

Vedlegg 1: Driftsøkonomiske gevinster

Konseptfase Aker og Gaustad



Forord

Driftsøkonomiske gevinster for Aker og Gaustad er på overkant av 1,5 milliard kr

Oslo Universitetssykehus HF skal videreutvikles gjennom å bygge et nytt lokalsykehus på Aker, et komplett regionsykehus inkludert lokalsykehusfunksjoner på Gaustad, og et spesialisert kreftsykehus på Radiumhospitalet. I tillegg skal det etableres en ny regional sikkerhetsavdeling.

Oslo universitetssykehus HF trenger nye sykehusbygg av flere grunner; den svært gamle og dårlige bygningsmassen, behovet for å samle virksomhet for å oppnå bedre kvalitet og effektivitet i pasientbehandlingen, samling av regionale oppgaver for å gi trygghet for kapasitet og kompetanse samt en forventet befolkningsvekst. Utredningen i idefasen viste at fortsatt drift ved alle dagens lokasjoner (det såkalte nullalternativet) ikke var bærekraftig og det alternativet som kom dårligst ut i de økonomiske beregningene.

I forbindelse med denne rapporten har klinikkene konkretisert forventede driftsgevinster ved å flytte inn i nye bygg og samle funksjoner. Deres arbeid bekrefter at fortsatt drift ved dagens lokasjoner vil medføre en betydelig høyere bemanningsvekst sammenlignet med å samle virksomheten i nye bygg på Aker og Gaustad. Det er i forbindelse med kartlegging av effekter av å ta i bruk nye bygg på Gaustad fremkommet et lavere bemanningsbehov på om lag 600 årsverk i etappe 1, sammenlignet med fortsatt drift ved alle dagens lokasjoner. Ved Aker hvor både sykehuspsykiatri er forutsatt samlet i etappe 1, samt lokalsykehusoppgaver fra tre bydeler og Alna bydel fra Akershus universitetssykehus HF overføres, er det også beskrevet et gevinstpotensial på samme nivå. Den økonomiske effekten av lavere bemanningsvekst i etappe 1, som følge samlokalisert drift i nye bygg er anslått til i overkant av 1 mrd. Det understrekes imidlertid at det er betydelig usikkerhet knyttet til estimater så langt fram i tid. Klinikkenes vurderinger presenteres i sin helhet i vedlegg 1 og 2 til dette notatet. I vedlegg 3 presenteres gevinst vurderinger for nytt somatisk lokalsykehus på Aker.

Gevinstoversikten etter at både etappe 1 og etappe 2 er gjennomført viser et samlet gevinstpotensial på om lag 1,5 mrd. kroner i 2035. De foreliggende beregningene viser at Oslo Universitetssykehus HF betalingsevne for økte renter og avdrag ved å ta bruk nye bygg i samsvar med målbildet er forbedret sammenlignet med økonomiske vurderinger som tidligere er gjennomført, jf. blant annet økonomisk langtidsplan. Hvis prosjektet blir videreført i forprosjekt vil Oslo Universitetssykehus HF på bakgrunn av det arbeidet med driftsgevinster som nå er gjennomført utarbeide en komplett gevinstrealiseringsplan med nullpunktmålinger, og fordeling av internt ansvar i Oslo Universitetssykehus HF for videre oppfølging av gevinstrealisering. Dette dokumentet har bare fokus på økonomiske gevinster som følge av lavere vekst i årsverk enn i aktivitet, men i en forprosjektfase vil det være naturlig også å beskrive helsefaglige gevinster.

Innhold

Forord	1
Sammendrag.....	3
1. Innledning	4
2. Driftsøkonomiske gevinster for psykisk helse og avhengighet	5
2.1 Lokal sikkerhet og regional seksjon psykiatri, utviklingshemming/autisme.....	7
3. Framskrivning av bemanning somatikken.....	7
3.1 Nullalternativet	7
3.2 Fordeling av bemanning i nullalternativet.....	8
4. Forutsetninger for klinikkens vurderinger	11
4.2 Nye bygg kan ha samfunnsøkonomiske effekter som ikke er inkludert	11
4.3 Driftskonseptet ikke avklart på tidspunkt for beregningene	11
4.4 Kriteriene for dimensjonering av byggene	11
4.5 Overføring av aktivitet	12
4.6 Etappe 2.....	12
4.7 Aktivitet i klinikkene	12
4.8 Områder som ikke påvirkes av nye bygg	12
5. Driftsøkonomiske effekter	13
5.1 Gevinster ved samling i nye bygg på Gaustad i etappe 1 og 2	13
5.2 Driftsøkonomiske effekter Aker.....	16
5.2.1 Gevinster ved Aker	16
5.2.2 Framskrivning av bemanningstall og gevinster på nye Aker	16
5.3 Driftsøkonomiske effekter ved Ullevål sykehus mellom etappe 1 og 2.....	17
6. Øvrige økonomiske effekter og finansieringskilder	18
6.1 Forvaltning, vedlikehold og driftskostnader i nye bygg (FDV)	18
6.2 Eksternt finansierte årsverk	19
6.2.1 Eksternt finansierte årsverk Ullevål sykehus.....	19
6.3 Engangskostnader i forbindelse med å ta i bruk nye bygg.....	20
6.4 Bydeler overført fra Akershus Universitetssykehus HF	20
6.5 Prehospital virksomhet	21
6.6 Ekstern innleie og varekostnader for laboratorievirksomheten	23
6.7 Driftsulempet i byggeperiode på Gaustad.....	23
7. Konklusjon med oppsummering av gevinster	24
7.1 Etappe 1 - gevinstoversikt	24
7.1 Etappe 2 – gevinstoversikt.....	24
8. Vedlegg.....	26

Sammendrag

Driftsøkonomiske gevinster gjennom samlokalisert drift i nye kostnadseffektive og godt planlagte sykehusbygg skal muliggjøre at foretaket kan betale økte renter- og avdrag som følge av store investeringer ved realisering av målbildet for Oslo Universitetssykehus HF.

Driftsøkonomiske gevinster ved samling av lands- og regionfunksjoner på Gaustad og Aker fremgår for hver klinikk av vedlegg 1 og 2 til rapporten.

I etappe 1 overføres lokal og områdesykehusoppgaver for tre bydeler fra Ullevål til Gaustad. Driften blir i nye effektive bygg. Prosjektet har ikke kommet så langt at det har vært mulig å detaljplanlegge driften av denne aktiviteten. Klinikken har derfor ikke vurdert økonomiske gevinster tilknyttet denne aktiviteten. Det er gjennomført en økonomisk vurdering av driftsgevinster for denne aktiviteten ved sammenligning mot andre foretak. Dette gjelder også for gevinster knyttet til nytt somatisk lokalsykehus på Aker, jf. eget vedlegg 3.

Samlet viser beregningene som klinikken har gjennomført at samling av virksomheten i nye bygg på Gaustad i 2035 etter at både etappe 1 og 2 er gjennomført vil utløse et behov for bemanningsvekst som er ca. 1000 færre årsverk enn i nullalternativet (videreføring av dagens driftsform).

Driftsøkonomiske gevinster ved etablering av drift for lokalsykehus og områdesykehusoppgaver på Aker er beregnet ved sammenligning med kostnadsnivå for Akershus universitetssykehus HF. Det er lagt til grunn at det nye sykehuset på Aker må kunne driftes like effektivt som dagens virksomhet på Akershus Universitetssykehus HF. I 2035 anslås det dermed at det vil være et potensiale for en reduksjon i fremskrevet kostnadsnivå på om lag 12,5 %, noe som betyr at bemanningen for Aker sykehus i 2035 vil være ca. 400 årsverk lavere enn hvis det forutsettes fortsatt drift av samme virksomhet ved dagens lokasjoner (nullalternativet).

Ved å flytte til 60 % av virksomheten sin til nye sykehusbygg på Aker forventer klinikk psykisk helse og avhengighet en driftsøkonomisk gevinst på 200 MNOK.

I forbindelse med utredningen av økonomiske effekter ved realisering av målbildet er det også vurdert ulempekostnader ved fortsatt drift på Ullevål mellom etappe 1 og 2, samt kostnader som må forventes å påløpe i forbindelse med oppstart av drift i nye sykehusbygg. Restdriften på Ullevål i mellom etappe 1 og 2 er forventet å gi en økt årlig kostnad på ca. 180 mill. kroner. Kostnader for organisasjonsutviklingsprosess, mottaksprosjekt og flytteprosess og oppstartskostnader er beregnet på bakgrunn av erfaringstall fra Akershus Universitetssykehus HF og viser et samlet kostnadsnivå på ca. 500 mill. kroner. I tillegg må det påregnes ulempekostnader ved bygging på Gaustad nært innpå eksisterende drift. Det er her lagt til grunn 100 mill. kroner i ulempekostnader.

Det samlede gevinstpotensialet etter at etappe 1 og 2 er gjennomført er omtrent 1,5 mrd. kroner på årlig basis. Gevinstene ved nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet og nytt bygg for regional sikkerhetsavdeling på Ila er da ikke inkludert.

1. Innledning

Rapporten beskriver samlede driftsøkonomiske gevinster ved å flytte aktivitet innen psykisk helsevern og somatikk til nye sykehusbygg på Aker og Gaustad

Det er utarbeidet retningslinjer i Helse Sør-Øst RHF som beskriver hvordan driftsøkonomiske effekter i tidligfasen skal utarbeides. Oslo universitetssykehus HF har lagt til grunn dette i sitt arbeid med driftsøkonomiske gevinster for konseptfase Aker og Gaustad.

Det er et krav at som en del av gevinstoversikten skal det også utarbeides et notat der helseforetaket oppsummerer fremgangsmåte for estimeringen og gir en vurdering av estimerte effekter. Helseforetaket skal sannsynliggjøre og forklare hvordan estimerte gevinster skal realiseres, herunder redegjøre for viktige forutsetninger, avhengigheter og eventuelle forbehold for at gevinstene skal kunne realiseres.

Driftsøkonomiske gevinster per klinikk med vurdering av estimerte effekter ved samling av lands- og regionfunksjoner på Gaustad¹ er presentert i sin helhet i vedlegg 1 til dette notatet. For psykisk helsevern er vurderingen av estimerte effekter også samlet presentert i vedlegg 2.

I dette notatet gjennomgås metode og forutsetninger som er lagt til grunn for klinikkens arbeid med gevinster som følge av samlokalisert drift i nye sykehusbygg.

Behovet for sykehustjenester vil for alle praktiske formål være en ytre faktor som ikke kan sies å påvirkes av hvilket alternativ som velges. Framskrevet aktivitet er derfor identisk for nullalternativet som går igjennom nærmere i dette notatet og nybyggalternativene ved Aker og Gaustad som analyseres.

Aktivitetsutviklingen som legges til grunn for driftsøkonomiske framskrivinger er gjennomført i samsvar med dimensjoneringsgrunnlaget mottatt fra Sykehusbygg HF 17. september i år. Utgangspunktet er aktivitetsdata for 2017. For den somatiske virksomheten har det vært avgjørende å ha aktivitetsdata fra 2017 da tidligere års aktivitetsdata ikke er tilgjengelige på lokalisasjon. For psykisk helsevern mottok ikke Oslo Universitetssykehus HF data for fremskrevet aktivitet basert på 2017 før medio september og for ikke å forsinke arbeidet har vi derfor valgt å benytte framskrivingen som er basert på 2015 data.

