske forskningsprosjekter. Slikt samarbeid er i stor grad avhengig av måten finansieringen av de enkelte prosjektene er lagt opp, og av forskningsressurssituasjonen ved hver enkelt enhet. Det ville i mange sammenhenger styrke forskningsprosjekter om institusjonene samarbeidet om disse, men dette er i liten grad påvirket av en eventuell virksomhetsoverdragelse.

For fag- og kompetanseutvikling har strukturer som er etablert under satellittmodellen, som opplæringsprogram for fysikere, videooverført internundervisning og konferanser samt hospiteringsmuligheter, stor betydning. Det er viktig å etablere forpliktende avtaler som gjør det mulig å videreføre disse tiltakene også etter en eventuell virksomhetsoverdragelse. Det er også viktig at slike avtaler sikrer nødvendig videreføring av mulighet for deltakelse på konferanser og kurs for utvikling og vedlikehold av faglig kompetanse. I denne sammenheng er det viktig å understreke at hospitering og undervisning bør være gjensidig. Selv om miljøet ved Oslo universitetssykehus er det største, er det ikke gitt at det alltid er Oslo universitetssykehus som har de beste forslagene eller den beste praksisen. Økt grad av gjensidig utveksling ved hospitering og annen informasjonsutveksling vil være nyttig begge veier, og uavhengig av organisasjonsmodell.

Kliniske revisjoner av planlegging og gjennomføring av stråleterapi kommer i økende grad som et pålegg fra Statens strålevern for å evaluere og utvikle kvaliteten på behandlingen. Dette kan gjennomføres som interne revisjoner, uavhengig av en eventuell virksomhetsoverdragelse. Det vil imidlertid styrke kvaliteten på, og effekten av, revisjonene om disse i så stor grad som mulig gjennomføres som eksterne revisjoner, der personell fra Oslo universitetssykehus og satellittene reviderer hverandre. Også dette kan gjennomføres basert på gjensidige avtaler, uavhengig av en eventuell virksomhetsoverdragelse.

En hovedmålsetning med satellittmodellen har vært sikring av kvalifisert personell innenfor de aktuelle yrkesgruppene i en oppstartsfase. Rekruttering av

stråleterapeuter, fysikere, ingeniører og leger til stråleterapienheter er en utfordring, ikke bare ved satellittene, men også ved Oslo universitetssykehus.

Det har vist seg at det sjelden er enkelt for Oslo universitetssykehus å avse personell som kan hjelpe til ved satellittene. Erfaringen er at det i de senere årene oftere har vært aktuelt og mulig for Oslo universitetssykehus å yte assistanse, spesielt stråleterapeuter. Gjøvik har imidlertid i større grad enn Kristiansand fremhevet behovet for å ha en sikkerhet for å kunne få personellhjelp fra Oslo universitetssykehus, og fremhevet at rekruttering via ansettelse i Oslo universitetssykehus kan være enklere enn rekruttering for ansettelse lokalt. I en overgangsperiode kan det derfor tenkes at rekrutteringssituasjonen ved Gjøvik kan forverres ved en virksomhetsoverdragelse. På lengre sikt vil det imidlertid kunne bidra til å styrke rekrutteringen, ved at lokal rekruttering prioriteres, og ved at en selvstendig enhet, med lokale ambisjoner, framstår som mer attraktiv. Utviklingen i Kristiansand kan synes å ha gått i en slik retning.

En virksomhetsoverdragelse vil kunne gjennomføres på en faglig forsvarlig måte. En forenklet og tydeligere linjeledelse og med et helhetlig ansvar vil i seg selv fremme pasientsikkerhet. Det forutsettes at hensynet til vedlikehold av kapasitet, kvalitet, forskning, fagutvikling, kompetanse og rekruttering ivaretas ved en virksomhetsoverdragelse.

3.4. Risikovurdering av mulig virksomhetsoverdragelse

I samsvar med arbeidsmiljøloven, Hovedavtalen og Helse Sør-Østs 12 prinsipper for medvirkning og involvering, er det gjennomført en risikovurdering av arbeidsmiljøet, pasientsikkerhet og fagutvikling ved en mulig virksomhetsoverdragelse. Risikovurderingen er gjennomført av lokale arbeidsgrupper ved enhetene i Kristiansand og Gjøvik. Gruppene vurderte risiko ved omstilling (herunder psykososialt arbeidsmiljø), arbeidslokaler og fellesarealer, fysisk arbeidsmiljø, pasientbehandling og forskning, innovasjon og utdanning.

Begge risikogjennomgangene påpeker blant annet viktigheten av å sikre tilstrekkelig informasjon og medvirkning i personalgruppen slik at alle føler trygghet for at prosessen og resultatet blir bra. De personalmessige spørsmålene som er kommet fram i prosessen, er i stor grad svart ut på informasjonsmøter og ellers ivaretatt i kontakten mellom foretakene.

Når det gjelder øvrige forhold som tas opp, foreslås disse avhjulpet gjennom samarbeidsavtaler mellom Oslo universitetssykehus og de to andre foretakene. Avtalene vil omfatte deltakelse i videooverført internundervisning, felles fagmøter for fysikere og mulighet til hospitering. De vil også innholde mulighet for assistanse fra Oslo universitetssykehus sin side.

Konklusjonen fra gruppen som har gjennomført risikovurderingen i Kristiansand:

”Virksomhetsoverdragelse er mulig dersom en god samarbeidsavtale mellom Sørlandet sykehus HF og Oslo universitetssykehus, spesielt med hensyn til IKT,

er på plass og man har en robust bemanning samt økonomiske rammer som ivaretar mulighet for faglig utvikling og oppdatering. ”

Sykehuset Innlandet, Gjøvik ønsker at tidspunkt for overdragelse utsettes i forhold til 1. mars 2015. Dette fordi det pågår et arbeid med samordning av onkologien på Gjøvik og dette arbeidet må komme lenger før overdragelse kan finne sted.

Konklusjon fra gruppen som har gjennomført risikovurderingen på Gjøvik:

”En virksomhetsoverdragelse er mulig, men ikke fra 1. mars 2015. Før virksomhetsoverdragelse kan finne sted må det gjøres et arbeid vedrørende samordning av onkologien og det må utarbeides en forpliktende samarbeidsavtale som ivaretar risikoområder i risikovurderingen.”

3.5. Samarbeidsavaler

Foretakene vil inngå avtaler for å sikre faglig samarbeid og etablere ordninger som ivaretar de sentrale tiltaksområdene som er fremkommet i risikovurderingene.

Samarbeidsavtalene er nå under utarbeidelse med de involverte i prosessen/utredningen, slik at de kan være undertegnet i god tid før virksomhetsoverdragelsen finner sted.

3.6. Ansatte

Arbeidsmiljølovens kapittel 16 gir rammene for ivaretagelse av en videreføring av den enkelte ansattes individuelle rettigheter i arbeidsforholdet i forbindelse med virksomhetsoverdragelse. For å kunne ivareta de ansattes rettigheter og tilknyttede juridiske vurderinger på en god måte, er det bl.a. gjennomført kompetansekartlegging av alle ansatte ved stråleenhetene i Kristiansand og på Gjøvik. Formålet er å kvalitetssikre at alle opplysninger tilknyttet kompetanse, tjenesteansiennitet og sosiale forhold, som en mulig virksomhetsoverdragelse vil bygges på, er korrekte.

Samlet omfatter virksomhetsoverdragelsene totalt 44 ansatte. Fordelingen er:

Strålesatellitt, Kristiansand:

Enhet for stråleterapi, avdeling for Kreftbehandling: 17 stråleterapeuter og 2 leger

Seksjon for medisinsk fysikk, avdeling for Medisinsk fysikk: 4 fysikere

Strålesatellitt, Gjøvik:

Enhet for stråleterapi, avdeling for Kreftbehandling: 16 stråleterapeuter og 1 lege

Seksjon for medisinsk fysikk, avdeling for Medisinsk fysikk: 3 fysikere

Arbeidstakerne som overføres tar med seg sine individuelle rettigheter og plikter slik disse følger av arbeidsavtale og tariffavtaler.

Det gjelder et lovfestet forbud mot oppsigelse begrunnet i virksomhetsoverdragelsen i seg selv. Sørlandet sykehus HF og Sykehuset Innlandet HF har imidlertid rett til å (om)organisere sin virksomhet som følge av overføringen, innenfor ordinær styringsrett og innenfor gjeldende lov/avtaler, på linje med det Oslo universitetssykehus har.

Klinikktiltitsvalgte og klinikkverneombud har blitt holdt løpende orientert om arbeidet med eventuell virksomhetsoverdragelse ved ukentlige informasjons- og dialogmøter på klinikknivå. Det har vært god dialog og samarbeid i prosessen med vernetjenesten og de respektive arbeidstakerorganisasjonene. Dette arbeidet vil bli videreført, inkludert tiltak som løpende informasjonsbrev og allmøter for ansatte. Det er til nå avholdt to seminarer for ledelse, tiltitsvalgte og vernetjenesten om prosess/utredning, henholdsvis 15. oktober og 6. november. I tillegg avholdes nytt seminar 8. desember, som vil omhandle videre oppfølging av risikovurderinger og nærmere konkretisering av tiltak i samarbeidsavtaler.

Etter et styrevedtak sendes det informasjonsbrev til de ansatte om rettigheter og plikter ved virksomhetsoverdragelsen, inkludert informasjon om adgang til, og konsekvens av, å reservere seg mot å bli overført.

Personell som omfattes av virksomhetsoverdragelse har en rett til å bli med over, men ingen plikt. Dersom enkeltansatte reserverer seg mot overføring, bortfaller imidlertid ansettelsesforholdet ved Oslo universitetssykehus HF ved overføringstidspunktet.

Når det gjelder pensjon, har de fleste berørte ansatte ved Oslo universitetssykehus medlemskap i Statens pensjonskasse. Sykehuset Sørlandet HF og Innlandet Sykehus HF har Kommunal Landspensjonskasse som sin pensjonsordning. Sykehuset Sørlandet HF og Innlandet Sykehus HF har anledning til å gjøre sin eksisterende pensjonsordning gjeldende også for de overførte ansatte etter en virksomhetsoverdragelse. Pensjonsordningen i Kommunal Landspensjonskasse er ikke vesensforskjellig fra Statens pensjonskasse, men enkelte ulikheter er det. De aktuelle ansatte vil imidlertid kunne få beholde eksisterende boliglån i Statens pensjonskasse, på uendrede vilkår som om de fortsatt var medlem.

3.7. Eiendom, utstyr og IKT

Oslo universitetssykehus overfører ikke eiendommer eller utstyr eller IKT i virksomhetsoverdragelsene.

3.8. Økonomi

Drift

Virksomhetsoverdragelse av stråleenhetene ved Gjøvik og Kristiansand er økonomisk nøytral, ettersom Oslo universitetssykehus sine lønnsutgifter refunderes og aktivitetsinntekter og drifts- og investeringskostnader er lagt til satellittsykehuset i dagens modell.

Investering

Oslo universitetssykehus har ingen investeringskostnader i forbindelse med overdragelsen.

Økonomi i forbindelse med overtakelsen

Etableringskostnader ved Sørlandet sykehus og Sykehuset Innlandet bærer de overtagende helseforetak selv

Når det gjelder kostnader knyttet til forberedelse, utredning, og samordning i forbindelse med overdragelsen, bærer de enkelte helseforetakene sine egne kostnader.

3.9. Drøfting med foretakstillitsvalgte og foretaksverneombud

Saken ble med henvisning til arbeidsmiljøloven § 16-5 drøftet med foretakstillitsvalgte og foretaksverneombud onsdag 19. november 2014. I drøftingene understreket arbeidstakersiden at dette har vært en god og grundig prosess. Videre støtter arbeidstakersiden virksomhetsoverdragelsene med de vilkår som er fremlagt i saken, og understreker viktigheten av ivaretagelse og videreføring av de ansattes rettigheter og fortsatt involvering i den videre prosessen.

Avtale

om virksomhetsoverdragelse av

Stråleterapi enheten ved Sykehuset Innlandet, Gjøvik

fra

Oslo universitetssykehus HF

til

Sykehuset Innlandet HF

Dato:

Dato:

.....
Sykehuset Innlandet HF

.....
Oslo universitetssykehus HF

Innholdsfortegnelse

| | |
|--|---|
| 1. Innledning..... | 2 |
| 2. Virksomheten som overføres | 2 |
| 3. Personalforhold | 2 |
| 3.1. Overføring av personell..... | 2 |
| 3.2. Opplæring..... | 2 |
| 3.3. Pensjoner | 3 |
| 3.4 Ansvar oppstått før overføring | 3 |
| 4. Eiendom | 3 |
| 5. Utstyr..... | 3 |
| 6. IKT | 3 |
| 7. Overføring av virksomhetsinformasjon | 3 |
| 8. Tjenestestansvaret og etablering av faglige samarbeidsavtaler | 3 |
| 9. Økonomi..... | 4 |

1. Innledning

Virksomheten i stråleterapienheten ved Sykehuset Innlandet HF, Gjøvik har fra oppstarten i 2002 vært drevet dels med personell ansatt i Oslo universitetssykehus HF. Etter 12 år avsluttes overgangsordningen med fast utøvende stråleterapipersonell ansatt i Oslo universitetssykehus HF ved en virksomhetsoverdragelse, slik at pasientbehandlingen i Sykehuset Innlandet HF utføres av foretakets egne ansatte.

Denne avtalen regulerer virksomhetsoverdragelsen mellom de to helseforetakene.

2. Virksomheten som overføres

Oslo universitetssykehus HF sin virksomhet i stråleterapienheten ved Sykehuset Innlandet HF, Gjøvik overdras til Sykehuset Innlandet HF fra og med overføringsdato 1. januar 2016.

3. Personalforhold

3.1. Overføring av personell

Personell overføres fra Oslo universitetssykehus HF til Sykehuset Innlandet HF 1. januar 2016 etter arbeidsmiljølovens regler om virksomhetsoverdragelse. Det vil si at arbeidstakerne som overføres tar med seg sine rettigheter og plikter slik disse følger av lovens kapittel 16. Overdragelsen i seg selv er ikke oppsigelsesgrunn for de ansatte.

Partene vil sammen ivareta informasjonen til helseforetakenes ansatte om overføring av ansatte fra Oslo universitetssykehus til Sykehuset Innlandet. Hver av partene er ansvarlig for at det gjennomføres drøftinger og gis informasjon i tråd med arbeidsmiljølovens regler i kapittel 16.

3.2. Opplæring

Oslo universitetssykehus forplikter seg til å tilrettelegge for at personell får nødvendig opplæring i Sykehuset Innlandets sine rutiner mv. før overdragelsestidspunktet. Sykehuset Innlandet forplikter seg til å gi nødvendig opplæring.

3.3. Pensjoner

Eksisterende pensjonsordninger for arbeidstakere som omfattes av virksomhetsoverdragelsen, videreføres så langt det lar seg gjøre. Dette forutsetter avtaler med pensjonskassene. Disse avtales særskilt.

Ansvar for økonomiske forpliktelser og/eller ansvar for opptjente rettigheter for øvrig for personer som er pensjonister på overføringstidspunktet, avtales separat.

3.4 Ansvar oppstått før overføring

Eventuelle ansvar knyttet til personell påført før overføringstidspunktet forblir Oslo universitetssykehus ansvarlig for.

4. Eiendom

Det overføres ikke fast eiendom eller lokaler som del av overdragelsen.