Den endelige fordelingen av aktivitet på de ulike lokalisasjonene er ikke avklart. Denne rapporten baserer seg på en antakelse om en effektiv funksjonsfordeling på tvers av lokalisasjoner innenfor de rammene Sykehusbygg har forutsatt.

Rapporten beskriver hvordan bemanning er fremskrevet for de ulike alternativene og hvilke gevinster som er fremkommet knyttet til samlokalisert drift i nye bygg på Aker og Gaustad.

Rapporten er utarbeidet på oppdrag fra Helse Sør-Øst RHF i perioden mai til september 2018.

¹ Ref. vedlegg 1a

2. Driftsøkonomiske gevinster for psykisk helse og avhengighet

Ved å flytte 60 % av virksomheten i nye sykehusbygg på Aker forventer klinikk psykisk helse og avhengighet en driftsøkonomisk gevinst på 200 MNOK

Klinikk psykisk helse og avhengighet har på oppdrag fra administrerende direktør beregnet driftsøkonomiske gevinster ved samling av sykehuspsykiatrien i nybygg på Aker².

Arbeidsgruppen som har gjennomført utredningen har bestått av 32 deltagere fra klinikken, sentral økonomistab, Sykehusbygg HF og tillitsvalgte i klinikken.

Beregningene er gjort med utgangspunkt i aktivitetsdata og endringsfaktorer i rapporten «En oppdatering av dimensjoneringsgrunnlag for virksomhetsmodell Oslo Universitetssykehus HF etappe 1» (Sykehusbygg HF pr mai 2017), med aktivitetsdata fra 2015. Endelig dimensjoneringsgrunnlag med 2017 data ble som nevnt innledningsvis ikke mottatt i tide.

Enhetene for lokal sikkerhetspsykiatri og regional seksjon for psykiatri og utviklingshemning/autisme (PUA) inngår ikke i arbeidet. Disse virksomhetene vurderes å samlokaliseres i et nytt bygg sammen med Regional sikkerhetsseksjon og KPS.

Framskrivningene gjort av Sykehusbygg HF inneholder ikke aktivitetsdata for bruk av private plasser. Akershus universitetssykehus HF sin bruk av private plasser er betydelig innenfor særlig barne- og ungdomspsykiatrien og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Aktiviteten i dimensjoneringsgrunnlaget antas derfor å være for lav for bydel Alna.

Beregningene er gjort under forutsetning av at driften fortsetter i eksisterende lokaler hvis klinikken ikke flytter til Aker. Arbeidsgruppen for Psykisk helse og avhengighet vil presisere at dette ikke er et realistisk alternativ. Deler av bygningsmassen er så dårlig vedlikeholdt og mangelfullt tilpasset pasientbehandlingen at det ikke vil være mulig å fortsette i eksisterende lokaler framover. Det er heller ikke mulig å øke aktiviteten i disse lokalene slik framskrivningen forutsetter.

Beregningene av kostnadene for alternativene tar utgangspunkt i aktivitet fra nevnte dimensjoneringsgrunnlag avstemt mot klinikkens Baseline 2017: Driftskostnadene fra klinikkens regnskap, årsverk og aktivitet. Beregning av kostnadene for vedlikehold og ytterligere areal for å dekke nødvendig plassbehov, ligger utenfor mandatet.

Beregningene er gjort under forutsetning av tilstrekkelig areal med hensiktsmessig utforming. Dagens kvalitetsstandard er lagt til grunn. Økonomiske driftsgevinster ved innflytting på Aker vil påvirkes av to effekter:

1. Samlokalisering
2. Nye og virksomhetstilpassede lokaler

Gevinster er beregnet for følgende områder:

- Endring i bemanning av døgnenheter og antall vaktlag
 - Turnusbemanning, behandlerressurser og merkantilt personale
- Produksjonsøkning i poliklinikk
- Endringer i bruk av ekstravakter/overtid
- Endringer i organisasjon og ledelse

² Se vedlegg 1c: «Driftsøkonomiske gevinster Klinikk psykisk helse og avhengighet»

	Endring kroner	Endring årsverk
Gruppe 1 Lav pleiefaktor TSB	-6 795 192	-10
Gruppe 2 Medium pleiefaktor VOP+TSB	-35 322 968	-47
Gruppe 3 Høy pleiefaktor VOP	-75 697 775	-97
Gruppe 4 Akutt mottak VOP	-2 705 789	-5
Gruppe 5 BUP	-19 979 896	-25
Poliklinikk VOP+TSB	-16 548 844	-18
Poliklinikk BUP	-	-
Vaktlag	-7 417 304	-9
Organisatoriske endringer	-33 440 887	-27
	-197 908 655	-237

Tabell 1: driftsøkonomiske gevinster ved flytting av PHA til Aker

Drift på Aker, under de gitte forutsetningene, forventes å gi en samlet driftsøkonomisk gevinst på 197,9 millioner kroner i forhold til estimert kostnad for drift i eksisterende bygningsmasse. Inkludert i dette ligger en reduksjon på 237 årsverk. Tabellene under viser framskrevet bemanning for nullalternativet(2035-0) og for samling i nye bygg på Aker(2035-1).

Stillingskategori / faste og variable	2035-0	2035-1	Endring
Faste årsverk			
Administrasjon/Ledelse	121	102	-19
Diagnostisk personell	2	2	0
Drifts/teknisk personell	7	7	0
Forskning	37	37	0
Helsefagarbeider/hjelpepleier	57	48	-9
LIS-leger	102	97	-5
Merkantile stillinger & Helsesekretærer	127	112	-14
Overleger	112	91	-21
Pasientrettede stillinger	400	373	-27
Psykolog	51	52	1
Psykologspesialist	135	130	-5
Spesial sykepleier	317	280	-37
Sykepleier	181	158	-23
Sum faste årsverk	1 647	1 489	-159
			0
Variable årsverk	228	148	-80
			0
Totalsum	1 875	1 637	-238

Hvis vi sammenstiller det totale antall årsverk med aktivitet får vi følgende relasjonstall:

	Baseline 2017	2035-0	2035-1
Justerte opphold	83 939	99 216	99 216
Totale årsverk	1 356	1 875	1 637
Totale årsverk eks BUP poliklinikk	1 340	1 701	1 463
Årsverk per opphold totalt	0,0162	0,0189	0,0165
Årsverk per opphold eks BUP poliklinikk	0,0160	0,0171	0,0147

2.1 Lokal sikkerhet og regional seksjon psykiatri, utviklingshemming/autisme

Flytting av Lokal sikkerhet og Regional seksjon for psykiatri, utviklingshemming/autisme til Aker fremfor Ila vil ha en årlig negativ effekt med 42,7 mill. kr.

I forbindelse med konseptfase Aker har Klinikk psykisk helse og avhengighet fått et tilleggsoppdrag å vurdere driftsøkonomiske gevinster for flytting av Lokal sikkerhet (LS) og Regional seksjon for psykiatri, utviklingshemming/autisme (PUA) til nybygg på Aker, fremfor samlokalisering med Regional sikkerhetsseksjon (RSA) og Regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri (KPS) på Ila.

Klinikk psykisk helse og avhengighet konkluderer med at den samlede økonomiske effekten ved å flytte Lokal sikkerhet og Regional seksjon for psykiatri, utviklingshemming/autisme til Aker fremfor Ila blir summen av 1) den negative effekten for Regional sikkerhetsseksjon og Regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri og 2) den betydelig lavere gevinsten for Lokal sikkerhet og Regional seksjon for psykiatri, utviklingshemming/autisme.

Samlet betyr dette at flytting av Lokal sikkerhet og Regional seksjon for psykiatri, utviklingshemming/autisme til Aker fremfor Ila vil ha en årlig negativ effekt med 42,7 millioner kroner. Kostnadene knyttet til tilleggsoppdraget er todelt:

1. Drift av Regional sikkerhetsseksjon og Regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri blir 21.5 millioner kroner dyrere per år dersom LS og PUA ikke inkluderes i nybygg på Ila.
2. Drift av Lokal sikkerhet og Regional seksjon for psykiatri, utviklingshemming/autisme blir 21.2 millioner kroner dyrere per år dersom de ikke lokaliseres sammen med øvrige sikkerhetsplasser (RSA og KPS).

3 Framskrivning av bemanning - nullalternativet somatikk

Framskrivning av bemanning tar utgangspunkt i brutto månedsverk i 2017 ved de lokasjonene og klinikkene som er berørt av etappe 1, ved at aktivitet planlegges driftet i nye sykehusbygg på Aker eller Gaustad fra 2029. Som eksempel er årsverk på Statens senter for Epilepsi og DNR holdt utenfor grunnlaget.

3.1 Nullalternativet

Nullalternativet er et referansealternativ for å muliggjøre estimering av driftsøkonomiske gevinster

For å kunne sammenligne bemanningsutvikling i nye bygg med dagens drift må den delmengden av årsverk som i dagens drift og lokasjoner skal overføres til nye bygg anslås og isoleres, - et nullalternativ må estimeres. For å etablere nullalternativet er alle episodene i 2017 fordelt per lokasjon og tilhørende klinikk basert på innholdet i dimensjoneringsgrunnlaget til Sykehusbygg HF for etappe 1. Som et estimat på den relative ressursfordelingen i aktiviteten som overføres til de ulike lokasjonene har vi brukt DRG vektene på episode nivå. Den prosentvise fordelingen av klinikkens

aktivitet i ny og gammel fordeling av aktivitet er deretter brukt til å estimere fordelingen av årsverk på ny og gammel lokasjon. De årsverkene som ikke er påvirket av de nye byggene er holdt utenfor. Den delmengden brutto månedsverk i klinikken som er berørt av nye sykehusbygg er i leveransen fra klinikkene gjennomgått og kvalitetssikret så langt som mulig.

Det fremgår av eksemplet under fra Nevroklinikken at bemanningsandelen på Rikshospitalet vil øke fra 56 % i dagens drift til 81 % ved samlokalisert drift på Gaustad. Nye Aker sykehus vil ha en andel på 18 % av klinikkens samlede brutto månedsverk. Det som ligger igjen på Ullevål (1 %) er i hovedsak knyttet forskningsaktiviteten og klinikkstab, som ikke vil flyttes før etappe 2 er gjennomført.

	Estimert andel av gjenværende aktivitet fordelt			Korrigert fordeling av aktivitet nye kriterier fra klinikk			Korrigert fordeling av bemanning basert på fordeling av aktivitet		
	Aker	Gaust	US	Aker	Gaust	US	NYE Aker	NYE Gaust	REST US
NEVROKLINIKKEN	0 %	56 %	44 %	18 %	81 %	1 %	120	525	5
AVD. FYSIKALSK MEDISIN OG REHABILITERING	0 %	0 %	100 %	50 %	50 %	0 %	36	36	0
AVDELING FOR NEVROHABILITERING	0 %	0 %	100 %	0 %	0 %	100 %	0	0	38
FOU, KKN	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %	0	0	7
NEVROKIRURGISK AVDELING	0 %	60 %	40 %	0 %	100 %	0 %	0	290	0
NEVROLOGISK AVDELING	0 %	59 %	41 %	31 %	67 %	1 %	66	142	3
PSYKOSOMATISK AVDELING	0 %	100 %	0 %	0 %	100 %	0 %	0	23	0
SSE AVDELING FOR KOMPLEKS EPILEPSI	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0	0	0
STAB, KKN	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %	0	0	9

Tabell 2: Eksempel på en klinikk sin fordeling av aktiviteten på nye lokasjoner

Driftsøkonomiske gevinster fremkommer som differansen i bemanning mellom nullalternativet hvor det forutsettes fortsatt driftet i bygg ved dagens Ullevål og behov for bemanning hvor det driftes samlokalisert i nye bygg. Grunnlaget for framskrivning av bemanning er brutto årsverk. Brutto viser summen av alle årsverk som gir utbetalt lønn både for månedsverk månedslønnede og månedsverk variabelt lønnede.

Ansatte som jobber utvidet arbeidstid (UTA) eller jobber vakt (variabel lønn) og overtid inngår i brutto årsverks med tiden de jobber ut over 100 % stilling. Dersom en ansatt jobber deltid vil vedkommende inngå i brutto årsverkstallet med den tiden vedkommende faktisk arbeider. For å estimere gevinsten har vi valgt brutto årsverk som et uttrykk for den samlede ressursen. I 2017 var det regnskapsført 240 mill. kr. på artskonto 468 ekstern innleie fra vikarbyrå. Disse årsverkene inngår ikke i estimatet for brutto årsverk. Det er gjennomført en overordnet vurdering av hvordan nye bygg vil kunne påvirke eksterne innleie. Tabellene under viser bemanning for nullalternativet i 2017, 2027, 2032 og 2035.

"Nullalternativet" - dagens bemanning tenkt fordeling til nye lokasjoner							
	Øvrig klinisk personell			Sum pas rettet årsverk	Øvrig driftspersonell	Adm og ledelse	Sum årsverk
	Leger	Sykepleiere					
Aker	406	970	468	1 844	148	321	2 312
Gaustad	1 098	2 840	1 137	5 076	435	947	6 459
US	356	734	515	1 610	160	400	2 169
Totalsum	1 865	4 584	2 136	8 589	889	2 008	10 941

Tabell 3: Dagens bemanning med fordeling til nye lokasjoner basert på kriteriene for fordeling av aktivitet og klinikkens vurdering av ressursbruk ved respektive lokasjoner

Bemanning for nullalternativet er fremskrevet til 2035 basert på framskriving av aktiviteten med utgangspunkt i Sykehusbygg HF sin modell. Ettersom sykehusbygg forventer forskjellig vekst for ulike omsorgsnivå er det estimert fremtidig vekst for klinikkene basert på deres nåværende fordeling av aktiviteten mellom heldøgn, dag og poliklinikk (2017 tall). Dette betyr at klinikkens sammensetning av aktivitet er lagt til grunn sammen med en framskriving av forventet vekst i hvert omsorgsnivå. Aktiviteten er fremskrevet med vekstfaktorene som vist i tabellen under for hvert omsorgsnivå per klinikk. Klinikkene er også bedt om å vurdere denne veksten. Medisinske støtteklinikker (KRN og KLM) foretok egne vurderinger av vekst basert på erfaringstall, da aktivitetsveksten vil være betydelig høyere for disse klinikkene i forhold til de kliniske virksomhetenes aktivitetsvekst.

Dette gir følgende vekstfaktorer, for klinikkene ved nye Gaustad, Aker og restdrift ved Ullevål sykehus:

	Vekst fra 2017-2027			Vekst fra 2017-2032			Vekst fra 2017-2035		
	Aker	Gaustad	US	Aker	Gaustad	US	Aker	Gaustad	US
Døgn	15 %	16 %	9 %	20 %	19 %	10 %	25 %	23 %	10 %
Dag	28 %	31 %	33 %	34 %	36 %	40 %	45 %	44 %	48 %
Pol	30 %	30 %	33 %	36 %	36 %	39 %	44 %	44 %	50 %
MED	19 %	20 %	16 %	24 %	23 %	18 %	30 %	28 %	20 %
HHA	22 %	23 %	21 %	27 %	27 %	24 %	34 %	33 %	28 %
NVR	17 %	17 %	12 %	21 %	21 %	13 %	27 %	25 %	14 %
OPK	21 %	21 %	18 %	26 %	25 %	21 %	32 %	31 %	25 %
BAR	17 %	18 %	13 %	22 %	21 %	14 %	28 %	26 %	16 %
KVI	18 %	19 %	14 %	23 %	22 %	16 %	29 %	27 %	18 %
KIT	17 %	18 %	13 %	22 %	21 %	14 %	28 %	26 %	16 %
KRE	22 %	22 %	20 %	27 %	27 %	23 %	34 %	32 %	28 %
HLK	16 %	17 %	11 %	21 %	20 %	12 %	27 %	24 %	13 %
AKU	21 %	21 %	21 %	32 %	32 %	32 %	37 %	37 %	37 %
KLM	42 %	42 %	42 %	63 %	63 %	63 %	76 %	76 %	76 %
KRN	32 %	32 %	32 %	47 %	47 %	47 %	56 %	56 %	56 %
DST	22 %	23 %	19 %	30 %	29 %	25 %	39 %	37 %	31 %
Total	22 %	23 %	19 %	30 %	29 %	25 %	37 %	35 %	29 %

Tabell 4: Vekstfaktorer for klinikkene basert på sykehusbygg sin aktivitetsframskriving

Nullalternativet forutsetter samme arbeidsproduktivitet i 2035 som i 2017. Det betyr at hvis

vektet aktivitet er anslått å øke med 20 % er det lagt til grunn at også bemanningen øker med 20 %. Forbedret arbeidsproduktivitet knyttet til medisinsk faglig- og teknologisk utvikling mv. antas å være like for både nullalternativet og nybyggalternativet og påvirker dermed i utgangspunktet ikke effekten på arbeidsproduktiviteten av nye bygg som er tema for denne gjennomgangen.

Dette gir følgende framskrivninger av bemanning:

Nullalternativet fremskrevet til 2027 - dagens bemanning m tenkt fordeling til nye lokasjoner							
	Leger	Sykepleiere	Øvrig klinisk personell	Sum pas rettet årsverk	Øvrig driftspersonell	Adm og ledelse	Sum årsverk
Aker	490	1 158	583	2 234	180	390	2 804
Gaustad	1 349	3 394	1 444	6 190	534	1 168	7 892
US	428	851	640	1 924	205	532	2 661
Totalsum	2 267	5 403	2 667	10 348	919	2 090	13 357

Tabell 5: Framskrevet bemanning nullalternativet til 2027

Nullalternativet fremskrevet til 2032 - dagens bemanning m tenkt fordeling til nye lokasjoner							
	Leger	Sykepleiere	Øvrig klinisk personell	Sum pas rettet årsverk	Øvrig driftspersonell	Adm og ledelse	Sum årsverk
Aker	520	1 218	633	2 372	195	417	2 983
Gaustad	1 440	3 545	1 588	6 575	577	1 251	8 403
US	444	869	692	2 012	226	575	2 812
Totalsum	2 405	5 632	2 913	10 959	997	2 242	14 199

Tabell 6: Framskrevet bemanning nullalternativet til 2032

Nullalternativet fremskrevet til 2035 - dagens bemanning m tenkt fordeling til nye lokasjoner							
	Leger	Sykepleiere	Øvrig klinisk personell	Sum pas rettet årsverk	Øvrig driftspersonell	Adm og ledelse	Sum årsverk
Aker	560	1 300	680	2 540	202	445	3 187
Gaustad	1 532	3 726	1 700	6 954	607	1 327	8 887
US	467	903	728	2 103	237	604	2 944
Totalsum	2 559	5 929	3 108	11 597	1 046	2 376	15 018

Tabell 7: Framskrevet bemanning nullalternativet til 2035

Alle klinikkene har fremskrevet bemanning i nullalternativ som driftsøkonomiske effekter er vurdert i forhold til. Klinikkvise framskrivninger av bemanning i nullalternativet for Gaustad fremgår av vedlegg 1. Bemanning fordelt på yrkesgruppe tar utgangspunkt i dagens bemanning og for Gaustad og Ullevål har klinikkene vurdert hvordan kjente endringer kan påvirke fremtidig bemanning.

For Aker foreligger det lite grunnlag for å foreta en vurdering av fordelingen mellom yrkesgruppene framover i tid i nullalternativet. Det har lenge vært en forutsetning at liggetidene reduseres noe som reduserer pasientenes pleiebehov og øker behovet for medisinerings. På den annen side vil overgang til

enmannsrom kunne øke behovet for pleie og oppgaveglidning der sykepleiere utfører oppgaver som leger tidligere har utført, og der annet personell utfører oppgaver som for eksempel blodprøvetaking som sykepleierne tidligere har utført. Som det fremkommer i kapittel 5. senere gjør noen klinikker eksplisitte vurderinger knyttet til bemanningssammensetningen.

4 Forutsetninger for vurderinger av de driftsøkonomiske effektene

De driftsøkonomiske effektene vil i hovedsak bestå av to komponenter: Redusert ressursbehov som følge av geografisk faglig samling og bedret drift som følge av nye moderne bygg

4.1 Nye bygg gir mulighet for bedret drift

Driftseffekter av et prosjekt kan være både positive (f.eks. reduserte bemanningskostnader) og negative (f.eks. økte kostnader til mottaksprosjekt). Driftsgevinster følger av netto positive effekter knyttet til eksempelvis samlokalisering av funksjoner og mer tilrettelagte arealer i nybygg eller i oppgraderte bygg. I tillegg kan samlokalisering/nybygg muliggjøre andre endringer som kan ha en positiv nettoeffekt, f.eks. bruk av ny teknologi. Plassering av de ulike funksjonene i de planlagte byggene på Aker og Gaustad og eventuelle rokader i eksisterende bygg er ikke avklart på dette tidspunkt. Klinikkerne er derfor bedt om å forutsette at lokaliseringen av deres virksomhet vil være kostnadseffektiv, dvs. nærhet mellom poliklinisk drift og dagbehandling, operasjonsvirksomhet og sengepostdrift og nærhet til støttefunksjoner og nært samarbeidende virksomhet.

4.2 Nye bygg kan ha samfunnsøkonomiske effekter som ikke er inkludert

Ut over de driftsøkonomiske effektene er det forventet at et nytt sykehusbygg vil gi flere samfunnsøkonomiske effekter som er vanskelig å tallfeste. Et eksempel er reduksjon i forekomsten av infeksjoner, som må forventes når det bygges enerom og flere isolater. Ved Oslo Universitetssykehus HF i 2017 var prevalensandelen av helsetjenesteassosierte infeksjoner 7,2 %, de 4 dagene det ble foretatt punktmåling. Sykehusinfeksjoner er typisk assosiert med, økt morbiditet, økt letalitet, økt liggetid og øvrige økte kostnader. En typisk samfunnsøkonomisk effekt av infeksjoner er kostnader ved at pasientene er lengre syke og for eksempel borte fra arbeidslivet.

4.3 Driftskonseptet ikke avklart på tidspunkt for beregningene

Fokusgruppene for sengepost, operasjon, poliklinikk og dagbehandling ble forelagt skisser for de nye arealene i uke 38, inndelinger og utforminger av sengeposter ble gjennomgått i workshop 21. september i år og har før dette ikke vært tilgjengelig for klinikkerne. Klinikkerne er bedt om å forutsette at arealene er bedre egnet for å implementere ny teknologi og at aktivitet som hører sammen blir lokalisert ved siden av hverandre.