5. Utstyr

Det overføres ikke utstyr som del av overdragelsen.

6. IKT

Sykehuset Innlandet benytter egen maskinvare, programvare og egne systemer, fra overdragelsestidspunktet.

7. Overføring av virksomhetsinformasjon

Oslo universitetssykehus vil gi Sykehuset Innlandet tilgang til informasjon og dokumentasjon slik at Sykehuset Innlandet er i stand til å videreføre forpliktelser og rettigheter knyttet til drift av alle deler av virksomheten som overføres.

Prosedyre for utlevering av informasjon og forventet leveringstid, utarbeides særskilt i samarbeid mellom partene.

8. Tjenesteansvaret og etablering av faglige samarbeidsavtaler

Fra overdragelsestidspunktet den 1. januar 2016 har Sykehuset Innlandet hele ansvaret for å yte tjenestene ved stråleterapienheten ved Sykehuset Innlandet HF, Gjøvik.

Sykehuset Innlandet påtar seg å videreføre en forsvarlig ivaretagelse av tjenestene ved stråleterapienheten ved Sykehuset Innlandet HF, Gjøvik i henhold til krav og oppgaver i lov og regelverk.

Partene er enige om at overføringen skal skje på en slik måte at pasientsikkerheten ivaretas og pasienter sikres at forsvarlig behandling kontinueres uten avbrudd.

Partene vil inngå avtaler om et fortsatt tett faglig samarbeid for en effektiv, kompetent og samordnet strålebehandling.

9. Økonomi

Sykehuset innlandet vil også etter virksomhetsoverdragelsen ha inntekter fra og det økonomiske ansvaret for virksomheten i stråleterapienheten ved Sykehuset Innlandet HF, Gjøvik. Med virksomhetsoverdragelsen overtar Sykehuset Innlandet arbeidsgiveransvaret og vil ikke lenger refundere lønnsutgifter for det personell som i dag er ansatt i Oslo universitetssykehus. Virksomhetsoverdragelsen er økonomisk nøytral for driften og medfører ikke økonomiske overføringer mellom partene.

Eventuelle investerings-, etablerings- eller overgangskostnader i driften av stråleterapienheten som følge av overtakelsen tilfaller Sykehuset Innlandet å betale.

Hvert foretak bærer sine egne administrative kostnader i forbindelse med utredning, etablering av dokumenter og prosess for å gjennomføre virksomhetsoverdragelsen, herunder kostnader forbundet med ivaretagelse av plikter som avgivende og mottakende arbeidsgiver.

Avtale

om virksomhetsoverdragelse av

Stråleterapi enheten ved Sørlandet sykehus, Kristiansand

fra

Oslo universitetssykehus HF

til

Sørlandet Sykehus HF

Dato:

Dato:

.....
Sørlandet sykehus HF

.....
Oslo universitetssykehus HF

Innholdsfortegnelse

| | |
|--|---|
| 1. Innledning..... | 2 |
| 2. Virksomheten som overføres | 2 |
| 3. Personalforhold | 2 |
| 3.1. Overføring av personell..... | 2 |
| 3.2. Opplæring..... | 2 |
| 3.3. Pensjoner | 3 |
| 3.4 Ansvar oppstått før overføring | 3 |
| 4. Eiendom | 3 |
| 5. Utstyr..... | 3 |
| 6. IKT | 3 |
| 7. Overføring av virksomhetsinformasjon | 3 |
| 8. Tjenesteansvaret og etablering av faglige samarbeidsavtaler | 3 |
| 9. Økonomi..... | 4 |

1. Innledning

Virksomheten i stråleterapienheten ved Sørlandet sykehus HF, Kristiansand har fra oppstarten i 2001 vært drevet dels med personell ansatt i Oslo universitetssykehus HF. Etter 13 år avsluttes overgangsordningen med fast utøvende stråleterapipersonell ansatt i Oslo universitetssykehus HF ved en virksomhetsoverdragelse, slik at pasientbehandlingen i Sørlandet sykehus HF utføres av foretakets egne ansatte.

Denne avtalen regulerer virksomhetsoverdragelsen mellom de to helseforetakene.

2. Virksomheten som overføres

Oslo universitetssykehus HF sin virksomhet i stråleterapienheten ved Sørlandet sykehus, Kristiansand overdras til Sørlandet sykehus HF fra og med overføringsdato 1. mars 2015.

3. Personalforhold

3.1. Overføring av personell

Personell overføres fra Oslo universitetssykehus HF til Sørlandet sykehus HF 1. mars 2015 etter arbeidsmiljølovens regler om virksomhetsoverdragelse. Det vil si at arbeidstakerne som overføres tar med seg sine rettigheter og plikter slik disse følger av lovens kapittel 16. Overdragelsen i seg selv er ikke oppsigelsesgrunn for de ansatte.

Partene vil sammen ivareta informasjonen til helseforetakenes ansatte om overføring av ansatte fra Oslo universitetssykehus til Sørlandet sykehus. Hver av partene er ansvarlig for at det gjennomføres drøftinger og gis informasjon i tråd med arbeidsmiljølovens regler i kapittel 16.

3.2. Opplæring

Oslo universitetssykehus forplikter seg til å tilrettelegge for at personell får nødvendig opplæring i Sørlandet sykehus sine rutiner mv. før overdragelsestidspunktet. Sørlandet sykehus forplikter seg til å gi nødvendig opplæring.

3.3. Pensjoner

Eksisterende pensjonsordninger for arbeidstakere som omfattes av virksomhetsoverdragelsen, videreføres så langt det lar seg gjøre. Dette forutsetter avtaler med pensjonskassene. Disse avtales særskilt.

Ansvar for økonomiske forpliktelser og/eller ansvar for opptjente rettigheter for øvrig for personer som er pensjonister på overføringstidspunktet, avtales separat.

3.4 Ansvar oppstått før overføring

Eventuelle ansvar knyttet til personell påført før overføringstidspunktet forblir Oslo universitetssykehus ansvarlig for.

4. Eiendom

Det overføres ikke fast eiendom eller lokaler som del av overdragelsen.

5. Utstyr

Det overføres ikke utstyr som del av overdragelsen.

6. IKT

Sørlandet sykehus benytter egen maskinvare, programvare og egne systemer i sin virksomhet så IKT omfattes ikke av overdragelsen.

7. Overføring av virksomhetsinformasjon

Oslo universitetssykehus vil gi Sørlandet sykehus tilgang til informasjon og dokumentasjon slik at Sørlandet sykehus er i stand til å videreføre forpliktelser og rettigheter knyttet til drift av alle deler av virksomheten som overføres.

Prosedyre for utlevering av informasjon og forventet leveringstid, utarbeides særskilt i samarbeid mellom partene.

8. Tjenesteansvaret og etablering av faglige samarbeidsavtaler

Fra overdragelsestidspunktet den 1. mars 2015 har Sørlandet sykehus hele ansvaret for å yte tjenestene ved stråleterapienheten ved Sørlandet sykehus HF, Kristiansand.

Sørlandet sykehus påtar seg å videreføre en forsvarlig ivaretagelse av tjenestene ved stråleterapienheten ved Sørlandet sykehus HF, Kristiansand i henhold til krav og oppgaver i lov og regelverk.

Partene er enige om at overføringen skal skje på en slik måte at pasientsikkerheten ivaretas og pasienter sikres at forsvarlig behandling kontinueres uten avbrudd.

Partene vil inngå avtaler om et fortsatt tett faglig samarbeid for en effektiv, kompetent og samordnet strålebehandling.

9. Økonomi

Sørlandet sykehus HF vil også etter virksomhetsoverdragelsen ha inntekter fra og det økonomiske ansvaret for virksomheten i stråleterapienheten ved Sørlandet sykehus HF, Kristiansand. Med virksomhetsoverdragelsen overtar Sørlandet sykehus arbeidsgiveransvaret og vil ikke lenger refundere lønnsutgifter for det personell som i dag er ansatt i Oslo universitetssykehus. Virksomhetsoverdragelsen er således økonomisk nøytral for driften og medfører ikke økonomiske overføringer mellom partene.

Eventuelle investerings-, etablerings- eller overgangskostnader i driften av stråleterapienheten som følge av overtakelsen tilfaller Sørlandet sykehus å betale.

Hvert foretak bærer sine egne administrative kostnader i forbindelse med utredning, etablering av dokumenter og prosess for å gjennomføre virksomhetsoverdragelsen, herunder kostnader forbundet med ivaretagelse av plikter som avgivende og mottakende arbeidsgiver.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 18. desember 2014

Saksbehandler: Fagdirektør

Vedlegg:

**SAK 72/2014 ARBEID MED PASIENTFORLØP - PAKKEFORLØP FOR
KREFT**

Forslag til vedtak:

Styret tar redegjørelse om arbeid med pasientforløp og pakkeforløp for kreft til orientering.

Oslo, den 11. desember 2014

Bjørn Erikstein

1 Sammendrag

Strategi for Oslo universitetssykehus 2013-18 slår fast at standardiserte og godt koordinerte pasientforløp skal ligge til grunn for organiseringen innenfor Oslo universitetssykehus (OUS).

Handlingsplan 2013-14 som følger opp strategien, inneholder et tiltak vedrørende utredningspakker:

”I løpet av perioden 2013-14 vil OUS innføre utredningspakker for diagnosene kolorektalkreft, brystkreft, lungekreft, prostatakreft, eggstokkreft og hode-halskreft”.

Pakkeforløp for kreft vil bli innført i Norge i 2015, etter dansk modell. Målsetningen er at pasientene skal oppleve godt koordinerte og forutsigbare forløp med kortere ventetider gjennom utrednings- og behandlingsfasen. Pasientene skal sikres god informasjon og medvirkning i beslutningsprosessene gjennom hele forløpet. Prinsippet er at man skal unngå ikke-faglig begrunnet ventetid, som mangelfull koordinering og manglende utrednings- og behandlingsskapasitet. Det blir innført nye sykdomsspesifikke forløpstider for den første del av forløpet, fra start av pakkeforløp/henvisning mottatt i spesialisthelsetjenesten til start av utredning/frammøte, til avsluttet utredning/klinisk beslutning og til start av behandling. De nye forløpstidene, angitt i kalenderdager, er ikke en rettighet, men en ny nasjonal norm som skal erstatte 5-10-20 dager (virkedager) som hittil har vært nasjonal norm innen kreftområdet.

De fire første pakkeforløpene, for tykk- og endetarmskreft, brystkreft, lungekreft og prostatakreft skal innføres nasjonalt 1. januar 2015. De resterende 24 pakkeforløp skal innføres nasjonalt i løpet av 2015.

Med utgangspunkt i sykehusets handlingsplan og det pågående nasjonale arbeid med innføring av pakkeforløp for kreft har Stab medisin, helsefag og utvikling sammen med de aktuelle klinikker gjort en kartlegging av de eksisterende pasientforløp for pasienter med tykk- og endetarmskreft, prostatakreft, lungekreft, brystkreft, hode-halskreft (ØNH-kreft) og eggstokkreft. Det er også kartlagt hvilke flaskehals og andre utfordringer som finnes for å kunne redusere ventetider og etablere mer optimale forløp.

Sykehuset har flere utfordringer ved innføring av pakkeforløp for kreft for å kunne innfri de nye sykdomsspesifikke forløpstider. Det dreier seg om bedre koordinering av de ulike elementer i utrednings- og behandlingsfasen, kapasitet innen bildediagnostikk (radiologi og PET) og patologi, endoskopikapasitet, samt poliklinikk- og operasjonskapasitet. Det er iverksatt ulike tiltak og flere tiltak vil bli iverksatt for å kunne etablere forutsigbare og koordinerte pasientforløp for de aktuelle pasientgrupper. Det vil ved innføring av pakkeforløp for kreft bli lagt vekt på tydeliggjøring av ansvarsforhold, etablering av ledelse av forløpene og god informasjon til pasientene gjennom hele forløpet.

2 Administrerende direktørs vurderinger

Administrerende direktør vurderer innføring av pakkeforløp for kreft som viktig. Innføringen av pakkeforløp er i tråd med sykehusets strategi og handlingsplan, samt oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetak. For å gi pasientene forutsigbare forløp med forløpstider i samsvar med ny nasjonal sykdomsspesifikk norm, økes sykehusets kapasitet innen sentrale områder, slik som radiologi, patologi, endoskopi og kirurgisk behandling. I tillegg økes antall forløpskoordinatorer som skal ”lose” pasienter gjennom koordinerte pasientforløp. Administrerende direktørs vurdering er at innføring av pakkeforløp for kreft med bedre koordinerte og forutsigbare pasientforløp vil øke pasienttilfredsheten og det vil også være

positivt for de ansatte. Administrerende direktør vil løpende vurdere hvilke konsekvenser innføring av pakkeforløp for kreft kan ha for utredning og behandling av andre pasientgrupper i sykehuset.

3 Saksfremstilling

3.1 Strategi og handlingsplan for Oslo universitetssykehus

Strategi for Oslo universitetssykehus 2013-18 slår fast at standardiserte og godt koordinerte pasientforløp skal ligge til grunn for organiseringen innenfor Oslo universitetssykehus (OUS). Så langt det er mulig skal et tverrfaglig miljø som behandler én sykdom samles ved én lokalitet. En slik organisering legger forholdene til rette for oppbygging av robuste fag- og forskningsmiljøer og gir effektiv ressursutnyttelse.

Handlingsplan 2013-14 som følger opp strategien, inneholder et tiltak vedrørende utredningspakker:

”I løpet av perioden 2013-14 vil OUS innføre utredningspakker for diagnosene

- *Kolorektalkreft*
- *Brystkreft*
- *Lungekreft*
- *Prostatakreft*
- *Eggstokkreft*
- *Hode-halskreft*

Dette vil bidra til å oppfylle oppdraget fra HSØ om å effektivisere utredning og redusere flaskehalsen i forløpene for kreftpasienter, slik at minst 80% av kreftpasientene har forløp innenfor anbefalte forløpstider. Pasientkoordinator for en gitt diagnose skal tildele nyhenviste pasienter en standardisert og faglig kvalitetssikret utredningspakke som består av forhåndsbookede og koordinerte timeavtaler til undersøkelser, legekonsultasjon og oppstart av behandling. Pasientkoordinator skal informere pasienten om planen som er lagt. Intensjonen er at utredningspakkene skal redusere tiden fra henvisning til oppstart behandling, samtidig som de kvalitetssikrer utredningen og gir økt brukertilfredshet.”

Mye arbeid er gjort ved Oslo universitetssykehus for å bedre pasientforløpene. Når det gjelder forløpstider på kreftområdet viser oversiktene at sykehuset fortsatt er et godt stykke unna målsettingen om at minst 80 % av pasientene skal ha forløp innenfor de hittil anbefalte forløpstider. Det foreligger også konkrete avvikssaker som viser at det er behov for å etablere forutsigbare og godt koordinerte pasientforløp og redusere forløpstider.