4.4 Kriteriene for dimensjonering av byggene

Kriteriene for dimensjonering av byggene kan være forskjellig fra den fordelingen av aktivitet som gir effektiv drift. Den endelige fordelingen av aktivitet mellom de nye byggene i etappe 1 er ikke avklart på tidspunktet når beregning av de driftsøkonomiske effektene er foretatt. Sykehusbygg HF har fordelt ulike delmengder til de ulike lokasjonene for å sikre rett dimensjonering og beskrevet dette i

rapporten «En oppdatering av dimensjoneringsgrunnlag for virksomhetsmodell Oslo Universitetssykehus HF etappe 1» datert 17.09.2018. I beregningen av de driftsøkonomiske konsekvensene er det i hovedsak forutsatt at aktiviteten vil fordeles basert på Sykehusbygg HF sin dimensjonering.

På noen områder er det valgt å avvike fra Sykehusbygg HF sine forutsetninger. Som et eksempel har Sykehusbygg HF benyttet opphold i HDG4 13, HDG 14 og HDG 2 for å estimere aktiviteten ved Øyeavdelingen, Kvinneklinikken og Barneklinikken. Kvinneklinikken har også opphold i andre HDG¹ er enn i 13, 14 og 2 som da vil falle utenfor definisjonen av restaktivitet ved Ullevål sykehus. Det er her lagt til grunn at disse fagmiljøene samlet ikke er berørt av etappe 1.

Noen fagmiljø på dagens Ullevål sykehus er små og spesialiserte. De håndterer både lands- og regionsfunksjoner, men også lokalsykehuspasienter fra samtlige bydeler i Oslo. Det vil for flere av disse være uhensiktsmessig å ha et fullverdig tilbud for lokalsykehuspasienter både på Aker og Gaustad i tillegg til en lands- og regionsfunksjon. I de videre beregningene er det forutsatt en hensiktsmessig funksjonsfordeling av aktivitet for mindre fag innenfor rammen av de planlagte byggene. Et eksempel på dette er proteseseksjonen ved ortopedisk avdeling på Ullevål sykehus.

4.5 Overføring av aktivitet

Når aktivitet overføres til Lovisenberg og Diakonhjemmet som følge av at det i dimensjoneringsgrunnlaget til Sykehusbygg HF er forutsatt en økt egendekning vil dette redusere behovet for bemanning ved i klinikkene. OUS vil også tilføres ansvaret for Alna bydel fra Akershus universitetssykehus.

I beregningen av de driftsøkonomiske effektene er det forutsatt nøytrale effekter knyttet til aktiviteten som er overført fra Akershus universitetssykehus HF til nye Aker. Det er også forutsatt nøytrale effekter knyttet til aktiviteten som overføres til Lovisenberg og Diakonhjemmet, slik at dette primært påvirker vekstfaktoren.

4.6 Etappe 2

Hovedfokus for denne gjennomgangen har vært å få frem driftsøkonomiske gevinster knyttet til innholdet i etappe 1. Det er flere gevinster som kommer som følge av realiseringen av etappe 2. Klinikker som har aktivitet og tilhørende bemanning som ikke inngår i etappe 1 er bedt om å inkludere effekten av etappe 2 også i sine vurderinger av gevinster.

4.7 Aktivitet i klinikkene

Klinikkene utfører flere oppgaver som ikke genererer DRG. Det gjelder områder som staber, forskning og nasjonale behandlingstjenester. I klinikkens vurdering av driftsgevinster er det bare internt finansierte årsverk som inngår. Det er foretatt egne analyser av endringer i dekningsbidraget for blant annet den eksternt finansierte aktiviteten. Nasjonale behandlingstjenester inngår i grunnlaget på lik linje som øvrig aktivitet.

4.8 Områder som ikke påvirkes av nye bygg

Det er i utgangspunktet forutsatt at varekostnadene vil være uendret som følge av nye bygg slik at klinikkens innsparinger i all hovedsak vil være knyttet til en bedring i arbeidsproduktiviteten.

¹ Hoveddiagnosegruppe

Det er også deler av aktiviteten som ikke påvirkes av de nye byggene på Aker og Gaustad. Aktiviteten på Radiumhospitalet, Regional sikkerhetsavdeling, legevakten i Storgaten (framtidig storbylegevakt) og Olafia klinikken holdes utenfor. Stråleterapi er heller ikke inkludert i grunnlaget for dimensjoneringen. I beregninger av driftsøkonomiske effekter er også «Raskere tilbake» aktivitet holdt utenfor sammen med pasienter som er behandlet i utlandet.

5 Driftsøkonomiske effekter somatikk

5.1 Gevinster ved samling i nye bygg på Gaustad i etappe 1 og 2

Driftsgevinster ved samling i nye bygg på Gaustad er beskrevet pr klinikk i vedlegg 1a. Tabellen under viser gevinster per klinikk uttrykt som lavere forbruk av brutto månedsverk ved gjennomføring av samling av lands- og regionfunksjoner på Gaustad enn fortsatt drift ved dagens lokasjoner.

Differanse bemanning 0-økt. og nye bygg på Gaustad	Gevinster Gaustad - Etappe 1	Gevinster Gaustad - Etappe 2	Sum lavere bemanning ET.1 og ET. 2
	2035	2035	2035
MED	-126		-126
HHA	-47	-14	-61
NVR	-31	-12	-46
OPK	27		-27
BAR	0	-35	-34
KVI	0	-21	-21
KIT	-56		-55
KRE	-4		0
HJK	-73		-73
AKU	-102	-17	-118
KRN	-58		-63
KLM		-282	-276
OSS	-76	-32	-103
Gevinster Gaustad	-600	-408	-1 008

Tabell 8: Gevinstoversikt samling aktivitet på Gaustad

En lavere bemanning på 1000 brutto månedsverk ved samling av lands- og regionfunksjoner i nye bygg på Gaustad gir i underkant av 900 mill. kroner i lavere lønnskostnader enn for nullalternativet.

For den aktiviteten som inngår i etappe 1 har klinikkene estimert en lavere vekst i bemanningen ved samlokalisert drift i nye bygg på Gaustad enn fortsatt drift ved dagens lokasjoner på om lag 600 brutto årsverk. Tabellen under viser gevinstene for etappe 1 per klinikk og gevinster fordelt på yrkesgruppe.

Bemanning i 2017			Fremskrevet bemanning ekskl gevinst			Estimerte gevinster	Gevinster i 2035 fordelt på yrkesgruppe						
	DAGENS LOKASJON	"NY LOKASJON"	2027	2032	2035	2035	Leger	Sykepleiere	Øvrig klinisk personell	Sum pas rettet årsverk	Øvrig driftsper sonell	Adm og ledelse	Sum årsverk
MED	13	292	350	360	386	-126	-16	-90	-12	-117	0	-9	-126
HHA	483	447	549	552	591	-47	-7	-25	-5	-38	-1	-9	-47
NVR	361	525	616	634	661	-32	-3	-14	-4	-20	-1	-10	-31
OPK	134	341	414	427	456	-27	-5	-13	-4	-22	0	-5	-27
BAR	443	441	519	534	559	0	0	0	0	0	0	0	0
KVI	168	168	200	206	217	0	0	0	0	0	0	0	0
KIT	518	666	785	808	847	-55	-6	-30	-2	-38	-1	-17	-56
KRE	185	185	226	234	247	-4	0	0	0	0	0	-4	-4
HLK	618	845	988	1 014	1 064	-73	-7	-52	-4	-63	-4	-6	-73
AKU	673	1 187	1 436	1 563	1 626	-101	-10	-67	-10	-87	-2	-13	-102
PRE										0			0
KRN	271	430	609	738	831	-59	-3	0	-29	-31	0	-27	-58
KLM	468	580	762	854	901	0	0	0	0	0	0	0	0
OSS inkl	730	830	1 004	1 092	1 136	-76	0	-1	0	-3	-50	-23	-76
Gaustad	5 063	6 937	8 458	9 016	9 522	-600	-56	-293	-69	-419	-60	-123	-600

Tabell 9: Gevinstoversikt etappe 1 samling av lands og regionfunksjoner på Gaustad

I vedlegg 1 foreligger en omfattende dokumentasjon av klinikkens vurderinger og kommentarer til gevinster innenfor områdene operasjonsdrift, poliklinikk og dagbehandling, sengepostdrift og vaktorganisering.

Gevinster for samling av lokalsykehusansvar for bydeler på Gaustad

Klinikkene er ikke bedt om å vurdere hvilke gevinster som vil være mulig å ta ut ved samling av lokalsykehusaktivitet for bydelene som flyttes fra Ullevål til Gaustad i etappe 1. Bakgrunnen for det er at organisering og driftsmodell for drift av lokalsykehuspasienter på Gaustad ikke er utredet i tilstrekkelig detalj.

Pasienter som i 2017 er behandlet ved Ullevål og bosatt i bydelene 3 Sagene, 8 Nordre Aker, 9 Bjerke, 16 Marka og 17 Sentrum skal knyttes til et framtidig Gaustad i henhold til virksomhetsmodellens etappe 1. Dette skal ikke omfatte barn som defineres som alle pasienter yngre enn 18 år. Videre skal ikke pasienter i HDG2 «Øyesykdommer», HDG 13 «Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer» og HDG 14 «Sykdommer under svangerskap, fødsel og barseltid» inngå i de som flyttes fra Ullevål til Gaustad.

En viktig begrunnelse for å ville ha lokalsykehusfunksjoner på Rikshospitalet (i tillegg til å ivareta multitraume) er å utnytte "reserve kapasitet" i dagens Rikshospitalet med alle vaktssystemer og kompetanse. Dette betyr ikke at det er mye ledige senger/pol rom, men at man har en kompetanse og bemanning spesielt på vakt som kan dekke bredere. Dette medfører at dagens Rikshospitalet blir mer lik de andre regionssykehusene driftsmessig, som har betydelig volum lokalsykehuspasienter i sin drift.

Lokalsykehuspasienter Gaustad	Grunnlag
Framskrevet befolkning 2028	148 673
Forventet DRG behov lands/reg	34,42 /1000 innb.
DRG Lands- og region(20 %)	5 117
DRG lokalsykehus(80 %)	20 469
Sum DRG	25 586
Pris drg 2018	43 428
Tillegg 12,5%(Kostnivå Ullevål)	48 857
Kostnad lokalsykehus	1 000 019 340
Reduksjon for KVI/BAR/ØYE(-20 %)	-200 003 868
Ny kostnadsbase	800 015 472
12,5 % gevinst	100 001 934

Tabell 10: framskrevet befolkning for aktuelle bydeler til 2028

Tabellen viser framskrevet befolkning for aktuelle bydeler til 2028. Det beregnes et volum i antall DRG poeng med utg. pkt. i befolkningens behov for lands- og regionfunksjoner jfr . estimat for dette i inntektsmodellen for HSØ. Lokalsykehusfunksjonen antas å utgjøre 80 % av befolknings samlede behov.

Organisering og driftsmodell for drift av lokalsykehuspasienter på Gaustad er som nevnt ovenfor ikke utredet så langt og har derfor ikke vært mulig å vurdere for klinikkene. For å estimere en driftsgevinst for lokalsykehusaktiviteten er dette gjort analytisk med utgangspunkt i at tilbudet for disse pasientene på Gaustad vil drives like effektivt som en alternativ plassering på Aker ville gitt.

Kostnivå ved Ullevål for de pasientene som flyttes antas å være 12,5 % høyere enn hva som er kostnivå ved Akershus Universitetssykehus i dag. Den totale kostnadsbasen for lokalsykehuspasientene på Gaustad er estimert til 800 millioner kroner i 2028 etter korreksjon av volum for pasienter yngre enn 18 år, fødsler og øyesykdommer. Det forutsettes som for Aker at potensiale for driftsgevinster vil være 12,5 % som gir en gevinst på 100 millioner kroner i etappe 1.

Ytterligere gevinster på 20 millioner kroner er lagt til grunn når etappe 2 er gjennomført.

Gevinstoversikt Etappe 2

Gevinster etappe 2	Estimerte gevinster 2033 - 2036						
	Leger	Syke-pleiere	Øvrig klin. Pers	SUM	Øvrig drifts. pers	Adm og ledelse	Sum årsverk
HHA	-4	-4	-1	-9		-5	-14
NVR	-1	-7	-1	-9	-1	-2	-12
OPK							
BAR	-5	-15	-7	-27	-1	-7	-35
KVI	-4	-9	-4	-17	-	-4	-21
AKU	-2	-11	-2	-15	-	-2	-17
KLM	-7	-3	-172	-182	-38	-62	-282
OSS				-		-27	-27
DST				-		-32	-32
Sum brutto mndverk.	-23	-49	-187	-259	-40	-141	-408

Klinikker som har restaktivitet på Ullevål når etappe 1 er gjennomført har estimert gevinster på om lag 400 brutto årsverk etter fullføring av etappe 2. Det vil være store gevinster ved en samling av avanserte laboratoriefunksjoner i et felles laboratoriebygg knyttet til fag, kvalitet,

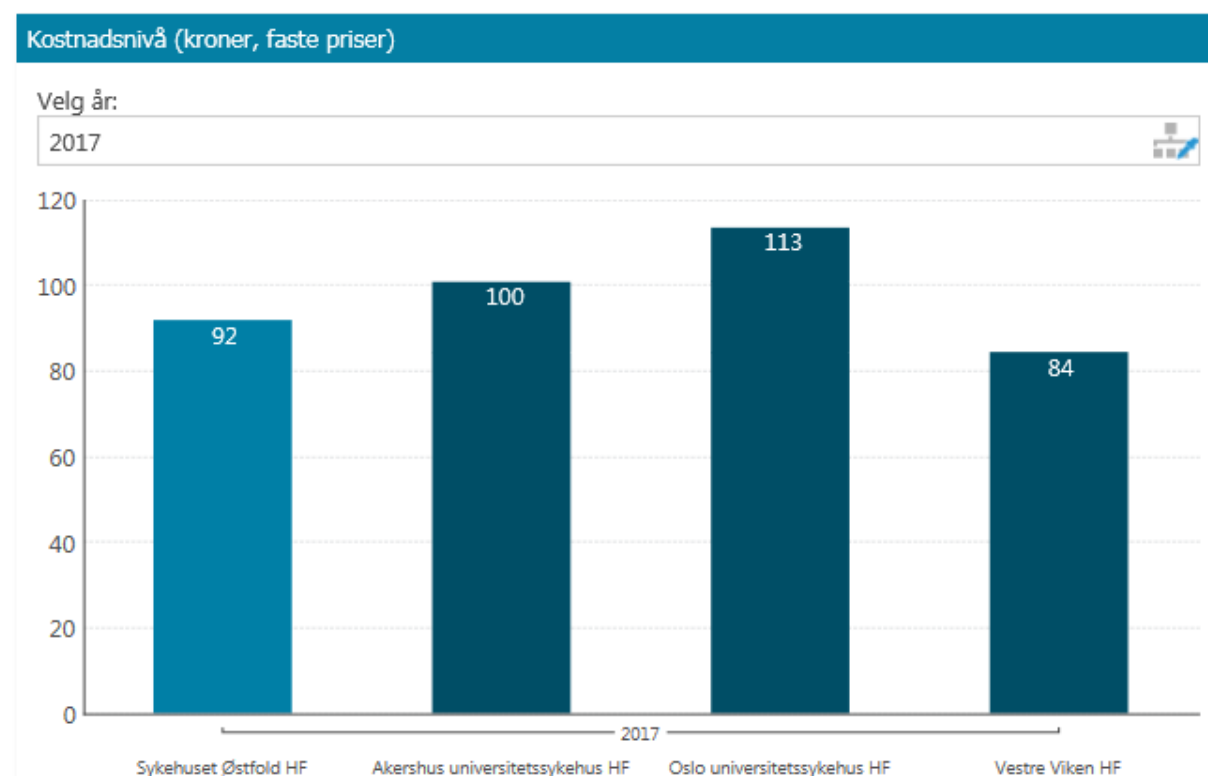
pasientsikkerhet, forskning og innovasjon, utdanning, samt driftseffektivitet og økonomi. En samling i et felles laboratoriebygg vil gi betydelige gevinster innen alle disse områdene.

5.2 Driftsøkonomiske gevinster Aker

Driftsøkonomiske gevinster ved etablering av drift for lokal- og områdesykehusoppgaver på Aker er i 2035 estimert til å utgjøre 350 millioner kroner eller om lag 12,5 % av estimert fremskrevet bemanning i nullalternativet. Se nærmere gjennomgang i vedlegg 3.

Ressurser til bemanning utgjør 70 % av Oslo universitetssykehus HF sine samlede driftskostnader. Samling av lokal og områdesykehusfunksjoner i nytt sykehus på Aker vil medføre at det i 2035 om lag vil være behov for om lag 400 færre brutto månedsverk ved nye Aker enn om tilsvarende pasienter skulle motta behandling ved dagens lokasjoner. Det presiseres at det selv etter at denne gevinsten er realisert er forventet en vekst i bemanningen i forhold til dagens nivå på vel 20 % for å håndtere fremtidig aktivitetsvekst.

Gevinstestimatet er fremkommet basert på en helhetlig vurdering basert på blant annet sammenlikning av kostnad pr pasient i opptaksområdet ved Akershus universitetssykehus HF og nye Aker, bemanningen ved Medisinsk Divisjon ved Akershus universitetssykehus HF og nye Aker, liggetider ved nye Aker og Akershus universitetssykehus HF og kostnadsindeksen for hele Oslo universitetssykehus HF og for andre sammenlignbare helseforetak for 2017, samt en vurdering av dagens drift på Aker og Ullevål.



Figur 1: kostnadsindeks for 2017

Akershus universitetssykehus har et kostnadsnivå på landsgjennomsnittet for 2017. Oslo universitetssykehus har et kostnadsnivå som er 13 % høyere enn landsgjennomsnittet, mens Sykehuset Østfold HF er 8 % lavere og Vestre Viken HF er 16 % lavere enn landsgjennomsnittet for 2017.

Gevinstestimat Aker sykehus basert på kostnadsindeks 2017

Analyser av kostnader basert på KPP data for de pasientepisodene som skal inngå i pasientbehandlingen for nye Aker sykehus viser at lokal- og område sykehuspasientene som i dag får sin behandling ved Ullevål sykehus eller ved dagens pasientaktivitet på Aker sykehus i gjennomsnitt er om lag 10 % høyere enn kostnader ved Akershus universitetssykehus HF, dvs. om lag samme kostnadsindeks som Oslo universitetssykehus HF har i 2017 jf. tall fra Samdata presentert i figur 1 ovenfor. I tabellen under vises driftsgevinstene hvis driften ved nye Aker sykehus har samme kostnad som for Akershus universitetssykehus HF, Sykehuset Østfold HF og Vestre Viken HF i 2017 og videre fremskrevet til 2035.

Bemanning i 2017			Fremskrevet bemanning ekskl gevinst		
	DAGENS LOKASJON	"NY LOKASJON"	2027	2032	2035
Aker (Klinikkens vurdering)	546	2 314	2 804	2 983	3 187
Gevinst som Akershus universitetssykehus HF		12,5 %	12,5 %	12,5 %	12,5 %
Antall årsverk lavere bemanning		-289	-351	-373	-398
Økonomisk gevinst (mnok)			-305	-324	-347
Gevinst som Sykehuset Østfold HF		20,50 %	20,50 %	20,50 %	20,50 %
Antall årsverk lavere bemanning		-474	-575	-612	-653
Økonomisk gevinst (mnok)			-500	-532	-568
Gevinst som Vestre Viken HF		28,50 %	28,50 %	28,50 %	28,50 %
Antall årsverk lavere bemanning		-659	-799	-850	-908
Økonomisk gevinst (mnok)			-695	-740	-790

Tabell 11: Gevinstestimat Aker sykehus basert på kostnadsindeks 2017

Gevinstestimatet som er lagt til grunn er at nye Aker sykehus skal ha et kostnadsnivå som er det samme som Akershus universitetssykehus har i 2017, dette gir et gevinstestimat på 350 millioner kroner i 2035.

5.3 Driftsøkonomiske effekter ved Ullevål sykehus mellom etappe 1 og 2

Ulempekostnadene mellom etappe 1 og 2 er estimert til 170 mill. kroner årlig

Sykehusbygg HF har dimensjonert de nye byggene basert på at det i etappe 1 skal ligge igjen aktivitet ved Ullevål sykehus knyttet til Øyeavdelingen, Kvinne- eller Barneklivikken som forutsatt i målbildet med realisering over 2 etapper. I dimensjoneringsgrunnetaget tar man utgangspunkt i pasienter i HDG 13,14 og 2. Ettersom dette ikke dekker samtlige pasienter behandlet ved Øyeavdelingen, Kvinne- eller Barneklivikken har vi valgt å la også aktivitet utført ved disse enhetene bli liggende på Ullevål sykehus. Dette fordi det vil være lite hensiktsmessig for driften å overføre deler av denne aktiviteten til Aker eller Gaustad i etappe 1.

Som det fremkommer av styresak nr. 42/2018 foretok Oslo Universitetssykehus HF en risikovurdering 1.6.2018 som ligger til grunn for en handlingsplan for å redusere risiko gitt at Øyeavdelingen,

Kreftklinikken, Kvinne- og Barneklubben skulle bli værende på Ullevål sykehus i perioden mellom 2029 og 2034. Denne risikoanalysen ble brukt som utgangspunkt for en konkret gjennomgang av klinikkens forventede kostnader.

Totalt er tiltak for å redusere risiko for pasientbehandlingen og kartlagte driftsulemper estimert til om lag 180 mill. kroner årlig. Dette er forholdsvis jevnt fordelt mellom risikoreduserende tiltak og mer generelle driftsulemper.

I tillegg påløper investeringskostnader knyttet til utstyr som må dupliseres, og tilhørende avskrivningskostnader. Identifiserte investeringskostnader er foreløpig forsiktig beregnet til ca.120 mill. kroner.

Det er usikkerhet knyttet til estimerte drifts- og investeringskostnadene mellom etappe 1 og 2. For det første er kostnadene beregnet basert på de foreslåtte enkelttiltakene, og ikke basert på en helhetlig vurdering av driften i fase 1, med tilpasninger/justeringer i resterende drift. Dette kan gi for høye kostnader. På den annen side er det sannsynlig at ikke alle nødvendige tiltak og tilpasninger er identifisert. Det kan gi for lave kostnader. Etappe 1 ligger dessuten et godt stykke frem i tid, og det kan derfor skje endringer i sykehusdriften som gjør at tiltakene må være andre enn de som ble identifisert i risikovurderingen som ble gjennomført i juni i år.