3.2 Nasjonal satsning: Pakkeforløp for kreft

Pakkeforløp for kreft vil bli innført i Norge i 2015. Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Helsedirektoratet i oppdrag å utarbeide pakkeforløp for kreft etter dansk modell og basert på de norske behandlingsretningslinjer. Målsettingen er at pasientene skal oppleve godt koordinerte og forutsigbare forløp med kortere ventetider gjennom utrednings- og behandlingsfasen. Prinsippet er at man skal unngå ikke-faglig begrunnet ventetid, som dårlig koordinering og manglende utrednings- og behandlingsskapasitet. Pasientene skal få god informasjon gjennom hele forløpet og aktivt delta i beslutningsprosessen. Det blir innført nye normgivende sykdomsspesifikke forløpstider fra start av pakkeforløp/henvisning mottatt i spesialisthelsetjenesten til start av utredning/frammøte,

til avsluttet utredning/klinisk beslutning og til start av behandling. De nye forløpstidene, angitt i kalenderdager, er ikke en rettighet, men en ny nasjonal norm som skal erstatte 5-10-20 dager (virkedager) som hittil har vært nasjonal norm innen kreftområdet. De fire første forløpene, for tykk- og endetarmskreft, brystkreft, lungekreft og prostatakreft skal innføres nasjonalt 1. januar 2015. De resterende 24 pakkeforløp skal innføres nasjonalt i løpet av 2015.

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt de regionale helseforetak i oppdrag å sikre nødvendig utrednings- og behandlingsskapasitet i helseforetakene, etablere forløpskoordinatorer med nødvendig myndighet i alle sykehus som utreder og behandler kreftpasienter, samt sikre en organisasjons- og ledelsesstruktur som sørger for nødvendig samarbeid internt i det enkelte helseforetak, mellom ulike helseforetak og mellom helseforetak og fastleger. Det er utarbeidet en nasjonal implementeringsplan og 1. desember 2014 avholdt Helsedirektoratet implementeringskonferanse for helsetjenesten i Helse Sør-Øst. Videre vil Helse Sør-Øst arrangere konferanse vedr. innføring av pakkeforløp for kreft 14. januar 2015, samt erfaringskonferanser senere i 2015.

3.3 Pakkeforløp for pasienter med brystkreft, lungekreft, prostatakreft og tykk- og endetarmskreft

Disse pakkeforløpene implementeres nasjonalt 1. januar 2015. Helsedirektoratet har utarbeidet beskrivelser av disse pakkeforløpene, veiledning til fastlegene som henviser pasienter til spesialisthelsetjenesten, samt informasjon til pasienter der det foreligger begrunnet mistanke om kreft. For hvert av forløpene er det også anført hvilke forløpstider som nå skal være nasjonal norm.

Oppsummert nasjonal norm for forløpstider for de fire kreftformene, målt i kalenderdager, er som følger:

| Pakkeforløp | Tid fra start pakkeforløp til start utredning | Tid fra start utredning til klinisk beslutning | Tid fra klinisk beslutning til start behandling | Tid fra start pakkeforløp til start behandling |
|-------------------------|---|--|---|--|
| Brystkreft | 7 | 7 | 13 (10 medik. beh.) | 27 (24 medik. beh.) |
| Lungekreft | 7 | 21 | 14 (7 medik. beh.) | 42 (35 medik. beh.) |
| Tykk- og endetarmskreft | 9 | 12 | 14 (18 strålebeh.) | 35 (39 strålebeh.) |
| Prostatakreft | 10 | 24 | 32 (3 medik. beh.) | 66 (37 medik. beh.) |

Det er utarbeidet et spesifikt kodeverk for pasienter som inngår i pakkeforløp for kreft. På tidspunktene for start pakkeforløp/mottatt henvisning, start utredning/pasientfremmøte, biopsi, klinisk beslutning og start initial behandling vil det bli kodet i eksisterende pasientadministrative system og rapportert til Norsk pasientregister (NPR). Løsningen for dette er en midlertidig løsning, og det arbeides for å forenkle koding og rapportering. NPR vil utarbeide rapporter og statistikker som helsetjenesten kan benytte i sitt forbedringsarbeid, og forløpstider vil også bli publisert.

3.4 Andre pakkeforløp

Helsedirektoratet utarbeider ytterligere 24 pakkeforløp som vil bli innført nasjonalt i løpet av 2015. Det gjelder 22 organspesifikke forløp, et forløp for pasienter med metastaser uten kjent utgangspunkt, samt et diagnostisk pakkeforløp for pasienter med symptomer/tegn på alvorlig sykdom som kan være kreft. Blant disse pakkeforløp er også forløp for pasienter med eggstokkreft og hode-halskreft, forløp som ligger i handlingsplanen for Oslo universitetssykehus. For Oslo universitetssykehus vil

innføringen av disse to pasientforløp derfor ha høy prioritet, og vil bli innført så raskt som mulig i 2015.

Det forventes at de normerte forløpstidene for de to pasientforløpene blir om lag slik:

- Eggstokkreft (ovarialkreft): 1 + 2 + 2 uker, samlet 5 uker (ca. 35 kalenderdager) fra start til behandling.
- Hode-halskreft (ØNH-kreft): 1 + 1 + 2 uker, samlet 4 uker (ca. 28 kalenderdager) fra start til behandling.

3.5 Innføring av seks pakkeforløp for kreft ved Oslo universitetssykehus

Med utgangspunkt i sykehusets handlingsplan og det pågående nasjonale arbeid for innføring av pakkeforløp for kreft har Stab medisin, helsefag og utvikling sammen med de aktuelle klinikker gjort en kartlegging av de eksisterende pasientforløp for pasienter med tykk- og endetarmskreft, prostatakreft, lungekreft, brystkreft, hode-halskreft (ØNH-kreft) og eggstokkreft. Det er også kartlagt hvilke flaskehals og andre utfordringer som finnes for å kunne redusere ventetider og etablere mer optimale forløp. Mange av forløpene er komplekse og involverer flere kliniske avdelinger og medisinske støtteavdelinger ved de fire lokalisasjoner Aker sykehus, Radiumhospitalet, Rikshospitalet og Ullevål sykehus. Det dreier seg i prinsippet om to grupper av pasienter:

- Pasienter med mistanke om kreft eller påvist kreft innen opptaksområdet for Oslo universitetssykehus. Disse vil i sin helhet bli utredet ved sykehuset i forhold til kreftdiagnose og kartlegging av sykdomsutbredelse, og behandlingen vil bli gitt ved sykehuset. Det kan dreie seg om kirurgisk behandling, strålebehandling, medikamentell behandling, symptomlindrende behandling eller overvåking uten behandling.
- Pasienter som viderehenvises fra andre sykehus. Dette er pasienter der Oslo universitetssykehus som regionsykehus og områdesykehus ivaretar deler av utredningen og/eller behandlingen i et tett samarbeid med andre sykehus, i hovedsak i Helse Sør-Øst. For noen mindre grupper av kreftpasienter har Oslo universitetssykehus en nasjonal funksjon.

De påviste utfordringer ble oppsummert i et notat som ble behandlet i ledermøtet 4. november 2014. I det følgende er sykehusets hovedutfordringer ved de seks pasientforløp oppsummert. Utfordringene er i hovedsak sammenfallende med de utfordringer som er beskrevet nasjonalt i den nasjonale implementeringsplanen for Pakkeforløp for kreft.

Tykk- og endetarmskreft. Pasientgruppen behandles ved flere lokalisasjoner. En hovedutfordring er at antall pasienter som henvises med begrunnet mistanke om kreft i tykk- og endetarm er svært høyt og vil ventelig bli økende. Dette stiller store krav til kapasiteten for endoskopiundersøkelse av tarm. Kapasiteten er allerede i dag presset med lange ventetider. Det er også utfordringer knyttet til radiologiske undersøkelser, svartid patologi og poliklinisk kapasitet ved flere avdelinger. Videre er det behov for etablering av forløpskoordinatorer knyttet til forløpet.

Brystkreft. Det er arbeidet mye med forbedring av brystkreftforløpet. En utfordring her er at pasienter utredes og behandles ved flere lokalisasjoner, og man er også avhengig av private tjenester innen diagnostikk. Plastikkirurgi er blitt en større del av det primære behandlingstilbudet og utfordrer dagens pasientlogistikk. Radiologi- og

patologitjenestene representerer utfordringer for gode forløp. Det er også behov for større poliklinikkapasitet og bedre koordinering av forløpet.

Lungekreft. Lungekreftpasienter behandles kirurgisk og onkologisk ved flere lokalisasjoner. Dette er en utfordring for gode pasientforløp. Andre utfordringer er å koordinere av forløpet, samt radiologi- og PET-kapasitet. Oslo universitetssykehus har etablert velfungerende tverrfaglige (MDT) møter i helseregionen for enhetlig vurdering av behandling av lungekreftpasienter.

Prostatakreft. Det er etablert prostatasenter ved Oslo universitetssykehus, et senter som nå bygges opp og vil bli helt sentralt i utredning og beslutning knyttet til prostatakreft. Utfordringer er at kirurgisk og onkologisk behandling ikke er samlokalisert, samt kapasitet innen poliklinikk, robotassistert kirurgi, biopsitaking og MR-undersøkelser.

Hode-halskreft (ØNH-kreft). Det er etablert et godt utredningsforløp og velfungerende MDT-møter. Det er behov for mer radiologistøtte, operasjonssykepleiere og bedre koordinering.

Eggstokkreft. Pasienter som utredes og behandles for eggstokkreft er lokalisert ved kun en sykehuslokalisasjon, som er en stor fordel. Hovedutfordringen er operasjonsstuekapasitet, poliklinikkapasitet, radiologisk kapasitet, samt koordinering.

3.5 Hovedutfordringer og tiltak

Bildedagnostikk. En hovedutfordring er ventetid på radiologiundersøkelser og PET-undersøkelser, samt svar på disse. CT-, MR- og PET-undersøkelser er nødvendige, dels for å kartlegge utbredelse av kreftsykdommen, for å få tatt målrettede vevsprøver og for å følge opp behandlingen som gis til kreftpasientene. Kapasiteten kan økes ved økning i antall stillinger for nøkkelpersonell og utskifting av gammelt utstyr. Innen kreftutredning er radiologene sentrale i det multidisiplinære team som tar kliniske beslutninger hos den enkelte pasient. Derfor bør fortrinnsvis bildediagnostiske undersøkelser i kreftutredning gjøres i sykehuset. Oslo universitetssykehus har i 2014 styrket budsjettet for Klinikk for diagnostikk og intervensjon (KDI), Avdeling for radiologi og nukleærmedisin, for at kapasiteten her skal økes i samsvar med behovet innen bl.a. kreftutredning. Det pågår en oppbemanning som nå øker kapasiteten og reduserer ventetiden, av stor betydning ved innføring av pakkeforløp for kreft. En utskifting av gammelt utstyr vil kunne øke kapasiteten ytterligere. Sykehuset har etablert prioriteringskriterier innen bildediagnostikk, der utredning ved mistanke om kreft har høyeste prioritet. I denne sammenheng vil man også vurdere om andre bildediagnostiske undersøkelser enn de som inngår i pakkeforløp for kreft, kan utføres ved andre sykehus eller hos private leverandører.

Patologi. Det har både ved Oslo universitetssykehus og nasjonalt vært lange svartider på vevsundersøkelser. Disse resultatene er helt nødvendig for presis kreftdiagnostikk. Den største utfordringen synes å være i prostatakreftforløpet og til dels i brystkreftforløpet. Det er i Norge mangel på patologer til å undersøke og besvare de vevsprøver som tas. Dette gjelder også Oslo universitetssykehus. I 2014 er budsjettet for Avdeling for patologi, KDI, styrket for at svartidene på vevsprøver skal kortes ned. Svartidene er nå i ferd med å reduseres, noe som er helt nødvendig for å kunne nå de normerte forløpstider innen kreftområdet.

Endoskopi. Endoskopikapasiteten, spesielt koloskopi (kikkertundersøkelse av trykktarm), representerer en flaskehals i utredningen av tykk- og endetarmskreft. Det er allerede

lange ventetider, og behovet framover vil øke ytterligere pga. innføring av screening for denne kreftformen, samt innføring av pakkeforløp for kreft. Oslo universitetssykehus vil i 2015 utnytte eksisterende kapasitet bedre ved et tett samarbeid mellom enhetene i Medisinsk klinikk ved Ullevål og Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken ved Rikshospitalet, etablering av endoskopiskole og kveldspoliklinikk. Mer langsiktig må det vurderes å etablere en ny endoskopistue. Mer bruk av avtalespesialister kunne også vært en mulighet for å øke endoskopikapasiteten, men i dag er det kun en eller to avtalespesialister innen gastroenterologi i Helse Sør-Øst.

Poliklinikkapasitet. Ved flere avdelinger som har sentrale roller i utredning og behandling av kreftpasienter er det behov for å øke poliklinikkapasiteten. Det vil være stort fokus i 2015 på at poliklinikkene utnytter sin kapasitet godt, bl.a. gjennom optimaliseringsdelen av DIPS fase 2-prosjektet. Det kan også være aktuelt å utvide åpningstiden i noen poliklinikker, og i den forbindelse må bemanningen vurderes, bl.a. antall legestillinger.

Operasjonskapasitet. På noen områder er det behov for å utvide operasjonskapasiteten innen kreftområdet. Operasjonsstuekapasiteten økes i sykehuset og det arbeides også med å øke antall inngrep per operasjonsstue, samt styrke bemanningen av operasjonssykepleiere og annet personell.

Forløpskoordinatorer. For å etablere gode pasientforløp der nødvendige undersøkelser er forhåndsbooket, er god koordinering av ulike undersøkelser og behandling nødvendig. Sentralt i dette er etablering av funksjon som forløpskoordinatorer som har løpende kontakt med pasientene og som "loser" dem gjennom pasientforløpet. Oslo universitetssykehus har flere slike funksjoner allerede etablert, men vil styrke denne funksjonen innen de pakkeforløp som etableres og som inngår i sykehusets handlingsplan. I budsjettet for 2015 øremerkes midler til etablering av flere forløpskoordinatorer.

Forløpskoordinatorene skal ha nødvendig myndighet og kunne booke tider for pasientene for eksempel til bildediagnostiske undersøkelser, poliklinikkonsultasjoner og behandling. Koordinatorene vil også være sentrale i de tverrfaglige team-møtene (MDT-møtene) der beslutninger tas og der pasienter må settes opp til ulik type behandling.

Forløpskoordinatorer innen ulike avdelinger og klinikker må samarbeide tett, og det vil bli etablert et nettverk for disse i sykehuset.

Ledelse av pakkeforløp. Det er linjeledelsen i de ulike klinikker, avdelinger og seksjoner som har ansvaret for at pasientforløpene gjennomføres i henhold til sykehusets plan og nasjonal standard. Oppstår flaskehals eller andre utfordringer knyttet til pasientforløpene, må disse identifiseres og løses fortløpende. Da de enkelte forløpene som oftest involverer flere klinikker og avdelinger, må det etableres en ledelse/koordinering av de enkelte forløp på tvers av organisatoriske enheter. Det vil bli arbeidet med å få etablert en slik koordinering og definere ulike fullmakter knyttet til de enkelte pakkeforløp.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 18. desember 2014

Saksbehandler: Styresekretær

Vedlegg:

73/2014 VALG AV ANSATTEVALGTE STYREMEDLEMMER – OPPNEVNING AV VALGSTYRE

Inneværende periode for styremedlemmer valgt av og blant de ansatte løper ut 15. mars 2015. Før utløpet skal det avholdes valg på styremedlemmer for neste toårsperiode.

Etter forskrift om valg av styremedlemmer av og blant de ansatte i styret ved helseforetak, skal styret ved Oslo universitetssykehus HF oppnevne et valgstyre for å forestå den praktiske gjennomføringen av valget. Valgstyret ved Oslo universitetssykehus skal ha seks medlemmer med varamedlemmer. Fire medlemmer til valgstyret foreslås fra arbeidstagerne organisasjoner og to medlemmer foreslås fra administrasjonen i foretaket. På denne bakgrunn foreslås et valgstyre bestående av medlemmene som fremkommer i vedtaksforslag nedenfor.