Beregningen viser at det vil bli være kostbart å drifte den gjenværende aktiviteten på Ullevål etter gjennomføring av etappe 1, spesielt det som er knyttet til inneliggende aktivitet og øyeblikkelig hjelp hos kvinner og barn. Hovedårsaken er at det krever omfattende «beredskapssystemer» og støtte fra anestesi, operasjon, intensiv, post-operativ, radiologi, og andre funksjoner på kveld og natt som er relativt kostnadskrevene.

6 Øvrige økonomiske effekter og finansieringskilder

6.1 Forvaltning, vedlikehold og driftskostnader i nye bygg (FDV)

FDV kostnader for nybygg vil være ca. 80 mill. kr høyere enn for nullalternativet

Kostnader til forvaltning, drift- og vedlikehold av nye bygg er mottatt fra Sykehusbygg HF. Kostnadene er forventet å øke med 94 millioner kroner til dette formålet.

Nullalternativet er gjort med utgangspunkt i beregninger gjennomført i idefasen. Dette ble utført av Multiconsult, som bruker Norsk Standard til å estimere kostnader til forvaltning, drift og vedlikehold. Dette er i henhold til definisjoner og kontoplanoppsett i Norsk Standard 3454. Nybygg beregninger er gjort av Metier med bakgrunn i noe nøkkeltall fra Akershus Universitetssykehus HF, tall fra Oslo Universitetssykehus HF og nøkkeltall fra andre sykehus.

FDV kostnadene vil variere avhengig av teknisk kompleksitet i arealene og brukstid gjennom døgnet, og differensieres derfor på ulike bygningstyper. Videre vil behovet for vedlikeholds- og utskiftningskostnader variere og være økende gjennom bygningens livsløp.

6.2 Eksternt finansierte årsverk

Eksternt finansierte må bidra til finansieringen av kapitalkostnader til nye bygg

Utgangspunktet for beregningene kommer fra HR-stab sin analyseenhet. Dette er det samme datagrunnlaget som benyttes i forbindelse med den årlige ressurskartleggingen for FoU. Det er kun måneds-lønnede i Oslo Universitetssykehus HF som er med i tallgrunnlaget. Det betyr at personer som har arbeidsplass ved Oslo Universitetssykehus HF, men lønnes av andre ikke er med i utgangspunktet.

Det er beregnet husleie for den eksternt finansierte forskningen fra ferdigstilling av etappe 2 i 2034. Husleieestimatene er basert på at alle eksternt finansierte årsverk ved Ullevål sykehus i 2034 skal ha kontor plass i nye bygg. Det er forutsatt at 70 årsverk har behov for tilgang til egne laboratorier. Den beregnede husleien tar utgangspunkt i kvadratmeterpriser for Aker og Gaustad med et lån over 25 år. Den beregnede husleien i 2034 vil være på om lag 40 MNOK.

6.2.1 Eksternt finansierte årsverk Ullevål sykehus

Pr. oktober 2017 var det 277 eksternt finansierte månedsverk knyttet til Ullevål sykehus.

Utgangspunkt oktober 2017				
Klinikk	Alle eksternt finansierte	Herav forskningsfinansiering	Herav klinikknær forskning	Kompetanse-sentre og annet
PHA	39	36	36	3
MED	50	37	37	13
NVR	24	23	23	1
OPK	7	6	6	1
KRE	10	10	10	-
HLK	21	21	2	-
AKU	15	9	9	5
PRE	8	2	2	6
KLM	36	23	-	13
KRN	2	2	-	-
Sum fase 1	210	168	125	42
HHA	10	10	10	-
BAR	51	14	14	38
KVI	6	6	6	-
Sum fase 2	66	29	29	38
Totalsum	277	197	154	80

Tabell 7 Eksternt finansierte årsverk på Ullevål sykehus i 2017

Det som ikke inngår i klinikknær forskning er årsverk knyttet til Institutt for eksperimentell medisinsk forskning og avdelinger under Klinikk for laboratoriemedisin og Klinikk for radiologi og nukleærmedisin. Dette er til sammen 43 årsverk.

Framskrivningen er basert på siste 5-års vekst viser at det i 2027 vil være ca. 320 årsverk knyttet til ekstern finansierte stillinger, hvorav ca. 200 er knyttet til klinikknær forskning og 47 årsverk er knyttet til kompetansesentre. I 2034 viser framskrivingen at det vil være 380 årsverk.

P.t. er det bare unntaksvis at prosjektene belastes med husleie. Norges forskningsråd forventer at det vil bli praksis å legge husleie inn i totalbudsjettene (TDI-modellen).

6.3 Engangskostnader i forbindelse med å ta i bruk nye bygg

Det estimeres engangskostnader på ca. 500 mill. kroner i forbindelse med å ta i bruk nye sykehusbygg på Aker og Gaustad

Virksomhetsutvikling knyttet til byggeprosjekter på Aker og Gaustad medfører endringer i pasientflyt, prosesser, oppgaver og samarbeidsrelasjoner i Oslo Universitetssykehus HF. Utredningene i konseptfasen gir viktige føringer for fremtidig utvikling av organisasjonen.

De overordnede konseptene for fremtidig drift i byggene besluttet gjennom konseptfasen, og Oslo Universitetssykehus HF må deretter forholde seg til gitte rammer og føringer. Disse operative konseptene, ofte koblet til et ønske og/eller krav om mer kostnadseffektiv drift, kan ofte innebære en betydelig endring for organisasjonen. Følgelig er det et stort behov for en godt planlagt og strukturert organisasjonsutviklingsprosess slik at konseptene og løsningene er i samsvar på tvers av kliniske enheter og i tråd med en helhetstenkning.

Organisasjonsutviklingsprosessen skal bidra til å utvikle konkrete planer for den nye sykehusorganisasjonen, tilpasset hovedfunksjoner, pasientflyt, logistikk, medisinsk-teknisk utstyr og tekniske løsninger som skal etableres. Formålet er at en gjennom dette finner de beste løsningene for framtidsrettet pasientbehandling og gode arbeidsmåter. I tillegg skal det sikres tidlig planlegging og konkrete planer for innflytting, opplæring og utprøving. Kostnader til flytting inngår også her.

Økonomiske vurderinger knyttet til å ta i bruk nye sykehusbygg på Aker og Gaustad er beregnet sjablongmessig basert på erfaringstall fra Akershus universitetssykehus HF implementeringen i 2008.

Kostnader ifb med å ta i bruk nye bygg ved AHUS	MNOK 2008 tall	MNOK 2018 tall
Antall ansatte i somatikken ved AHUS i 2008	3.822	
Engangskostnader ved å ta i bruk nye AHUS i 2008	240	326
Kostnader per ansatt	0,06	0,09

Estimerte kostnader ifb med å ta i bruk nye bygg Aker/ Gaustad	MNOK 2029 tall
Antall ansatte i somatikken og psykisk helse/avhengighet	6.000
Engangskostnader ved å ta i bruk nye bygg Aker/ Gaustad	511

6.4 Bydeler overført fra Akershus universitetssykehus HF

Inntektsmodelleffekten ved overføring av Alna bydel er foreløpig beregnet til 680 mill. kroner. Uavhengig av tilnærming for å estimere endring av inntekter som følge av forutsatt overført aktivitet, legges det i planleggingen foreløpig nøytralitet mellom kostnad og inntekt til grunn. Det er

forutsatt at kapitalelementet i beregningen i tabell under på 41 mill. kroner inngår som finansiering av økte renter og avdrag ved nytt lokalsykehus på Aker. Øvrige driftsinntekter inngår i finansiering av pasientbehandlingen og det er forutsatt nøytrale effekter i forhold til kostnader i kjernedriften.

Sykehusområde	Somatikk	Psykisk helsevern	TSB	Kapital	Pensjon	PHT	Forskning	Sum modell effekter
Akershus	-272 818	-261 273	-44 178	-39 049	-42 003		-	-659 321
Innlandet	-2 856	-800	6 705	-527	-573		-	1 950
OUS	284 942	262 920	46 932	41 339	44 451		-	680 585
DS	759	903	-	59	115		-	1 837
LDS	558	1 256	-	54	115		-	1 982
Sørlandet	-2 423	-751	-2 515	-439	-482		-	-6 609
Telemark	-1 252	-388	-807	-201	-231		-	-2 879
Vestfold	-1 796	-602	-446	-327	-362		-	-3 533
Vestre Viken	-3 063	-734	-6 660	-544	-610		-	-11 612
Østfold	-2 052	-531	970	-367	-421		-	-2 401
Sum	0	-0	0	0	0	-	-	0

Tabell 8 Overføring av Alna bydel forutsettes implementert i etappe 1. Kilde: Epost fra Helse Sør-Øst 25.9.2018

Inntektsmodelleffekten ved overføring av bydelene Grorud og Stovner er foreløpig beregnet til 848 mill. kroner. Uavhengig av tilnærming for å estimere endring av inntekter som følge av forutsatt overført aktivitet, legges det i planleggingen foreløpig nøytralitet mellom kostnad og inntekt til grunn. Det er forutsatt at kapitalelementet i beregningen i tabellen under på 61 mill. kroner inngår som finansiering av økte renter og avdrag ved nytt lokalsykehus på Aker. Øvrige driftsinntekter inngår i finansiering av pasientbehandlingen og det er forutsatt nøytrale effekter i forhold til kostnader i kjernedriften.

Sykehusområde	Somatikk	Psykisk helsevern	TSB	Kapital	Pensjon	PHT	Forskning	Sum modell effekter
Akershus	-346 646	-310 280	-52 385	-52 876	-56 113		-	-818 301
Innlandet	-2 724	-593	3	-970	-956		-	-5 241
OUS	360 102	311 595	52 380	60 641	63 279		-	847 998
DS	728	943	-	58	113		-	1 841
LDS	535	1 312	-	53	112		-	2 011
Sørlandet	-2 422	-720	-3	-1 438	-1 339		-	-5 922
Telemark	-1 417	-333	1	-521	-511		-	-2 781
Vestfold	-1 885	-472	1	-1 074	-1 003		-	-4 433
Vestre Viken	-3 617	-849	3	-2 221	-2 057		-	-8 741
Østfold	-2 653	-603	1	-1 651	-1 524		-	-6 431
Sum	0	0	0	0	0	-	-	0

Tabell 9 Overføring av Grorud og Stovner i etappe 2. Kilde: Epost fra Helse Sør-Øst 25.9.2018

6.5 Prehospital virksomhet

Prehospital virksomhet vil påvirkes av nye strukturer for sykehusdrift i Oslo området. Etter ferdigstillelse av etappe 1 vil et nytt lokalsykehus ha sin beliggenhet i umiddelbar nærhet til ny storbylegevakt. Dette vil utløse gevinster i form av reduserte interne oppdrag som i dag utføres mellom legevakt i Storgata og Ullevål sykehus. Fra 2034 når det er planmessig forutsatt at etappe 2 er ferdigstilt vil alle sykehusene ligge langs ring 3. Dette betyr nytt transportmønster både internt mellom sykehusbyggene og for henteoppdrag inn til sykehusene. Det er ikke gjennomført transportanalyser basert fremtidig funksjonsfordeling mellom sykehus, men det må forventes at bemanningsvekst og behov for nye døgnbiler blir mindre enn hvis sykehusdriften hadde fortsatt på dagens lokasjoner.

Volumet på intertransporter i Oslo Universitetssykehus HF utgjorde 1 % (1708 oppdrag) av den

totale aktiviteten i 2017. Turer fra legevakt til Ullevål utgjør rundt 2 % av totalen (3439 oppdrag). Snitt vekst i antall oppdrag er 3,5 % i året. Dette tilsvarer et behov på 2 nye døgnbiler hvert år. En døgnbil har en årlig driftskostnad på om lag 12 mill. kroner. For perioden 2017-2035 vil dette tilsvare et behov på 432 årsverk utover dagens bemanning gitt fortsatt drift ved dagens lokasjoner.

Klinikken har vurdert at nye bygg som med nærhet mellom storbylegevakt og nytt lokalsykehus på Aker gir en gevinst på 2 døgnbiler fra 2029. Fra 2034 når etappe 1 er ferdigstilt forventes en ytterligere gevinst på 1 døgnbil sammenlignet med hva som ville vært vekst i nullalternativet med fortsatt drift på dagens lokasjoner.

Samlet gevinst for to døgnbiler fra 2029 blir om lag på 24 mill. kr. Fra 2034 tilkommer ytterligere 12 mill. kroner i gevinst.

6.6 Ekstern innleie og varekostnader for laborativirksomheten

Estimert gevinst for ekstern innleie og varekostnader er 60 mill. kr

Ekstern innleie inngår ikke i grunnlaget for vurdering av driftsgevinster som klinikkene har gjennomført. Det forventes at ekstern innleie også vil reduseres ved samlokalisering i nye bygg. I regnskapet for 2017 var kostnader til ekstern innleie på 240 mill. kroner. En framskrivning til 2029 basert på samme aktivitetsforutsetninger som er benyttet for framskrivning av brutto månedsverk gir et innleienivå i nullalternativet i 2029 på om lag 300 MNOK. Det forutsettes at dette nivået kan reduseres med 10 % i forbindelse med samlokalisert virksomhet i nye bygg.

Laborativirksomheten har store varekostnader og kjøp av tjenester, bla mange serviceavtaler for utstyr som en del av kjernevirksomheten. Klinikken vurderer at det etter ferdigstilling av etappe 2 og innflytting i nytt laborativbygg på Gaustad vil være gevinster knyttet til reduserer utgifter i form av:

- Mindre duplisering av kostbart utstyr
- Færre serviceavtaler
- Felles prøvemottak og preanalytiske prosesser der dette er egnet
- Felles IKT-infrastruktur og forvaltning
- Bedre samlet instrumentstøtte (back-up løsninger, kjøling, gassforsyning, UPS-strøm etc.)
- Felles diagnostiske rutiner
- Effektiviserer arbeidet med kvalitet, akkreditering/sertifisering/IVD-godkjenning
- Reduserte varekostnader
 - Redusert behov for å analysere kontroller (ratio pasientprøver/kontroller)

Det er beregnet en redusert varekostnad og andre kostnader på 30 mill. kroner knyttet til nevnte forhold av klinikken.

6.7 Driftsulemper i byggeperiode på Gaustad

I forbindelse med oppføring av nybygg på Gaustad tett inntil bygg med pasientbehandling er det lagt til grunn at det vil tilkomme ulempekostnader knyttet til forstyrrelser for daglig drift i størrelsesorden 100 mill. kroner.

7 Konklusjon med oppsummering av gevinster

7.1 Etappe 1 - gevinstoversikt

Estimert gevinst på 900 mill. kr ved samling av virksomhet i nye bygg i etappe 1

GEVINSTOVERSIKT <i>mnok</i>	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037
Gevinster ved samling på Gaustad etappe 1	-	-	-	-	395	410	425	440	460	480	500	525
Gevinster lokalsykehusfunksjoner på Gaustad	-	-	-	-	50	75	100	100	100	100	100	100
Gevinster ved samling på Aker	-	-	-	250	265	280	295	315	330	340	350	350
Gevinster samling psykisk helse og avhengighet på Aker	-	-	-	197	197	197	197	197	197	197	197	197
Prehospital og pasienttransport - nytt transportmønster	-	-	-	24	24	24	24	24	24	24	24	24
Særskilt vurdering innleie	-	-	-	10	20	30	30	30	30	30	30	30
Gevinster klinikker	-	-	-	481	951	1016	1071	1106	1141	1171	1201	1226
Øvrige økonomiske effekter nye bygg												
Ulempekostnader restvirksomhet Ullevål	-	-	-	-	-177	-177	-177	-177	-177	-177	-177	-177
Ulempekostnader Gaustad i byggeperiode	-25	-25	-25	-25	-	-	-	-	-	-	-	-
Bygg, FDV	-	-	-	-65	-94	-94	-94	-94	-94	-94	-94	-94
Endring av opptaksområde (Alna 2027) - effekt kapital	-	-	-	41	41	41	41	41	41	41	41	41
OU- prosess, Flytting og motaksprosjekt	-	-50	-100	-150	-200	-10	-	-	-	-	-	-
O-IKT	-	-	-	-73	-144	-144	-144	-144	-144	-144	-144	-71
Sum øvrige økonomiske effekter	-25	-75	-125	-272	-574	-384	-374	-374	-374	-374	-374	-301
Sum økonomiske effekter av nye bygg etappe 1	-25	-75	-125	209	377	632	697	732	767	797	827	925

Gevinstoversikten over viser en samlet effekt for driften ved Oslo Universitetssykehus HF ved å samlokalisere drift i nye bygg på Aker og Gaustad på om lag 0,9 mrd. kroner i 2037 under forutsetning av at kun etappe 1 gjennomføres. På grunn av pukkelkostnader ved oppstart og innfasing av gevinster over flere år vil de første årene kreve mellomfinansiering fra Helse Sør-Øst RHF.

7.2 Etappe 2 – gevinstoversikt

Estimert gevinst på 700 mill. kr ved samling av virksomhet i nye bygg i etappe 2

GEVINSTOVERSIKT <i>mnok</i>	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037
Gevinster ved samling på Gaustad etappe 2 (Nytt Lab-bygg mm)	-	-	-	-	-	-	-	-	100	150	300	321
Gevinster lokalsykehusfunksjoner på Gaustad	-	-	-	-	-	-	-	-	20	20	20	20
Gevinster ved samling på Aker	-	-	-	-	-	-	-	-	18	18	18	18
Prehospital og pasienttransport - nytt transportmønster	-	-	-	-	-	-	-	-	12	12	12	12
Særskilt vurdering innleie	-	-	-	-	-	-	-	-	12	12	12	12
Redusert kjøp av tjenester og varekostnader laboratoriefunksjoner	-	-	-	-	-	-	-	-	30	30	30	30
Gevinster klinikker	-	-	-	-	-	-	-	-	192	242	392	413
Øvrige økonomiske effekter nye bygg												
Ulempekostnader restvirksomhet Ullevål - faller bort	-	-	-	-	-	-	-	-	177	177	177	177
Ulempekostnader byggeperiode	-	-	-	-	-	-25	-25	-	-	-	-	-
Endring av opptaksområde (Stovner/Grorud) - effekt kapital	-	-	-	-	-	-	-	-	61	61	61	61
OU- prosess, Flytting og motaksprosjekt	-	-	-	-	-	-	-40	-50	-80	-	-	-
Ekstern finansiert virksomhet - bidrag internhusleie	-	-	-	-	-	-	-	-	40	40	40	40
Sum øvrige økonomiske effekter	-	-	-	-	-	-25	-65	-50	198	278	278	278
Sum økonomiske effekter av nye bygg etappe 2	-	-	-	-	-	-25	-65	-50	390	520	670	691
Sum økonomiske effekter nye bygg etappe 1 og etappe 2	-25	-75	-125	209	377	607	632	682	1157	1317	1497	1615

Samlet viser gevinstoversikten for etappe 2 et nivå på om lag 700 mill. kroner i 2037. De største effektene er knyttet til bortfall av ulempekostnader ved restdriften på Ullevål mellom etappe 1 og 2. I tillegg forventes betydelige gevinster ved samling av all laboratorievirksomhet i nytt laboratoriebygg på Gaustad.

Det er mottatt tall for ikke bygg nære IKT –investeringer(O-IKT) som gjennomføres i regi av sykehuspartner knyttet til de nye sykehusbyggene på Aker og Gaustad på totalt 1,1 mrd. kroner. Dette vil betales gjennom økt tjenestepris fra Sykehuspartner og vil være en del av kontantstrømmen i driften til Oslo Universitetssykehus HF som følge av nye sykehusbygg.

Estimert gevinst for realisering av hele målbildet er ca. 1,6 mrd. kr i 2037

8 Vedlegg

- Vedlegg 1a: Klinikkvise estimer: driftsøkonomiske gevinster for nye Gaustad
- Vedlegg 1b: Driftsøkonomiske gevinster for nye Aker
- Vedlegg 1c: Driftsøkonomiske gevinster for klinikk psykisk helse og avhengighet

KLINIKKWISE ESTIMATER

Vedlegg 1a: Driftsøkonomiske
gevinster for nye Gaustad



Innholdsfortegnelse

Medisinsk klinikk (MED).....	s. 2
Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi (HHA)	s. 6
Nevroklinikken (NVR).....	s. 8
Ortopedisk klinikk (OPK).....	s. 12
Barne- og ungdomsklinikken (BKL).....	s. 16
Kvinneklinikken (KVI).....	s. 19
Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon (KIT).....	s. 20
Kreftklinikken (KRE).....	s. 23
Hjerte-, lunge- og karklinikken (HLK).....	s. 24
Akuttklinikken (AKU)	s. 26
Klinikk for laboratoriemedisin (KLM).....	s. 29
Klinikk for radiologi og nukleærmedisin (KRN).....	s. 35
Oslo Sykehuservice (OSS).....	s. 38

Medisinsk Klinikk

Oppsummering

	Vekst 2017-2035	Leger	Sykepleiere	Øvrig klinisk personell	Sum pas rettet årsverk	Øvrig drifts-personell	Adm og ledelse	Sum årsverk
Nullalternativet fremskrevet til 2035	32 %	85	184	65	333	5	48	386
Bemanning i nye bygg fremskrevet til 2035 - med gevinster	32 %	69	94	53	216	5	39	260
Gevinster fremskrevet til 2035		-16	-90	-12	-117	0	-9	-126

Forutsetninger for beregninger

Tallene er basert på aktivitetsdata fra sykehusbygg. Alle støtteavdelinger er basert på andel av det totale pasientvolumet fra moderavdelinger, lunge, nyre osv. De fire støtte-avdelinger er Kontor tjeneste, Klinisk service, Akuttmedisinsk avdeling og Stab, hvor det overføres 76,3 % til Aker og 23,7 % til Gaustad. I tillegg er det foretatt noe mindre endringer på de små prosentandelene som lå igjen av aktivitet på Ullevål.

Innledning

Hovedfokuset vil være å få frem hvilke samlokalisering-gevinster som utløses som følge av nye sykehusbygg på Gaustad. Videre beskrives endel lands- og regionsfunksjoner for flere fag planlagt overført. Det vil bli en prosess videre om endelig innhold aktiviteten på Gaustad. Dette blant annet fordi noen av enhetene som overføres er små slik at det kan være mer hensiktsmessig med en funksjonsfordeling enn en deling av et fagmiljø.