Forslag til vedtak:

Styret oppnevner følgende valgstyre til valget av styremedlemmer av og blant de ansatte:

- 1. Merete Skaug, vara Tone Hagedal Wright*
- 2. Anette Emilie Røkholt, vara Mari Torset*
- 3. Brynhild Asperud, vara Grunde Beisland*
- 4. Veronica Kollevåg, vara Gry Renate Bergskaug*
- 5. Kjersti Baksaas Aasen, vara Ruth Flenning*
- 6. Tove Røsten, vara Roger Eriksen*

Oslo, den 11. desember 2014

Bjørn Erikstein

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 18. desember 2014

Saksbehandler: Direksjonssekretær

Vedlegg:

SAK 74/2014 PLAN FOR STYRET I OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS

Forslag til vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Oslo, den 11. desember 2014

Bjørn Erikstein

Årsplan for styret i Oslo universitetssykehus HF

| Møte | Vedtaksaker | Orienteringssaker |
|---|--|---|
| 12.-13 februar 2015 | Fellesmøte for alle styrer i HSØ | |
| 13. februar 2015 kl 12-16 | Oppdrag for 2015 fra HSØ RHF Årlig melding til HSØ for 2014 Idefase for Oslo universitetssykehus | Rapportering Årsplan for styret Oppfølging styresaker |
| 9. april 2015 kl 10-12 | Årsoppgjør 2014 Områdeplan investeringer i MTU Brystsenter | Rapportering Årsplan for styret |
| 30. april 2015 kl 8-14 | Økonomisk langtidsplan | Rapportering Årsplan for styret |
| Reservetid 28. mai 2015 kl 8 – ca 14 | | |
| 25. juni 2015 kl 8-14 | Ledelsens gjennomgang 1. tertial Prosess budsjett 2016 | Rapportering Årsplan for styret |
| 25. september 2015 kl 8-14 | Rapportering Budsjett 2016 Eierskap i selskaper | Rapportering Årsplan for styret Oppfølging styresaker |
| 25. september 2015 kl 14-19 | Styreseminar | Rapportering Årsplan for styret |
| 28. oktober 2015 kl 8-14 | Ledelsens gjennomgang 2. tertial Budsjett 2016 | Rapportering Årsplan for styret |
| Reservetid 25. november 2015 kl 8 – ca 14 | | |
| 17. desember 2015 kl 8-14 | Budsjett 2016 Områdeplan for anskaffelse av medisinskteknisk utstyr 2016-19 | Rapportering Årsplan for styret |

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte.: ~~30~~18. ~~desember~~oktober 2014

Saksbehandler: Leder, Direktørens kontor

Vedlegg: [1. Protokoll fra Foretaksmøte i Oslo universitetssykehus HF 7.11.14](#)
[2. Protokoll fra Brukerutvalgets møte 27.10.2014](#)
[3. Foreløpig protokoll fra styremøte i Helse Sør-Øst RHF 20.11.14](#)
[4. Foreløpig protokoll fra ekstraordinært styremøte i HSØ 27.11.14](#)
~~31.~~

Formatert tabell

Formatert: Skrift: 10 pkt

Formatert: Innrykk: Venstre: 0,02 cm

Formatert: Skrift: 10 pkt

Formatert: Skrift: 10 pkt

Formatert: Skrift: 10 pkt

Formatert: Skrift: 10 pkt

Formatert: Skrift: 10 pkt

SAK ~~75~~xx/2014 ADMINISTRERENDE DIREKTØRS ORIENTERINGER

Følgende legges frem til orientering:

~~2~~1. [Organisasjon og utvikling](#)~~Drift~~

2. [Forskning, utdanning og innovasjon](#)

3. [Økonomiske disposisjoner og plasseringer](#)~~Forskning, utdanning og innovasjon~~

~~4~~3. Samhandling

5. [Rettstvister og straffesaker](#)

~~5~~6. Medicomtale 1. [september](#)juli – [4. desember](#)22. oktober 2014

~~7~~64. [Referater](#)

Forslag til vedtak

Styret tar saken til orientering.

Oslo, ~~11~~23. ~~desember~~oktober 2014

Bjørn Erikstein

Innledning

Vi nærmer oss slutten på et spennende år for Oslo universitetssykehus. Høring på idefase og implementering av DIPS preget høsten, og parallelt ønsker vi å utvikle morgendagens behandling sammen med pasientene. Dette er en utfordrende visjon, men samtidig en viktig visjon. Ikke minst vil pakkeforløp innen kreftområdet utfordre oss. Det blir ikke nødvendigvis flere pasienter, men med økt fokus på pasientforløp skal pasientene tas i mot med åpenhet og respekt slik at utredning, behandling og oppfølging både gir en god opplevelse og så godt resultat som mulig for den enkelte pasient.

Formatert: Innrykk: Venstre: 1 cm,
Første linje: 0 cm

Vi er en stor arbeidsplass med flinke ansatte og store ressurser, men opplever i hverdagen også en utilstrekkelighet. Det blir brudd i pasientforløpene, beskjeder kommer ikke frem, det er ventetid til undersøkelser og på resultatet av en undersøkelse. Alt dette og mere til påvirker de ansatte negativt og gir usikkerhet hos pasientene.

Driften av sykehuset preges av betydelig tradisjon og konservatisme. Det tar tid å gjennomføre endringer fra seng til dag til poliklinikk. Det tar tid å endre eller samordne funksjoner på tvers. Det tar tid og er utfordrende å etablere nye samarbeidskonstellasjoner driftsmessig. Kvalitet og pasientsikkerhet settes i høysetet i den daglige driften, men organisering og samordning av driften til beste for pasientene blir ofte nedprioritert. Det er derfor viktig å arbeide for å lukke disse "hullene", men i tillegg være bevisst hva som er mulig å gjøre nå og hva som av flere grunner må vente en stund. Oslo universitetssykehus har besluttet å sette arbeid med kontinuerlig forbedring i system for å øke kvaliteten i virksomheten og bedre effektiviteten, og i 2014 fikk alle klinikkene i oppdrag å ha pågående forbedringsarbeid i tillegg til å arbeide med pasientforløp i samarbeid med Stab medisin, helsefag og utvikling.

Da kan vi glede oss over det arbeidet som er gjort i 2014 og gå inn i 2015 med fokus på fortsatt forbedringsarbeid

Det har gått mer enn to år siden vi bestemte oss for å foreslå for styret å gjøre avrop på regional løsning for elektronisk journalsystem og basere oss på siste versjon av DIPS. Det har vært et strålende samarbeid mellom de tre aktørene; Oslo universitetssykehus, Sykehuspartner og DIPS. En stor takk til prosjektledelsen ved Einar Hysing, Eli Rondeel og Jan Kåre Torrisen, som har gjort en formidabel innsats. Innsatsen deres har vært viktig for å få på plass en god og felles løsning så raskt som mulig.

DIPS er godt gjennomprøvd og nå får pasientene én journal i helse sykehuset, og helsepersonellet kan lese prøvesvar på samme måte uavhengig av hvor i sykehuset de oppholder seg. Men minner også om at de første ukene er kritiske både for de teknologiske løsningene, men i høyeste grad også for driften. Derfor er det lagt opp til stort fokus på veiledning og støtte inn mot brukerne, slik at dette blir en god løsning for sykehuset og helt sikre på at det fungerer.

ØLJDFSØ

DFSØLKIDFS**1. ORGANISASJON OG UTVIKLINGDRIFT****Gjennomgang og utvikling av organiseringen av Oslo universitetssykehus****•Ebola**

Oslo universitetssykehus har i lang tid vært forberedt på å kunne ta i mot pasienter med ebolavirus sykdom og har utarbeidet prosedyrer knyttet til prehospital transport og sykehusinnleggelse av ebolaviruspasienter. De ansatte har vært godt forberedt på en situasjon og har trent på bruk av utstyr og rutiner for smittevern samt at det har vært avholdt hyppige øvelser de siste månedene som følge av ebola-utbruddet i Vest-Afrika. Sykehusets CBRNe-senter (Nasjonalt behandlingstjeneste for CBRNe-medisin) har vært sentrale i utarbeidelsen av nasjonale faglige råd for prehospital håndtering, transport og sykehusinnleggelse ved mistenkt eller bekreftet ebolavirus sykdom (EVD—Ebola Virus Disease) og andre typer viral hemoragisk feber (VHF) som smitter mellom mennesker.

Søndag 5. oktober fikk sykehuset informasjon om at en norsk feltarbeider for Leger uten grenser som oppholdt seg i Sierra Leone var smittet av ebola og at det ble arbeidet med transportløsning hjem til Norge. Pasienten ankom Gardermoen militære flyplass tirsdag 7. oktober og Oslo universitetssykehus tok da over ansvar for pasienten og stod for prehospital transport fra flyplassen og til Oslo universitetssykehus, Ullevål. Transporten av pasienten gikk helt etter plan. Ved ankomst Ullevål ble pasienten innlagt ved Infeksjonsmedisinsk avdeling, Medisinsk klinikk, og isolert i høysmitteisolat. De ansatte som arbeider ved denne enheten er ekstremt godt beskyttet og det personlige beskyttelsesutstyret som brukes ved Oslo universitetssykehus er testet etter internasjonale standarder og har den høyeste beskyttelsesgraden mot smitte i henhold til disse standardene. Ved behov for tilsyn fra samarbeidende avdelinger er det kun ansatte som er trent og godkjent for bruk av høysmitteutstyr som slipper inn i smitteområdene. Ved høysmitteisolatet er det full kontroll på alt som forlater rommet der pasientbehandling pågår, og dette omfatter også luft og avløp. Alt av smitebærende avfall transporteres på sikker måte og destrueres i et hermetisk lukket miljø.

Pasienten var innlagt ved høysmitteisolatet frem til mandag 20. oktober. Da ble pasienten utskrevet og vedkommende var da frisk og smittefri.

Fagmiljøet i OUS var løpende i kontakt med andre utenlandske fagmiljøer for å utveksle erfaringer knyttet til behandling av ebolavirus pasienter og hadde tilgang til eksperimentelle medikamenter for behandling av ebolavirus sykdom. Kontakten med de utenlandske miljøene fortsetter for evaluering av behandlingsforløpet og sammenstilling av resultater fra flere pasientforløp.

Med en kombinasjon av best mulig utstyr, god opplæring, kompetent personale og strenge rutiner anser sykehuset risikoen for smitte til helsepersonell som svært liten. Våre rutiner og utstyr er høyere gradert enn kravene som de internasjonale standardene for høysmitte setter. Avkledningsrutiner av beskyttelsesutstyr er særlig grad viktig og rutinene i Oslo universitetssykehus tilsier 2 min dusj med virusdrepende middel, deretter 10 min virketid for kjemikalier og deretter dusj med vann. De ansatte går så inn til nytt rom for avkledning

← **Formatert:** Innrykk: Venstre: 1 cm, Hengende: 0,5 cm, Tabulatorstopp: 1,5 cm, Listetabulatorstopp

← **Formatert:** Innrykk: Venstre: 1 cm

← **Formatert:** Innrykk: Venstre: 1 cm

← **Formatert:** Punktmerking og nummerering

med bistand fra spesialtrent sykepleier og til nytt rom for desinfisering av hender med mer. Etter en slik prosedyre kan de ansatte gå ut i sykehusets arealer for øvrig.

Sykehuset har utarbeidet egen prosedyre som tydeliggjør og spesifiserer våre rutiner for oppfølging av eventuell sykdom hos personale etter arbeid med ebola. Denne inkluderer hvem man skal kontakte på døgnbasis ved symptomer.

Erfaringene med pasienten som var innlagt ved Oslo universitetssykehus viser at sykehusets rutiner fungerer som de skal.

• Øilkjst **Prosess for å vurdere virksomhetsoverdragelse av stråleterapivirksomhet til Sørlandet sykehus HF og Sykehuset Innlandet HF**

Formatert: Punktmerking og nummerering

Stråleterapienheten ved Sørlandet Sykehus HF, Kristiansand tilbyr stråleterapi til kreftpasienter i Agderfylkene og tildels Telemark. Stråleterapienheten ved Sykehuset Innlandet HF, Gjøvik tilbyr stråleterapi til kreftpasienter i Oppland og Hedmark. Fra oppstarten på begynnelsen av 2000-tallet har disse enhetene hatt et samarbeid med Oslo universitetssykehus HF og har vært organisert som satellitter under Oslo universitetssykehus HF i den forstand at de som har arbeidet ved enhetene har vært ansatt ved Oslo universitetssykehus HF. Perioden for inneværende samarbeidsavtaler er nå utløpt. Foretakene ønsker et fortsatt samarbeid for en effektiv, kompetent og samordnet strålebehandling.

Virksomheten ved de to stråleterapienhetene er Sørlandet sykehus og Sykehuset Innlandet sitt ansvar og etter 12-13 år er det nå nærliggende å vurdere om overgangsordningen med fast utøvende stråleterapipersonell fra Oslo universitetssykehus skal avvikles ved virksomhetsoverdragelse, slik at behandlingen ved de to foretakene utføres av foretakenes egne ansatte.

Det er derfor iverksatt en prosess for å vurdere en virksomhetsoverdragelse av ansatte ved Oslo universitetssykehus som arbeider ved stråleterapienheten ved Sørlandet sykehus og Innlandet Sykehus. Arbeidet gjøres i samarbeid med de to foretakene og skal kartlegge og utrede relevante forhold og konsekvenser ved en virksomhetsoverdragelse. Dersom arbeidet ender opp med at man går videre med en virksomhetsoverdragelse vil det bli behandlet og forelagt styret på ordinær måte.

Formatert: Innrykk: Venstre: 1 cm

2. Øilkjst **ORGANISASJON OG UTVIKLING**

Formatert: Punktmerking og nummerering

Øilkjst

Formatert: Punktmerking og nummerering

Protonterapisenter

Helse- og omsorgsdepartementet har i felles foretaksmøte bedt om at de regionale helseforetakene i fellesskap gjennomfører idéfase for etablering av regionale protonterapisentre lokalisert i Oslo, Bergen, Trondheim og Tromsø. Arbeidet skal utføres som en nasjonal utredning med frist 1. desember 2014. Det har i denne prosessen blitt gjennomført regionsspesifikke idéfaser som et tillegg til det nasjonale idéfasearbeidet.

Formatert: Innrykk: Venstre: 1 cm

Oslo universitetssykehus har gjennomført en idéfase og utarbeidet en rapport om etablering av protonterapi i Helse Sør-Øst som er levert Helse Sør-Øst. Denne rapporten er utarbeidet

på mandat fra fagdirektør i Helse Sør Øst RHF og prosjektet er ledet av Oslo universitetssykehus HF. Idéfaserapporten er Helse Sør Øst sitt regionsspesifikke bidrag til det nasjonale idéfasearbeidet, og er utarbeidet etter mal fra Veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter.

Rapporten beskriver nåsituasjonen, utviklingsmuligheter og alternativsvurderinger. Protonterapi er en form for strålebehandling som gir bedre avgrensning av strålingen enn tradisjonell strålebehandling. Strålebehandling med fotoner, som i hovedsak benyttes i dagens strålebehandling, har god effekt på mange krefttyper. Protonstråler har en tilsvarende effekt som fotoner på svulster og i tillegg en fordel fordi de har en annen vekselvirkning med det friske vevet som omgir en kreftsvulst. Følgen er mindre stråleinduserte skader i det friske vevet. Dette har stor betydning spesielt for barn og unge voksne som på lang sikt kan utvikle alvorlige skader innen tidligere bestrålt område. Det fører til økt sykkelighet, nedsatt livskvalitet og redusert levetid etter helbredende behandling.

Derfor er det svært viktig at våre pasienter kan få denne behandlingen i Norge så snart som mulig.

Det har vært en rivende teknologisk utvikling i feltet, og utbredelsen av protonterapi internasjonalt er sterkt økende. Det er pågående nasjonale prosesser for å etablere protonterapi i europeiske land som Sverige, Østerrike, Danmark, England og Nederland. Hovedmålet med å etablere protonterapi ved Oslo universitetssykehus er å gi pasientene i Helse Sør Øst et komplett og fremtidsrettet stråleterapitilbud. Tidsfaktoren for etablering er kritisk, da dagens tilbud om behandling i utlandet gir mange utfordringer. Rask etablering vil

dermed komme de norske pasientene til gode, med særlig vekt på barnekreftpasientene. Det er en målsetning at Oslo universitetssykehus og Universitetet i Oslo sammen skal være en nasjonal drivkraft innen utdanning, kompetanseheving, forskning og innovasjon rundt protonterapi og annen partikkelbehandling. Lokalisering i sykehuset bør ivareta et fleksibelt

tilbud med utvidelsesmuligheter (utvidelse til et større protonterapitilbud, flere lineærakseleratorer, senere utvikling av karbonterapi), og bør gi muligheter for utvikling av fremtidens sykehus med spesiell vekt på kreftomsorgen.

Rapporten utreder dimensjoneringsbehov og det er i hovedsak lagt til grunn to dimensjonerende alternativ, hvert med to underalternativ. Byggene som vurderes har 3 eller 4 bunkere for protonbehandling, og byggene kan enten fylles med utstyr i alle rom fra starten av, eller ett rom kan stå tomt for senere kapasitetsøkning.

Når det gjelder lokalisering er det i rapporten utredet to hovedalternativer med til sammen fem underalternativer i tillegg til O alternativet. Et O alternativ vil si at pasienter fortsatt må sendes til utlandet for behandling med protonterapi. Alternativ 1 forutsetter utvidelse av eksisterende stråleterapibygg ved Oslo universitetssykehus, og har underalternativ 1a: utvidelse av stråleterapibygg ved Radiumhospitalet, og 1b: utvidelse av Kreft- og isolatsenteret ved Ullevål sykehus. Alternativ 2 forutsetter etablering av stråleterapivirksomhet på Rikshospitalet/Gaustad — og har underalternativ 2a: utvidelse av dagens bygningsmasse, 2b: frittliggende bygg på Gaustad området og 2c: protonterapisenter som del av Campus Oslo utbygging. De ulike alternativene vil gi forskjellige føringer og behov for følgebemålinger, og har ulike fordeler og ulemper. Det anbefales en videre nasjonal prosess rundt plan- og innkjøpsprosess, samt kompetanseoppbygging innen bygging og pasientbehandling. Konseptfasen bør dermed bestå av en regional og en nasjonal del, der blant annet dimensjonering og lokalisering i Oslo universitetssykehus blir en viktig del av Helse Sør Øst sin konseptfase.

Mandat for prosjekt med gjennomgang og utvikling av organiseringen av Oslo universitetssykehus ble vedtatt 15.9.2014. Prosjektet er nå i forberedende fase. Tillitsvalgte, verneombud brukerrepresentanter og klinikkene er bedt om å melde inn deltakere til prosjektet. Det avholdes innledende informasjonsmøter med den enkelte klinikk der avdelingene bes forberede seg på gjennomføring av SWOT analyser i første halvdel av februar. Første styringsgruppe møte er planlagt 14. januar 2015. Prosjektet vil komme med en første delrapport 15. mai med anbefaling om tiltak som bør kunne iverksettes med tanke på budsjettåret 2016.

Formatert: Innrykk: Venstre: 1 cm

Målet med prosjektet er å sikre at Oslo universitetssykehus har en hensiktsmessig organisering som er i samsvar med vedtatt strategi. Prosjektet skal danne et beslutningsgrunnlag for videre organisasjonsutvikling samt skape oppslutning om dette.

Prosjektet vil ikke kunne løse de umiddelbare økonomiske utfordringene sykehuset står overfor, men vil på sikt bidra til at sykehuset utvikler seg i samsvar med strategi 2013-2018. Prosjektet skal ikke hindre allerede pågående lokale forbedringsarbeid, men skal bidra til å fremme de områdene som er godt integrert. Prosjektet skal se på hva som eventuelt hindrer lokalt forbedringsarbeid og om dette skyldes den overordnede strukturen. Hovedområdene som prosjektet vil fokusere på er:

- Duplisering av funksjoner
- Stedlig ledelse (geografi)
- Kontrollspenn (størrelse)
- Faglig kontra tverrfaglig organisering

Formatert: Skrift: Times New Roman, 12 pkt

Formatert: Innrykk: Venstre: 1 cm, Hengende: 0,75 cm, Tabulatorstopp: 1,9 cm, Listetabulatorstopp + Ikke på 1,27 cm

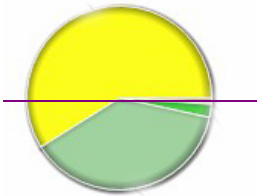
I tillegg er det skilt ut tre delprosjekter innen områdene IKT, Stab og Ssamhandling som vil starte opp noe senere i april 2015.

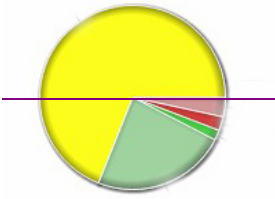
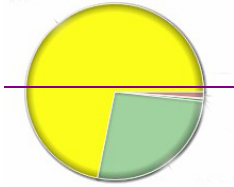
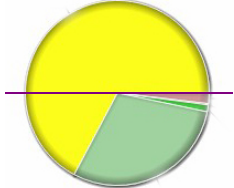
Formatert: Punktmerking og nummerering

Formatert: Innrykk: Venstre: 1 cm

345. — MEDIEOMTALE 1. JULI — 22. OKTOBER 2014

Antall saker i mediene har økt fra 1403 i juli, til 2106 så langt i oktober, totalt 6422 for hele perioden. Oktober ligger så langt an til å få noe flere mediesaker som tilsvarende måned i fjor, dette på grunn av behandlingen av ebola-smittet pasient. Medieomtalen er i det alt vesentlige vektet nøytralt, noe som har holdt seg stabilt siden forrige periode. Rødt viser andel svært negative/svakt negative saker, grønt viser andel svært positive/svakt positive saker, mens gult viser andel saker som er vektet nøytralt.

| Periode | Antall saker | Vekting | Vekting prosent | Kommentar |
|---------------------|--------------|---|--|---|
| 1.-22. oktober 2014 | 2106 |  | Positiv: 40 Nøytral: 59 Negativ: 1 | Den store økningen i positive saker er på grunn av mye positiv omtale rundt behandling av ebolapasient. |

| | | | | |
|----------------|------|--|---|--|
| September 2014 | 1470 |  | Positiv: 25 Nøytral: 69 Negativ: 6 | Perioden ble preget av flere historier om kreftpasienter og ekspertuttalelser om soppforgiftning. |
| August 2014 | 1443 |  | Positiv: 27 Nøytral: 72 Negativ: 1 | Måneden ble preget av saker om ebola og tv-serien "Født i feil kropp". |
| Juli 2014 | 1403 |  | Positiv: 31 Nøytral: 67 Negativ: 2 | Den store økningen av positive saker skyldes mange ekspertuttalelser om sommerhelse, varme og ebola. |

Mediebildet har i perioden vært preget av omtale av ebola, flere kreft historier og skadde pasienter brakt til sykehuset.

Ebola

Rundt 85 prosent av medieomtalen så langt i oktober er anslått å handle om ebola. Gjennom sommeren og deler av høsten stilte flere av våre fagfolk, hovedsakelig Arne Brantsæter og Dag Kvale, opp som eksperter på ebola, noe som genererte mye positiv omtale. Da det 6. oktober ble kjent at det skulle komme en norsk, ebolasmittet pasient til sykehuset snudde fokus litt. Medieinteressen eksploderte og journalistene spurte om sykdommen, sykehusets beredskap, behandling og pasienten med alle mulige vinklinger. Fagfolkene våre var en periode noe mer utilgjengelige da de drev med behandling av pasienten, men de fikk svært mye oppmerksomhet da de stilte på i alt fem pressekonferanser i løpet av perioden pasienten var på sykehuset. Medias omtale dreide etter hvert til teamet rundt pasienten, hvordan hun ble behandlet, hvilken behandling hun skulle få og mye spekulasjon rundt medisiner. Våre fagfolk, spesielt Dag Kvale og Espen Nakstad i denne fasen, fremsto som trygge og gode fagfolk, som bidro til å forklare godt og dempe frykten for smitte. Omtalen som kom ut av dette var nesten utelukkende positiv, og fraser som "super teamet som behandler ebola pasienten" var en gjenganger. 20. oktober ble pasienten skrevet ut og det meste handlet naturlig nok om henne, men sykehuset fikk også mye positivt, da hun nevnte hvor takknemlig hun var for behandlingen av et "fantastisk team". I etterkant av utskrivelsen har flere fagfolk fra oss stilt opp i alle de intervjuene som var ønsket underveis, men som det ikke var tid til. Igjen fremstår Arne Brantsæter, Morten Rostrup og flere som har vært involvert i behandlingen som gode fagpersoner. Når alt nå er over virker det etterlatte inntrykket å være at sykehuset hadde

full kontroll på situasjonen. Det er ingen negative saker knyttet til dette temaet. En del saker fra perioden er nøytrale da de kun omtaler at pasienten er til behandling på Ullevål.

Kreft historier

Tidlig i september dukket det i to løpet av to dager opp to historier i Aftenposten om to kreftpasienter. I begge historiene har pasienten måtte vente svært lenge på utredning, prøver og behandling. Den ene pasienten døde. I artiklene er både Fylkeslegen, Kreftforeningen og generalsekretær i Norsk Pasientforening på plass med kritikk av sykehuset. Dagen etter retter også Aftenposten kritikk mot sykehuset på lederplass og trekker frem behovet for pasientkoordinatorer. I artiklene får klinikkleder komme til orde og legger seg helt flat for kritikken, men likevel er det etterlatte inntrykket av disse sakene negativt.

Samme uke tok også TV2 opp saken om pasienten som døde. Gangen var ikke helt ulik Aftenposten, men noe mer fokus på pårørende, og det etterlatte inntrykket er fortsatt negativt. I samme periode dukker det opp en blogg der en av sykehusets pasienter kommer med kraftig kritikk av sykehuset og systemet etter å ha blitt sendt mellom fire institusjoner i Oslo før hun ble operert. Flere store medier publiserte hele eller deler av denne bloggposten på siden, med Nettavisen i front, og den har generert mye debatt både i sosiale og tradisjonelle medier. Sykehuset har svart på kritikken i flere omganger, men det etterlatte inntrykket av denne saken er negativt.

Virksomhetsoverdragelse av Medisinske bibliotekstjeneste

Styret i Oslo universitetssykehus gjorde den 19.12.2013 følgende vedtak:

1. Styret anbefaler at Oslo universitetssykehus medisinske bibliotekstjeneste virksomhetsoverdras til Universitetet i Oslo i henhold til vedlagte avtaleutkast.
2. Styret ber administrerende direktør oversende saken til Helse Sør-Øst RHF for avklaring av overføring på statsbudsjettet og vedtak i foretaksmøte.
3. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å undertegne avtalen om virksomhetsoverdragelse etter vedtak i foretaksmøte.

Etter vedtaket har avklaring av de nødvendige overføringene på statsbudsjettet vært fulgt opp i kontakt med Helse Sør-Øst RHF. I forslaget til statsbudsjett for 2015 er overføringene lagt inn. Helse Sør-Øst RHF har også etter dette gitt tilbakemelding om at det ikke er behov for foretaksmøtevedtak i saken. Virksomhetsoverføringen av medisinsk bibliotekstjeneste vil derfor bli overført til Universitetet i Oslo som vedtatt fra og med 1. januar 2015.

6

2.- FORSKNING, utdanning og innovasjon

Nye utdanningspriser tildelt ved Oslo universitetssykehus Nye Sentre for forskningsdrevet innovasjon – SFI

Formatert: Bunntekst, Innrykk:
Venstre: 1 cm

Formatert: Bunntekst, Innrykk:
Venstre: 1 cm

Formatert: Innrykk: Venstre: 1 cm

Formatert: Innrykk: Venstre: 1,5 cm

Formatert: Innrykk: Venstre: 1 cm,
Tabulatorstopp: 1,75 cm,
Listetabulatorstopp + Ikke på 0,75 cm

Formatert: Punktmerking og
nummerering

Formatert: Innrykk: Venstre: 1 cm,
Tabulatorstopp: 1,75 cm,
Listetabulatorstopp

Formatert: Innrykk: Venstre: 1 cm,
Tabulatorstopp: 1,75 cm,
Listetabulatorstopp + Ikke på 0,75 cm

Formatert: Innrykk: Venstre: 1 cm,
Tabulatorstopp: 1,75 cm,
Listetabulatorstopp

Formatert: Punktmerking og
nummerering

Formatert: Innrykk: Venstre: 1 cm,
Tabulatorstopp: 1,75 cm,
Listetabulatorstopp

Formatert: Innrykk: Venstre: 1 cm,
Tabulatorstopp: 1,75 cm,
Listetabulatorstopp + Ikke på 0,75 cm

Formatert: Punktmerking og
nummerering

Formatert: Innrykk: Venstre: 1 cm

Formatert: Bunntekst, Innrykk:
Venstre: 1 cm

Formatert: Innrykk: Venstre: 1 cm,
Høyre: 0,25 cm, Tabulatorstopp: 1,75
cm, Left + 6,22 cm, Left

Formatert: Ikke Store bokstaver

Formatert: Innrykk: Venstre: 1 cm

Formatert: Punktmerking og
nummerering

Formatert: Skrift: Fet

Formatert: Innrykk: Venstre: 1 cm

Oslo universitetssykehus. Det er også etablert samarbeid med flere internasjonale forskningsinstitusjoner.

Som landets største helsearena innen utdanning, bidrar Oslo universitetssykehus (OUS) årlig i utdanningen av om lag 3600 studenter, elever, lærlinger samt videreutdanninger av eget helsepersonell. OUS har, siden 2009, hatt et eget utdanningsutvalg, med representasjon fra universitetet og nært samarbeidende høyskoler. I 2011 fikk sykehuset også en egen utdanningsseksjon, som en del av Stab forskning, innovasjon og utdanning. I 2013 vedtok styret i OUS sykehusets første utdanningsstrategi, som er konkretisert både gjennom en overordnet handlingsplan for sykehuset, og som videre skal konkretiseres i klinikkvise handlingsplaner innen utgangen av 2014. Et strategisk mål i utdanningsstrategien er at "Utdanningens betydning skal synliggjøres og utgjøre en tydelig del av sykehusets profil". Ett av flere tiltak i handlingsplanen, knyttet til dette målet, er årlig tildeling av en utdanningspris. Nytt i 2014 er derfor tildeling av to utdanningspriser á 50.000 kroner, som skal belønne enheter på sykehuset som har fremmet et godt læringsmiljø. Midlene skal benyttes til utdanningstiltak i fagmiljøene.

Det var fremmet hele 24 kandidater til de to prisene og det ble plukket ut fem finalister.

Utdanningsprisene gikk til (likeverdige vinnere):

~~Kvinne- og barnklinikken, ved gruppen "Kvinnklinikken gruppe i ferdighetstrening" og Hjerte-, lunge- og karklinikken, v/Lungeavdelingen.~~

Kvinnklinikken gruppe i ferdighetstrening driver praktisk gjennomføring, forskning og tverrprofesjonell utvikling av ferdighetstrening i obstetrikk og gynekologi. Sengepost for lungesykdommer ved Hjerte-, lunge- og karklinikken har gjennomført et pilotprosjekt for kompetanseheving i kunnskapsbasert praksis. Dette er et foregangsprosjekt som vil få betydning for lignende kompetanseoppbygging i hele OUS. Begge miljøene bidrar til å gjøre OUS til et fremragende universitetssykehus.

Øvrige finalister var:

- ~~Avdeling for kreftbehandling, som siden 2009 har jobbet systematisk med å implementere kunnskapsbasert praksis, slik at dette blir en integrert del av fagutviklingsarbeidet i avdelingen. De har et tverrprofesjonelt perspektiv og har samarbeidet med ulike høyskoler.~~
- ~~Renholdsavdelingen, som har innført opplæring og renholdsplaner på nettbrett for alle ansatte på renhold. Avdelingen har som målsetting at alle renholdere i OUS skal ha denne løsningen innen utgangen av 2015.~~
- ~~Seksjon for hjerteultral lyd ved Hjerte-, lunge- og karklinikken. Seksjonen legger stor vekt på opplæring, utdanning og forskning i sin virksomhet. De har bl.a. et unikt utdanningsopplegg i klinisk hjerteultral lyd for alle utdanningskandidater i kardiologi~~

Prisene ble delt ut av viseadministrerende direktør, Tove Strand, i stabsmøtet ved Rikshospitalet den 10. oktober og tildelingen ble svært godt mottatt.

3. ØKONOMISKE DISPOSISJONER OG PLASSERINGER

Kjøp av egenkapitalandeler i pensjonskassen

Formatert: Punktmerking og nummerering

Formatert: Punktmerking og nummerering

Formatert: Skrift: Fet, Store bokstaver

Formatert: Store bokstaver

Formatert: Skrift: Fet, Store bokstaver

Formatert: Innrykk: Venstre: 1 cm, Tabulatorstopp: 1,75 cm, Left

Formatert: Skrift: Fet, Store bokstaver

Formatert: Innrykk: Venstre: 1 cm

Formatert: Innrykk: Venstre: 1 cm

Pensjonskassen for helseforetakene i Hovedstadsområdet (PKH) ble stiftet i 2013, og fra årsskiftet 2013/2014 ble det gjennomført en overføring av medlemmer, eiendeler, forpliktelser og egenkapital til pensjonskassen. Helseforetakene tilførte imidlertid ulike andeler egenkapital i forhold til opptjente pensjonsrettigheter. På foretaksmøtet 7. november ble det besluttet at helseforetakene skal foreta en utjevning av egenkapitalandelene ut fra fordelingen av opptjente pensjonsrettigheter. Dette innebærer at OUS må kjøpe egenkapitalandeler fra de andre helseforetakene for om lag 101,8 millioner kroner.

Egenkapitalen i PKH investeres i en portefølje av verdipapirer og oppnår en avkastning som fordeles på helseforetakene. Ved kjøp av egenkapitalandeler øker OUS sin egenkapitalandel og således andel av avkastningen. Den økte avkastningen reduserer de årlige pensjonskostnadene alt annet likt. Oppgjøret for egenkapitalandelene finansieres ved å trekke på driftskreditten, slik at rentekostnadene vil øke. Netto finansposter forventes imidlertid å være positiv fordi rentekostnaden på driftskreditten forventes å være lavere enn fremtidig avkastning på egenkapitalen. Driftskredittrammen økes med størrelsen på oppgjøret, slik at foretakets likviditetsreserve er upåvirket.

Replassering av pensjonsmidler

I styresak 131/2011 fattet styret vedtak om at plassering av pensjonsmidler i Statens pensjonskasse (SPK) 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 mrd. kroner i desember 2011, herav ble om lag 1,4 mrd. kroner plassert i norske statsobligasjoner med ett års løpetid. Det resterende beløpet på 500 millioner kroner ble plassert i Statens pensjonsfond utland (SPU).

Beløpet som ble plassert i statsobligasjoner er frem til nå i stor grad replasert i norske statsobligasjoner med ett års løpetid og disse har på nytt forfalt. SPK ble informert om replassering av pensjonsmidlene 3. desember 2014. I forkant av beslutningen ble det innhentet råd fra KLP Kapitalforvaltning AS. Deres anbefaling var å replasere hele beløpet på om lag 965 millioner kroner i norske statsobligasjoner med ett års løpetid.

Administrerende direktør i samråd med styreleder besluttet på bakgrunn av eksterne råd og råd fra Stab økonomi, juridisk og IKT å replasere om lag 965 millioner kroner i norske statsobligasjoner med ett års løpetid.

For plassering av pensjonsmidler tilbyr SPK norske statsobligasjoner av ulik varighet og andeler i SPU. Plassering i SPU er eneste alternativ plassering av pensjonsmidler for å kunne følge intensjonen om en sammensetning og risikoprofil som speiler de øvrige store pensjonskassene. Ved utgangen av 2013 var det plassert om lag 600 millioner kroner i SPU, som utgjorde om lag 9 pst. av totale pensjonsmidler i SPK. Dette gir en lavere andel aksjer enn de øvrige store pensjonskassene. Oslo universitetssykehus HF kan øke andelen i SPU ved årsskiftet, men det blir ikke gjort fordi det er usikkerhet knyttet til konsekvensen for foretakets likviditet.

Erfaringen med ordningen i SPK er at det er vanskelig å nå intensjonen om på sikt å ha en sammensetning og risikoprofil som speiler de øvrige store pensjonskassene. På bakgrunn av dette ble det sendt brev til SPK 26. november 2014 der helseforetaket ber om at alternativer til dagens ordning for plassering av pensjonsmidler utredes.

Formatert: Skrift: Fet

Formatert: Innrykk: Venstre: 1 cm

Formatert: Innrykk: Venstre: 1 cm

4. SAMHANDLING

Oppstart av Tolkesentralen

•Brukerutvalget

Styret oppnevnte 27. juni 2013 (sak 43/2013) nytt brukerutvalg for Oslo universitetssykehus HF, med funksjonstid på to år. Medlem Øyvind Arntzen, meddelte nylig at han er nødt til å tre ut av sitt verv i brukerutvalget på grunn av tidspress i forbindelse med jobb.

~~Øyvind Arntzen representerte Rasmusbrukernes interesseorganisasjon (RIO).~~

Administrerende direktør mener det er viktig at denne pasientgruppen fortsatt er representert i brukerutvalget, og har derfor oppnevnt Tommy Sjøfjell som nytt medlem. Tommy Sjøfjell er oppnevnt fra A-larm og er leder av brukerråd i avdeling for rus og avhengighet i klinikk for psykisk helse og avhengighet i Oslo universitetssykehus.

Tolkesentralen er som tidligere orientert et samarbeidsprosjekt mellom Oslo universitetssykehus HF, Akershus universitetssykehus HF (Ahus) og Sunnaas sykehus HF. Prosjektet ledes av OUS ved Stab samhandling og internasjonal samarbeid og gjennomføres på oppdrag av Helse Sør-Øst RHF (HSØ). Målet med etableringen av Tolkesentralen er å sikre kvalitet og kompetanse i tolketjenestene ved de tre helseforetakene. God tolketjeneste inngår som en viktig forutsetning for å nå sykehusenes overordnede mål om å tilby en likeverdig helsetjeneste.

Tolkesentralen begynte å levere tolketjenester til Oslo universitetssykehus, Ullevål sykehus, med adresse Kirkeveien 166, mandag 24. november. Tilgjengelige språk er somali, urdu, polsk, tyrkisk, tamil, spansk, og engelsk. Antall språk og avdelinger utvides fortløpende. For avdelinger på andre adresser, samt oppdrag på andre språk, gjelder fortsatt avtale om tolketjenester fra Noricom. Nye språk legges til tilbudsportføljen fortløpende. Levering av tolketjenester til øvrige avdelinger starter i midten av januar. Da rulles også tilbud med skjermtolking ut. På Sunnaas sykehus og Akershus universitetssykehus starter formidling av tolker fra midten av februar.

Innvilgede prosjekter

Sykehuset har fått innvilget et forprosjekt fra Forskningsrådets PraksisVel-midler, til prosjektet "Mestring og likeverdige helsetjenester", pålydende 200.000 kr. Formålet med forprosjektet er å legge grunnlaget for et hovedprosjekt som tar sikte på utvikling av et forskningsbasert og praksisrettet refleksjonsverktøy om mangfold, mestring og likeverdige helsetjenester (MoLH) for helsepersonell i spesialisthelsetjenesten. Dette prosjektet gjennomføres i samarbeid med Stab samhandling og internasjonalt samarbeid og Høgskolen i Oslo og Akershus.

Sykehuset har også fått innvilget 265.000 kr fra Extrastiftelsen til prosjektet "Å være mann og håndtere sykdom – en utfordring?" Prosjektet består i å utvikle et lærings- og mestringstilbud for menn som skal lære seg å håndtere egen sykdom og langvarige helseutfordringer. Menn er underrepresentert som deltakere i lærings- og mestringstilbud

Formatert: Innrykk: Venstre: 1 cm,
Hengende: 0,5 cm

Formatert: Innrykk: Venstre: 1 cm

Formatert: Punktmerking og
nummerering

Formatert: Innrykk: Venstre: 1 cm

Formatert: Innrykk: Venstre: 1 cm,
Ingen punktmerking eller nummerering

Formatert: Innrykk: Venstre: 1 cm

Formatert: Innrykk: Venstre: 1 cm

på sykehuset. Dette prosjektet er et samarbeid mellom Stab samhandling og internasjonalt samarbeid og Ressurscenter for menn (REFOM).

5. RETTSTVISTER OG STRAFFESAKER

Arbeidsrettssakene – individuelle saker:

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

Sykehuset ble stevnet av 12 ansatte som mente å ha rett til 6 virkedager ekstra ferie fra det året de fyller 60 år. Saken gjaldt spørsmål om en gruppe arbeidstakere som har en individuell avtale om seks uker ferie, også har krav på 6 ekstra virkedager ferie i henhold til ferieloven fra det året de fyller 60. Ordningen var opprinnelig en utvidet ferie begrunnet i vernehensyn for denne gruppen som arbeider med ioniserende stråling. Ordningen er avvirket. Sykehuset ble av Oslo tingrett frifunnet. Retten kom til at saksøkerne ikke har krav på mer enn 6 uker ferie etter fylte 60 år, mao ingen 7 ekstrauke. De ansatte har anket saken til lagmannsretten og saken er berammet til 28. – 30. april 2015.

Formatert: Tabulatorstopp: 1,75 cm, Left

Formatert: Skrift: Fet, Ingen understreking

Formatert: Innrykk: Venstre: 1 cm

Formatert: Innrykk: Venstre: 1 cm

Formatert: Understreking

Formatert: Innrykk: Venstre: 1 cm

Lønnskrav – etterbetaling

En ansatt har tatt ut forliksklage mot sykehuset. Saken gjelder påstand om urettmessig lønnstrekk og knytter seg til konvertering av lønnsmodell som OUS gjennomførte i 2011, i avtale mellom OUS og Den Norske legeforening. Saken ble behandlet i Forliksrådet 20. november og Forliksrådet kom til at det ikke var tilstrekkelig grunnlag til å avgjøre saken. Saken ble innstilt.

Formatert: Understreking

Formatert: Innrykk: Venstre: 1 cm

Formatert: Innrykk: Venstre: 1 cm

Erstatningskrav i kontraktsforhold

▲ Oslo universitetssykehus har mottatt stevning fra NP Bygg AS.

Tvisten gjelder et

beløp knyttet til sluttoppgjør i entrepris – rehabilitering og ombygging av et bygg på Ullevål område. Bakgrunnen for kravet er merkostnader knyttet til endringsmeldinger, påstander om forseringskostnader og påstander om økt rigg- og driftskostnader. Partene har gjennom rettsmekling kommet til enighet i saken.

Formatert: Skrift: Fet, Ingen understreking

Formatert: Innrykk: Venstre: 1 cm

Formatert: Skrift: Ikke Fet

Formatert: Innrykk: Venstre: 1 cm

Formatert: Innrykk: Venstre: 1 cm

Formatert: Understreking

Formatert: Innrykk: Venstre: 1 cm, Første linje: 0 cm

Straffbare forhold

▲ Rekruttering av spesialsykepleiere til arbeid

Sykehuset har vært tiltalt for brudd på utlendningsloven (§ 108, tredje ledd bokstav b, jfr. straffeloven § 48 a) for medvirkning til utilbørlig utnyttelse av tre sykepleiere.

Dom ble avsagt 6. desember 2013 med frifinnelse. Etter anke fra påtalemyndigheten går saken på nytt for Borgarting lagmannsrett fra 20. januar 2015.

Formatert: Innrykk: Venstre: 1 cm

Formatert: Ingen understreking

Formatert: Innrykk: Venstre: 1 cm

Formatert: Innrykk: Venstre: 1 cm, Ingen punktmerking eller nummerering

Formatert: Understreking

Formatert: Innrykk: Venstre: 1 cm

◆ Storbylegevakt

Oslo kommune har nylig revitalisert utredningen av Storbylegevakt. Kommunen er i utgangspunktet bundet opp av bystyrets vedtak om å legge Storbylegevakten ved et akuttmottak. Imidlertid vil utredningen som kommunen nå gjennomfører se på andre alternativer for lokalisering. Som tidligere planlegger kommunen å bygge, eie og drive nybygget mens Oslo universitetssykehus kan leie. Dersom sykehuset vil videreføre

Formatert: Punktmerking og nummerering

leieforholdet også i et nybygg, må dette bli i et langsiktig perspektiv på grunn av de store investeringene som gjøres.

I tillegg til at prosjektet skal utrede lokalisering, skal det også se på virksomhetsmessig innhold. Sykehuset ønsker videreføring av det konseptet som finnes i Storgaten 40 per i dag og legger opp til at en Storbylegevakt skal inneholde psykiatrisk legevakt, skadelegevakt, ortopedisk virksomhet og radiologiske støttefunksjoner.

Prosjektet vil i høst kartlegge løsningsmodeller og alternativer med tilhørende behandling i Byrådet før nyttår. Våren 2015 velges løsning som behandles i Byrådet i juni 2015.

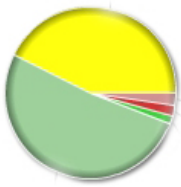
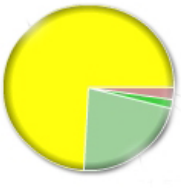
-

Oslo universitetssykehus er representert i prosjektets styringsgruppe ved administrerende direktør. En spesialrådgiver i sentral stab er utpekt som Oslo universitetssykehus sin prosjektkoordinator inn mot Oslo kommune. I tillegg er det oppnevnt en faglig rådgivningsgruppe hvor Oslo universitetssykehus har fire representanter, en representant fra klinikk for psykisk helse og avhengighet, en representant fra klinikk for diagnostikk og intervensjon og to representanter fra klinikk for kirurgi og nevrofag.

Styret vil bli holdt orientert om arbeidet.

6.- MEDIEOMTALE 1. SEPTEMBER – 4. DESEMBER 2014

Antall saker i mediene har økt fra 1470 i september, til 1738 i november, totalt 6019 for hele perioden. Desember ligger så langt an til å få noe flere mediasaker som tilsvarende måned i fjor. Medieomtalen er i det alt vesentlige vektet nøytralt, noe som har holdt seg stabilt siden forrige periode. Rødt viser andel svært negative/svakt negative saker, grønt viser andel svært positive/svakt positive saker, mens gult viser andel saker som er vektet nøytralt.

| <u>Periode</u> | <u>Antall saker</u> | <u>Vekting</u> | <u>Vekting prosent</u> | <u>Kommentar</u> |
|----------------------------|---------------------|---|---|--|
| <u>1.-4. desember 2014</u> | <u>241</u> |  | <u>Positiv: 53</u> <u>Nøytral: 43</u> <u>Negativ: 4</u> | <u>Perioden har så langt vært preget av ekspertuttalelser og tilstanden til bygningsmassen på Radiumhospitalet</u> |
| <u>November 2014</u> | <u>1738</u> |  | <u>Positiv: 23</u> <u>Nøytral: 74</u> <u>Negativ: 3</u> | <u>Perioden har vært preget av en del omtale Idéfase OUS og skadde pasienter brakt til sykehuset.</u> |

Formatert: Innrykk: Venstre: 1 cm

Formatert: Innrykk: Venstre: 1 cm,
Tabulatorstopp: 1,75 cm, Left

Formatert: Skrift: (Standard) Times
New Roman, 12 pkt

Formatert tabell

| | | | | |
|-----------------------|-------------|--|---|--|
| <u>Oktober 2014</u> | <u>2570</u> | | <u>Positiv: 37</u> <u>Nøytral: 61</u> <u>Negativ: 2</u> | <u>Den store økningen i positive saker er på grunn av mye positiv omtale rundt behandling av ebolapasient.</u> |
| <u>September 2014</u> | <u>1470</u> | | <u>Positiv: 25</u> <u>Nøytral: 69</u> <u>Negativ: 6</u> | <u>Perioden ble preget av flere historier om kreftpasienter og ekspertuttalelser om soppforgiftning.</u> |

Mediebildet har i perioden vært preget av omtale av ebola, Idéfase OUS, ekspertuttalelser og skadde pasienter brakt til sykehuset

Idéfase OUS

1.november gikk høringsfristen ut for rapporten om Idéfase OUS. I tiden etter fulgte en rekke medieoppslag med fokus på hva andre aktører mente om planene for fremtidens sykehus. Det var særlig Dagens Medisin og NRK Østlandssendingen som ledet an i dekningen. Spesielt fra sistnevnte har det vært fokusert mye på de negative høringsinnspillene, og vinklinger som "Blir for stort" og "Vil ikke ha kjempesykehus" har vært gjennomgående. Mange aktører med negativ innstilling til prosjektet har fått komme til orde. Det har også sykehuset i de fleste sakene, uten at det har klart å veie opp for det negative inntrykket. I tillegg har det i etterkant av høringsrunden også kommet et par fine saker som viser frem planene på en god måte.

Formatert: Skrift: Ikke Fet, Understreking

Da det ble kjent at prosjektleder Nils Hjorthol skulle slutte i prosjektet, ble det forsøkt å gjøre en større saker av dette inkludert på sosiale medier. Men saken ble raskt avdramatisert da det ble gjort klart at hans kontrakt gikk ut.

Formatert: Skriftfarge: Rød

Etter styringsgruppemøtet 1. desember fikk OUS et oppslag som henviser til justeringer i alternativene som har vært diskutert tidligere, og dette gir inntrykk av viser at kvalitetssikringen av idefaserapporten og høringsrunden har fått vil få innvirkning på det videre arbeidet med saken.

Det samlede etterlatte inntrykk av disse sakene er ikke entydig, da det er mange meninger i sprikende retninger som har kommet til.

Ekspertuttalelser

Som alltid bidrar sykehusets fagpersoner til god medieomtale i kraft av sin ekspertise. Denne gangen handler det om alt fra enterovirus til 3D-print av barnehjerter og nyretransplantasjon.

Formatert: Skrift: Ikke Fet, Understreking

Skadde pasienter brakt til sykehuset

Formatert: Skrift: Ikke Fet, Understreking

Noe som bringer mye medieklipp og som tar mye av medievaktens tid er skadde pasienter brakt til sykehuset. Disse klippene vektes nesten utelukkende nøytralt da sykehuset bare er nevnt og ikke spiller noen sentral rolle i saken.

Ebola

Da det 6.oktober ble kjent at det skulle komme en norsk, ebolasmittet pasient til sykehuset snudde fokus litt. Medieinteressen eksploderte og journalistene spurte om sykdommen, sykehusets beredskap, behandling og pasienten med alle mulige vinklinger. Fagfolkene våre var en periode utilgjengelige da de drev med behandling av pasienten, men de fikk svært mye oppmerksomhet da de stilte på i alt fem pressekonferanser i løpet av perioden pasienten var på sykehuset.

Medias omtale dreide etter hvert til teamet rundt pasienten, hvordan hun ble behandlet, hvilken behandling hun skulle få og mye spekulasjon rundt medisiner. Våre fagfolk, spesielt Dag Kvale og Espen Nakstad i denne fasen, fremsto som trygge og gode fagfolk, som bidro til å forklare godt og dempe frykten for smitte. Omtalen som kom ut av dette var nesten utelukkende positiv, og fraser som "super-teamet som behandler ebola-pasienten" var en gjenganger.

20. oktober ble pasienten skrevet ut og det meste handlet naturlig nok om henne, men sykehuset fikk også mye positivt, da hun nevnte hvor takknemlig hun var for behandlingen av et "fantastisk team".

I etterkant av utskrivelsen har flere fagfolk fra oss stilt opp i alle de intervjuene som var ønsket underveis, men som det ikke var tid til. Igjen fremstår Arne Brantsæter, Morten Rostrup og flere som har vært involvert i behandlingen som gode fagpersoner. Når alt nå er over virker det etterlatte inntrykket å være at sykehuset hadde full kontroll på situasjonen. Det er ingen negative saker knyttet til dette temaet.

57. REFERATER

~~Protokoll fra Foretaks møte i Oslo universitetssykehus HF 07.11.14 (vedlegg)~~

~~Protokoll fra Brukerutvalgets møte 27.10.2014 (vedlegg)~~

~~Foreløpig Protokoll fra styremøte i Helse Sør Øst RHF 20.11.14 (vedlegg)~~

~~Foreløpig protokoll fra ekstraordinært styremøte i Helse Sør Øst RHF 27.11.14 (vedlegg)~~

~~=~~

~~Brukerutvalgets møte 22.09.2014 (vedlegg)~~

Formatert: Skrift: Ikke Fet, Understreking

Formatert: Understreking

Formatert: Innrykk: Venstre: 1 cm

Formatert: Innrykk: Venstre: 1 cm, Ingen punktmerking eller nummerering

Formatert: Punktmerking og nummerering

Formatert: Innrykk: Venstre: 1 cm

PROTOKOLL
FRA
FORETAKSMØTE I OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF

Fredag 7. november 2014 klokken 13:00 ble det avholdt foretaksmøte i Oslo universitetssykehus HF som telefonmøte.

Dagsorden:

1. Foretaksmøtet konstitueres
2. Dagsorden
3. Omsetning av egenkapitalbevis i Pensjonskassen for helseforetakene i hovedstadsområdet (PKH)

Til stede var:

Helse Sør-Øst RHF, 100 % eier av foretaket, representert ved administrerende direktør Peder Olsen etter fullmakt fra styreleder Per Anders Oksum. Han ledet også møtet.

I tillegg møtte fra administrasjonen i Helse Sør-Øst RHF:

Konserndirektør Atle Brynstad

Direktør styre- og eieroppfølging Tore Robertsen, som også førte protokollen

Fra styret i Oslo universitetssykehus HF møtte:

Styreleder Stener Kvinnsland

Styremedlem Bjørn Wølsted-Knudsen

I tillegg møtte fra administrasjonen i Oslo universitetssykehus HF:

Administrerende direktør Bjørn Erikstein

Foretakets revisor var varslet i samsvar med helseforetaksloven.

Riksrevisjonen var varslet i samsvar med riksrevisjonsloven.

S. Kv

Sign:  SK

Sak 1: Foretaksmøtet konstitueres

Administrerende direktør Peder Olsen ønsket, som øverste eiermyndighet og møteleder, velkommen. Han spurte om det var merknader til innkallingen. Det var ingen merknader til innkallingen.

Styreleder Stener Kvinnsland ble valgt til å underskrive protokollen sammen med møteleder.

Foretaksmøtet vedtok:

Innkallingen godkjennes. Foretaksmøtet er lovlig satt.

Sak 2: Dagsorden

Administrerende direktør Peder Olsen spurte om noen hadde merknader til den utsendte dagsorden. Det var ingen merknader til dagsorden.

Foretaksmøtet vedtok:

Dagsorden godkjennes.

Sak 3: Omsetning av egenkapitalbevis i Pensjonskassen for helseforetakene i hovedstadsområdet (PKH)

Styret i Helse Sør-Øst RHF har i møte 23. oktober 2014, sak 067-2014 *Omsetning av egenkapitalbevis i PKH*, stadfestet prinsippet som ble lagt til grunn i konsesjonssøknaden for etablering av Pensjonskassen for helseforetakene i hovedstadsområdet (PKH) om at hvert av helseforetakene skal stille like mye egenkapital bak hvert av pensjonskassens medlemmer uavhengig av hvilken ordning medlemmet inngår i.

Foretaksmøtet vedtok:

Foretaksmøtet forutsetter at helseforetakene som hører inn under Pensjonskassen for helseforetakene i hovedstadsområdet (PKH) formaliserer avtaler om omsetning av egenkapitalbevis som lagt til grunn i konsesjonssøknad for PKH. Dette innebærer at helseforetakene med virkning fra 1. januar 2014 stiller like mye egenkapital bak hvert medlem i innretningens to pensjonsordninger.

Møtet ble hevet klokken 13:10.

Oslo, 7. november 2014.



administrerende direktør
Peder Olsen



styreleder Stener Kvinnsland

PROTOKOLL

Møtetema: Brukerutvalgsmøte 27. oktober 2014

Til: Tove Nakken, Heine Århus, Kim Fangen, Ghazala Naseem, Kolbjørn Forfang, Grete Müller, John Bjørnøy, Helga Skåden, Twinkle Dawes, Lilli-Ann Stensdal, Veslemøy Ruud, Tommy Sjøfjell, Ane Ringstad Næss

Kopi: Eva Bjørnsborg, Tove Strand, Anne Margrethe Svanes

Dato dok: 29.10.2014

Dato møte: 27.10.2014

Referent: Ingrid Birgitte Møller Ekne

Tilstede: Tove Nakken, Heine Århus, Kim Fangen, Ghazala Naseem, Kolbjørn Forfang, Grete Müller, John Bjørnøy, Ane Ringstad Næss, Twinkle Dawes, Lilli-Ann Stensdal, Veslemøy Ruud, Tommy Sjøfjell
Fra Ledelsen: Eva Bjørnsborg, Tove Strand

Forfall: Helga Skåden

Saksliste (følgende saker ble drøftet/orientert om):

| Sak nr | |
|---------------|--|
| Sak 038-14 | <p>Godkjenning av innkalling Orientering om endring i møteplan. Saker til eventuelt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Høring - Forslag til forskrift om tilgang til helseopplysninger mellom virksomheter • Høring - Pasienter, brukeres og pårørendes rett til informasjon ved alvorlige hendelser • Publisering av høringsuttalelser på internett • Novembermøte <p>Vedtak Innkalling ble godkjent</p> |
| Sak 039-14 | <p>Administrerende direktør sin time Administrerende direktør hadde ikke anledning til å komme. Tove Strand, (viseadministrerende direktør), besvarte spørsmål fra brukerutvalget. Spørsmål innsendt til dette møtet besvares i møte 15. desember. Ledelsen ved Oslo sykehuservice, inviteres for å belyse temaene.</p> |
| Sak 040-14 | <p>Styresaker Det fremkom en uttalelse til styremøte: "Brukerutvalget mener det er viktig å få på plass et lavterskeltilbud til pasienter, for å sikre forståelse av informasjon i forhold til innleggelse og bruk av tjenester fra sykehuset, i kombinasjon med tolketjenester". Leder og nestleder representerer utvalget i styremøtet 30.10.2014.</p> |
| Sak 035-14 | <p>Forberedelse til fellesmøte med styret 30. oktober Gjennomgang av innlegg som skal holdes på fellesmøte med styret. Brukerutvalget valgte å fokusere på blant annet; brukermedvirkning, minoritetsperspektiv, og ungdomshelse.</p> |
| Sak 024-14 | <p>Høringssvar fra brukerutvalget til Idéfaserapporten Opphenting av sak fra sist utvalgsmøte. Gjennomgang av siste utkast til høringssvaret vedrørende OUS Idéfase - Campus Oslo rapporten. Denne har vært på høringsrunde hos utvalget. Ungdomsrådet ved OUS har sluttet seg til brukerutvalgets høringsuttalelse.</p> |

| | |
|------------|---|
| | <p>Vedtak Høringssvaret godkjent med én endring. Koordinator sender brevet innen 1. november</p> |
| Sak 041-14 | <p>Pasient- og pakkeforløp v/ Kjell Magne Tveit og Karin Borgen Saken ble utsatt til møtet 15. desember pga sykdom.</p> |
| Sak 042-14 | <p>Kontaktpersonordning regionalt brukerutvalg v/ Erna Hogrenning Hogrenning holdt en presentasjon for utvalget med fokus på brukermedvirkning. Brukerutvalget og Hogrenning ønsker å opprettholde og videreutvikle kontakten for å samarbeide tettere om viktige saker.</p> <p>Vedtak Brukerutvalget tok saken til orientering</p> |
| Sak 043-14 | <p>Etablering av protonterapi senter ved OUS v/ prosjektleder Einar Waldeland Waldeland orienterte utvalget generelt om idéfase prosjektet for å etablere protonterapi senter i OUS. Prosjektet skal snarlig levere en rapport som skal inngå i leveranse til Helse- og omsorgsdepartementet.</p> <p>Vedtak Brukerutvalget tok saken til orientering</p> |
| Sak 044-14 | <p>Råd, utvalg, prosjekter og konferanser Medlemmene orienterte hverandre fra råd og utvalg. Påminnelse om å forhøre seg i respektive brukerråd vedrørende tema for pasient- og pårørendeopplæring. Dette vil være tema på seminar for brukerutvalget i Strømstad i november.</p> <p>Vedtak Brukerutvalget tok sakene til orientering</p> |
| Sak 045-14 | <p>Eventuelt</p> <ul style="list-style-type: none"> • "Forslag til forskrift om tilgang til helseopplysninger mellom virksomheter", sendes på høring til brukerutvalget. Frist for innspill mandag 3. november. • Veileder om "Pasienter, brukeres og pårørendes rett til informasjon ved alvorlige hendelser" ble delt ut til brukerutvalget til høring. Frist for å komme med innspill tirsdag 4. november. • Brukerutvalget ble orientert om forslag fra Stab samhandling og internasjonalt samarbeid vedrørende publisering av høringsuttalelser på sykehusets internettside. Utvalget støttet forslaget om å publisere utvalgets egne høringsuttalelser på sin hjemmeside, via koordinator. • Brukerutvalget besluttet å bruke møte i november som internt arbeidsmøte, og ser det da ikke som nødvendig med representasjon fra ledelsen på dette møte. Møtet i november legges til Strømstad, sammen med seminar om læringstilbud for pasienter og pårørende, som ledd i arbeid med handlingsplan for brukermedvirkning. |

Møteprotokoll

| | |
|-------------------|-----------------------------|
| Styre: | Helse Sør-Øst RHF |
| Møtested: | Helse Sør-Øst RHF, Hamar |
| Dato: | Styremøte 20. november 2014 |
| Tidspunkt: | KI 0915-1545 |

Følgende medlemmer møtte:

| | | |
|------------------------|------------|----------------------------|
| Per Anders Oksum | Styreleder | |
| Sigrun E. Vågeng | Nestleder | |
| Eyolf Bakke | forfall | |
| Kirsten Brubakk | | |
| Anne Cathrine Frøstrup | forfall | |
| Terje Bjørn Keyn | | |
| Irene Kronkvist | forfall | Varamedlem: Karin Solfeldt |
| Bernadette Kumar | | |
| Peer Jacob Svenkerud | | |
| Truls Velgaard | | |
| Svein Øverland | | |

Fra brukerutvalget møtte:

| |
|---------------------|
| Øistein Myhre Winje |
| Torkel Backe |

Følgende fra administrasjonen deltok:

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

Konstituering:

Innkalling og sakliste ble godkjent.

Saker som ble behandlet:

| | |
|-----------------|--|
| 073-2014 | GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA STYREMØTE 23. OKTOBER 2014 |
|-----------------|--|

Styrets enstemmige**V E D T A K**

Protokoll fra styremøtet 23. oktober 2014 godkjennes.

| | |
|-----------------|--|
| 074-2014 | AKTIVITETS- OG ØKONOMIRAPPORT PER OKTOBER |
|-----------------|--|

Assisterende fagdirektør Folke Sundelin presenterte det arbeidet som er satt i gang i regi av Helse Sør-Øst RHF for å forbedre resultatene i forhold til ventetid og fristbrudd.

Styrets enstemmige**V E D T A K**

Styret tar aktivitets- og økonomirapport per oktober 2014 til etterretning.

| | |
|-----------------|---|
| 075-2014 | BUDSJETT 2015 – FORDELING AV MIDLER TIL DRIFT OG INVESTERING |
|-----------------|---|

Styrets enstemmige**V E D T A K**

1. Styret slutter seg til forslag til budsjett for 2015 med de premisser, mål og prioriteringer som fremkommer i administrerende direktørs saksfremstilling.
2. Midler til økt aktivitet fordeles som forutsatt i økonomisk langtidsplan 2015-2018, herunder fordeles 65 millioner kroner via inntektsmodellen for forskning.

3. Faste inntekter fordeles som følger, tall i millioner kroner:

| 2015 | Sum faste inntekter |
|-------------------------|---------------------|
| Akershus SO | 5 442 |
| Innlandet SO | 5 630 |
| Oslo SO | 15 024 |
| Sørlandet SO | 4 161 |
| Telemark og Vestfold SO | 5 438 |
| Vestre Viken SO | 5 322 |
| Østfold SO | 3 709 |
| Private ideelle sykehus | 222 |
| Helse Sør-Øst RHF | 8 030 |
| I alt | 52 977 |

Midler til forskning fra tilskuddet over statsbudsjettet og strategiske forskningsmidler vil bli fordelt ved behandling i styret i desember.

Helseforetakenes og sykehusenes inntektsrammer for 2015, herunder forskningsmidler, vilkår for bevilgningen, øvrige krav og rammebetingelser vil bli endelig fastsatt i oppdrag og bestilling for 2015.

Det tas et generelt forbehold om eventuelle endringer som følge av Stortingets budsjettvedtak.

4. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å:

- Fordele inntektsrammer
 - mellom de private ideelle sykehusene Betanien Hospital, Martina Hansens Hospital AS og Revmatismesykehuset AS
 - internt i Telemark og Vestfold sykehusområde mellom Sykehuset i Vestfold HF og Sykehuset Telemark HF
 - internt i Oslo sykehusområde mellom Oslo universitetssykehus HF, Sunnaas sykehus HF, Diakonhjemmet Sykehus AS og Lovisenberg Diakonale Sykehus AS
- Foreta eventuelle budsjettkorrigeringer gjennom året, blant annet som følge av nye bevilgninger eller føringer fra eier, styrevedtak i Helse Sør-Øst RHF, tekniske justeringer som følge av feilbudsjetteringer med videre
- Inngå avtaler om kjøp av helsetjenester fra private tilbydere i tråd med gjeldende prioriteringer og føringer
- Oppta investeringslån fra Helse- og omsorgsdepartementet knyttet til
 - Nytt østfoldsykehus, inntil 114 millioner kroner
 - Tønsbergprosjektet, inntil 70 millioner kroner

5. Følgende allerede iverksatte byggeprosjekter videreføres i 2015:

- Nytt østfoldsykehus tildeles finansiering med 964 millioner kroner, jamfør sak 063-2014. Av årets tildeling utgjør ekstern lånefinansiering 114 millioner kroner
- Oslo universitetssykehus HF viderefører omstillingsinvesteringer (samlokalisering fase I) med 225 millioner kroner innenfor rammene av sak 075-2010

- Ny sykehusfløy ved Sunnaas sykehus HF slutføres med 97 millioner kroner, jamfør sak 053-2013
 - Oppstart av forprosjekt for Tønsbergprosjektet ved Sykehuset i Vestfold HF tildeles 70 millioner kroner. Dette er i sin helhet ekstern lånefinansiering
6. Det tildeles ekstraordinær finansiering til Oslo universitetssykehus HF for vedlikeholdsinvesteringer (pålegg mv) og medisinskteknisk utstyr på til sammen 200 millioner kroner.
 7. Satsningen på Digital fornying videreføres ved at det som en planleggingsforutsetning reserveres inntil 1 200 millioner kroner til investering, og inntil 174 millioner kroner til driftskostnader.
 8. Det reserveres en regional resultat- og likviditetsbuffer på 220 millioner kroner. I tillegg reserveres en sentral risikopott for eventuelle økte investeringsbehov på inntil 240 millioner kroner.
 9. Styret ber administrerende direktør ta opp med eier behovet for ytterligere forbedringer i finansieringsregimet for investeringer.

| | |
|-----------------|---|
| 076-2014 | ÅRLIG MELDING 2014 – INNSPILL TIL STATSBUJSJETT FOR 2016 |
|-----------------|---|

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Styret slutter seg til den foreliggende vurdering av aktivitetsforutsetninger for somatiske tjenester, psykisk helsevern og tverrfaglige spesialiserte tjenester til rusmiddelmissbrukere, som innspill til statsbudsjett for 2016.
2. Styret ber videre om at følgende forhold vurderes nærmere:
 - Gode digitale løsninger er viktig for å sikre god behandlingskvalitet, pasientsikkerhet og samhandling. Det er behov for et IKT-løft innen hele helsesektoren, herunder et særskilt finansieringsopplegg.
 - Spesialisthelsetjenesten har fått ansvar for stadig flere dyre legemidler. Etterspørsel og anvendelse på nye områder gir økte kostnader som må reflekteres i årlig bevilgning.
 - Foreslåtte endringer i legers spesialitetsstruktur og organisering av akuttmottak vil gi økte kostnader.
 - Det er sentralt at samlet finansiering av spesialisthelsetjenesten gir forutsigbarhet og stabile rammer for planlegging, drift og utvikling av tjenesten.
 - Det bes om at de områdene hvor helseforetakene finansierer tredjepart, kartlegges og gjennomgås for å sikre samsvar mellom faglig og økonomisk ansvar.

- Det bes om at konsekvenser av at ISF-satsen ikke lenger dekker angitt prosentandel av beregnede kostnader håndteres i den nasjonale tildelingen av midler.
3. Styret ber om at saken oversendes Helse- og omsorgsdepartementet.

| | |
|-----------------|--|
| 077-2014 | ETABLERING AV SYKEHUSPARTNER SOM HELSEFORETAK |
|-----------------|--|

Styrets

V E D T A K

1. Sykehuspartner HF etableres med virkning fra 1. januar 2015.
2. Administrerende direktør iverksetter nødvendige forberedelser med sikte på etableringen.
3. Styrets valgkomité anmodes om å foreslå styresammensetning for Sykehuspartner HF.
4. Stiftelsesmøte gjennomføres i forbindelse med styremøte 18. desember 2014.

Votering:

Styremedlem Svein Øverland fremmet på vegne av de ansattevalgte styremedlemmene følgende forslag til nytt vedtakspunkt:
De konserntillitsvalgte bør tilbys plass i styret for SPHF som observatører med tale og forslagsrett
 Forslaget falt mot fem stemmer

| | |
|-----------------|--|
| 078-2014 | NASJONAL INNKJØPSORGANISASJON – UTREDNING AV EN FELLES INNKJØPSFUNKSJON |
|-----------------|--|

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar rapporten «Utredning av utvidet nasjonal innkjøpsfunksjon» til etterretning.

079-2014

ANTALL STYREMEDLEMMER I HELSEFORETAK I HELSE SØR-ØST

Styrets

V E D T A K

1. Styret tar til etterretning Helse- og omsorgsdepartementets vurdering av beregningsmåte for antall ansattevalgte styremedlemmer slik det fremgår av brev til Helse Nord RHF, datert april 2014.
2. Styret vil med utgangspunkt i vedtak i foretaksmøte for Helse Sør-Øst RHF 7. januar 2014 om at det samlede antall styremedlemmer i helseforetak bør reduseres og Helse- og omsorgsdepartementets beregningsmåte, gå inn for at styrer i helseforetakene i Helse Sør-Øst i fremtiden skal ha åtte medlemmer, hvorav inntil fem oppnevnes av helseforetakets foretaksmøte.
3. Valgkomiteén gis fullmakt til å forberede reduksjonen i antall styremedlemmer med sikte på at den skal bekreftes i foretaksmøter før den gjøres gjeldende fra 16. mars 2015.

Votering:

Forslag fra styremedlem Terje Keyn på vegne av de ansattevalgte styremedlemmene:

Saken utsettes.

Forslaget falt mot 5 stemmer.

Det ble deretter fremmet følgende forslag fra de ansattevalgte styremedlemmene:

HF-styrene sammensettes med 10 styremedlemmer, 6 eieroppnevnte og 4 ansattevalgte.

Forslaget falt mot 5 stemmer.

080-2014

ADMINISTRERENDE DIREKTØRS ARBEIDSAVTALE - LØNNSREGULERING PER 1. JANUAR 2014

Saken ble behandlet i lukket møte, jf offl § 23, første ledd.

081-2014

PROSESS FOR ANSETTELSE AV NY ADMINISTRERENDE DIREKTØR I HELSE SØR-ØST RHF

Saken ble behandlet i lukket møte, jf offl § 23, første ledd.

082-2014**ORIENTERINGSSAK: OM ARBEID MED Å ETABLERE ET
PROTONSENTER I HELSE SØR-ØST****Styrets enstemmige****V E D T A K**

Styret tar den regionale idéfaserapporten for etablering av protonsen-
terapi i Helse Sør-Øst til orientering.

083-2014**ORIENTERINGSSAK: MILJØLEDELSE I
SPESIALISTHELSETJENESTEN. STATUSRAPPORT 2011-2014
FRA DET NASJONALE MILJØ- OG KLIMAPROSJEKTET****Styrets enstemmige****V E D T A K**

Styret tar saken om arbeidet i samarbeidsprosjektet til orientering og slutter seg til
anbefalingene som er gitt i statusrapporten for det videre arbeidet med miljø- og
klimautfordringene i sektoren.

084-2014**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 fram til
november 2014 til orientering.

085-2014**ORIENTERINGSSAK: ÅRSPLAN STYRESAKER 2014 og 2015****Styrets enstemmige****V E D T A K**

Årsplan styresaker tas til orientering.

ANDRE ORIENTERINGER

1. Styreleder orienterer
2. Driftsorienteringer fra administrerende direktør
3. Protokoll fra møte i revisjonsutvalget
4. Referat fra møte i brukerutvalget 13. og 14. oktober 2014. Representantene fra Brukerutvalget henviste til referatets sak129-2014 om presentasjon av uheldige hendelser på nett.
5. Møteprotokoll datert 19.11.2014 fra drøftinger mellom Helse Sør-Øst RHF og de konserntillitsvalgte (delt ut i møtet)

Temasaker

- Styring av eiendomsområdet i Helse Sør-Øst i lys av etableringen av Sykehusbygg HF. Presentasjon ved konserndirektør Atle Brynestad

Møtet hevet kl. 15:45

Hamar, 20. november 2014

Per Anders Oksum
styreleder

Sigrun E. Vågeng
nestleder

Eyolf Bakke

Kirsten Brubakk

Anne Cathrine Frøstrup

Terje Bjørn Keyn

Irene Kronkvist

Bernadette Kumar

Peer Jacob Svenkerud

Truls Velgaard

Svein Øverland

Tore Robertsen
styresekretær

Møteprotokoll

| | |
|-------------------|--|
| Styre: | Helse Sør-Øst RHF |
| Møtested: | Møtesenteret Grev Wedels plass 5, Oslo |
| Dato: | Ekstraordinært styremøte 27. november 2014 |
| Tidspunkt: | Kl 1900 |

Følgende medlemmer møtte:

| | | |
|------------------------|------------|----------------------------|
| Per Anders Oksum | Styreleder | |
| Sigrun E. Vågeng | Nestleder | |
| Eyolf Bakke | forfall | |
| Kirsten Brubakk | | |
| Anne Cathrine Frøstrup | | |
| Terje Bjørn Keyn | forfall | Varamedlem: Karin Solfeldt |
| Irene Kronkvist | | |
| Bernadette Kumar | | |
| Peer Jacob Svenkerud | | |
| Truls Velgaard | | |
| Svein Øverland | | |

Følgende fra administrasjonen deltok:

Direktør styre- og eieroppfølging Tore Robertsen og kommunikasjonsdirektør Gunn Kristin Sande

Konstituering:

Innkalling og sakliste ble godkjent.

Sak som ble behandlet:

| | |
|-----------------|---|
| 086-2014 | ANSETTELSE AV ADMINISTRERENDE DIREKTØR I HELSE SØR-ØST RHF |
|-----------------|---|

Saken ble behandlet i lukket møte, jf offl § 23, første ledd.

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Styret ansetter Cathrine M. Lofthus som administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF f.o.m 1. januar 2015.
2. Styrets leder gis fullmakt til å utforme en endelig og signert arbeidsavtale med Cathrine M. Lofthus basert på de føringer som er gitt av styret i møtet.

Møtet hevet kl. 20:15

Oslo, 27. november 2014

Per Anders Oksum
styreleder

Sigrun E. Vågeng
nestleder

Eyolf Bakke

Kirsten Brubakk

Anne Cathrine Frøstrup

Terje Bjørn Keyn

Irene Kronkvist

Bernadette Kumar

Peer Jacob Svenkerud

Truls Velgaard

Svein Øverland

Tore Robertsen
styresekretær