Regionoppgaver og Gaustad

Regionoppgaver bør være betinget av tre forhold: Lite volum pasienter, krevende prosedyrer som medfører at det må samles pga. kvalitet og kompetansekrav og kostbare prosedyrer for lettere å ha kontroll over kostnadsutvikling.

Med store pasientvolum vil det være større gevinster å dele slike oppgaver mellom lokalisasjonene Gaustad og Aker for å gjøre begge enhetene i stand til å behandle flere pasienter(lokalsykehus?) uten transport til det andre HF. Dette for 1) å unngå brutte pasientforløp og 2) for å redusere transport-behov mellom sykehusene. Dette er viktig når det er tilstrekkelig volum til behandling flere steder. Følgende fagområder, som er foreslått samlet på Gaustad, er sentrale i behandling av store pasientvolum: Arytmi, Ekkokardiografi/Klaffefeil, Generelle blodsykdommer, HJE angiografi UL, HJE ekkokardiografi UL, HJE pacemaker/ICD UL, Hjerneslag seksjon, Koronar, Lunge diagn./beh., Norsk

senter cystisk fibrose, Spesiell endokrinologi. Er det tilstrekkelig volum til to behandlingssteder bør de fordeles. Samling vil gå ut over pasientforløpene.

Sammenslåing av små regionenheter på Ullevål og Gaustad til en større robust enhet, kan gi betydelige økonomiske (og pasientmessige) gevinster og bør realiseres. Innen MK er det imidlertid få slike enheter som i dag driftes på to steder. Imidlertid bør man kunne se på mulig gevinstrealisering for hele hjerte faget. Imidlertid må ikke det gå ut over god pasientbehandling, som innebærer å unngå unødvendig flytting av pasienter mellom enhetene. Det man kan tenke av gevinstrealisering er:

- miljøer og enheter på Ullevål som kan flyttes til Gaustad uten tilsvarende økning av kapasitet.
- flytte lokalsykehusoppgaver til Gaustad uten å la det følges av økning av resurser, fordi det allerede kan være de nødvendige resurser tilstede på Gaustad allerede.

Sammenslåing av vaktlag vil kunne frigjøre resurser og gi økonomiske gevinster. Dette bør kartlegges nøye og særlig må bakvaktlag studeres. Primærvaktlag vil i mindre grad kunne slås sammen pga. volum på vaktene og forsvarlighet i drift.

Regionpasienter vil kunne være økonomisk gunstige dersom utskriving til lokalsykehus håndteres effektivt. Pasienter som sendes til sitt lokalsykehus har ofte kortere liggetid, siden siste del av behandlingen og selve utskrivelsesprosessen til førstelinjen blir utført på lokalsykehuset, og som er tidsbesparende. Man må dog sørge for gode IKT – muligheter og opplæring slik at utskrivelsesprosessene går sømløst

Gjennomgang av gevinstområder

1. Poliklinikk/dagbehandling

Gevinst realisering på Poliklinikk og dagbehandling vil en først oppnå ved innflytting til nye lokaler. Poliklinisk- og dag-behandling er resurskrevende og ved aktivitetsvekst overtid vil ressursbehov også økes. Selvsjekk, standardisert forløp samt fellesstøtterom og god planlegging av resurser på tvers vil gi besparelse når aktiviteten flyttes til Gaustad og Aker. Imidlertid må en være klar over at bevegelse av pasienter mellom omsorgsnivå (fra døgn til dag) kan medføre uventete økonomiske konsekvenser.

2. Operasjon/PO/Intensiv

Medisinsk klinikk har to intensivenheter i dag. Deler av dette (ca. ¼ av aktiviteten) skal, gitt forutsetninger i beregninger p.t., overføres til Gaustad. Nye bygg vil gi større og mer robuste enheter en dagens, slik at gevinstpotensialet kan være betydelig. I utgangspunkt kan vi forutsette en null vekst i bemanning fra dagens nivå, i beregningen over har vi lagt inn kun 50 % gevinst realisering på sykepleier knyttet til overføring av intensiv kapasitet til Gaustad.

3. Sengeposter

For medisinsk klinikk viser betraktninger at det er særlig 4 avdelinger som kan berøres ved å samle regionoppgaver på Gaustad (Hjerte, Lunge, Gastro og Infeksjon har regionoppgaver i dag, skjønt enkelte har et svært lavt volum).

1.1 Infeksjon

Lite volum av region-pasienter, store volum av lokalsykehuspasienter. De få regionpasienter innen infeksjon kan legges til Gaustad uten ekstra resurser, siden det er infeksjonsmedisinsk aktivitet der allerede og bør kunne dekkes av dette.

Høysmitteisolat ligger i dag på Ullevål og er tenkt flyttet til Gaustad. Vil nok ikke kunne gi besparelse i særlig grad da dette krever betydelig investering. Krever direkte inngang fra bakkeplan og i avstand fra både øvrig akuttmottak og transplantasjon / immunsuprimerte. Driftes parallelt med øvrig infeksjon, og vil kunne gi besparelse ved å la denne enheten flytte til Aker og fortsette samarbeidet med infeksjonsavdelingen som i dag.

1.2 Hjertemedisin

Beregninger viser 46 region, 50 % er ekte region. Her er det viktig med en korrekt vurdering i hva som er regionoppgave og hva som er lokalsykehusoppgave. Dagen regionoppgave er framtidens lokalsykehusoppgave, noe som må inn i betraktningene tidlig. Eksempel på dette er PCI og kanskje TAVI. Dessuten vil oppgaver som pacemaker og ekko måtte utføres på Aker som et stort lokalsykehus. Dette vil redusere belastning på Gaustad.

1.3 Lungemedisin

9 % døgn og 4 % liggedøgn. Små volum til Gaustad, 130 pasienter. Vil kunne håndteres innen eksisterende lungemiljø. Landsfunksjon innen CF. Små volum, håndteres innen eksisterende lungeressurser på Ullevål. Ev med overføring av enkelte spesialister.

1.4 Gastromedisin

7.5 % døgnopphold og 4.6 % liggedøgn. 82 døgn-pasienter og 245 liggedøgn. Bør kunne håndteres innen dagens resurser på Gaustad. Noen får regionoppgaver – svært lite volum (Enteroskopier).

2. Annet

2.1 Vaktorganisering

Medisinsk klinikk har i dag 4 primærvaktlag som har ulike funksjoner, hovedsakelig knyttet opp mot kompetanse og volum. Her er det høyt volum og ingen besparelse utover reduksjon av innleggelses. Videre har klinikken 9 bakvaktlag, knyttet til kompetanse. Ved å samle regionoppgaver på ullevål vil besparelsen ligge i at vaktarbeidet kan gjennomføres uten behov for økte ressurser, men dekkes av eksisterende vaktberedskap på Gaustad.

2.2 Drift av Aker

OUS kommer til å ha en egen vurdering av de driftsøkonomiske effektene av å drifte på Aker. Dette vil være basert på en sammenlikning av kostnadsindekser og KPP - data for nye Aker i forhold til Ahus og Stavanger.

Det er i denne prosessen viktig å ha med seg følgende forhold når man lager slike sammenlikninger:

2.2.1 Oslo har storbyens utfordringer

Sykdomsbelastningen er større i Oslo-området enn på Vestlandet og vil ha større utfordringer enn AHUS pga. storbyproblemer.

Variierende etnisitet og innvandrerpopulasjoner som viser seg å ha høyere grad av morbiditet og som stort sett er samlet i Oslo Øst. Dette er en utvikling som kan øke med økt behov for tolketjeneste og lengre tid for konsultasjon for å nevne noe

2.2.2 OUS og Aker vil ha pasienter fra bydelene til Lovisenberg og Diakonhjemmet pga. lav egendekningsgrad

Denne skal øke, men det vil være mange medisinske problemstillinger hvor de ikke vil være i stand til å bygge tilstrekkelig kompetanse, særlig i forbindelse med høytider og ferier. Disse pasientene vil bli håndtert av OUS og Aker og vil påvirke KPP.

2.2.3 Rusutfordringer

Rusutfordringer er ulikt fordelt i Norge og Oslo trekker til seg ulike brukere med disse utfordringer. Dette medfører at OUS og Aker vil ha større problemer innen dette enn både SUS og AHUS

2.2.4 Legevakt og Samhandlingsreform

Oslo kommunale legevakt er enestående i sitt slag i Norge og behandler mange pasienter som ellers ville ha blitt innlagt. Slikt skal det være og er en del av oppdraget som kom via Samhandlingsreformen. Dette medfører imidlertid at Oslo sykehusene får lagt inn dårligere pasienter med sammenliknbare diagnoser enn SUS og AHUS som ikke har en like velfungerende prehospital tjeneste. Pasienter med lettere grad av lungebetennelse, hjertesvikt, angst og uro blir håndtert prehospitalt og unngår dermed innleggelse.

2.2.5 Turisme / pendlere

Stort volum av pasienter som blir syke mens de er turist eller på arbeid. Gir et ekstra volum som ikke må underkommuniseres.

Klinikk for Hode,- Hals og rekonstruktiv kirurgi

Oppsummering

	Vekst 2017-2035	Leger	Sykepleiere	Øvrig klinisk personell	Sum pas rettet årsverk	Øvrig drifts-personell	Adm og ledelse	Sum årsverk
Nullalternativet fremskrevet til 2035	32 %	93	315	61	468	11	112	591
Bemanning i nye bygg fremskrevet til 2035 - med gevinster	32 %	86	290	56	431	10	103	544
Gevinster fremskrevet til 2035		-7	-25	-5	-37	-1	-9	-47

Deretter er det forutsatt at Øre, nese hals avdelingen og Kjeve ikke vil ha noe restaktivitet på Ullevål, men at det vil være noe aktivitet som går over til Aker ihht beregningene fra sykehusbygg. Tilsvarende er det forutsatt at Øyeavdelingen sin aktivitet i helhet blir på Ullevål frem til flytting til Gaustad. Når det gjelder gevinstrealiseringene så er det relativt grove forutsetninger som er lagt til grunn. I perioden frem til 2035 er det lagt inn 8 % reduksjon i legepersonell, pleiepersonell og administrativt personell (kontor m.m.), mens det er lagt inn noe lavere reduksjonsfaktor for annet klinisk personell. For legegruppen er besparelsene først og fremst knyttet til mindre reising mellom lokalisasjoner og at man har nærhet til samarbeidende avdelinger. I tillegg til at man forventer en gevinst av ny teknologi. For pleiepersonellet, både på post og poliklinikk, bør man også kunne hente inn effekter av nye bygg og ny teknologi. Her vil det også være noen samlokaliseringsevinster, særlig for Kirurgisk avdeling for barn. For kontor forventer man ny teknologi og nytt og bedre utformet sykehus vil kunne gi en del besparelser, også der særlig knyttet opp mot poliklinikk. Selvinnsjekkautomater, elektronisk postgang er eksempler på ting som vil kunne effektivisere kontorpersonellens arbeid i forhold til dagens situasjon.

Gjennomgang av gevinstområder

1. Poliklinikk/dagbehandling

HHA ser at det er flere ting som kan gi effektiviseringsgevinster ved innflytting til nye lokaler på Gaustad. Dette vil være gevinster både for legetjenesten som ved mer hensiktsmessig arealer vil ha mindre tidstap ved å bevege seg frem og tilbake, men kanskje først og fremst for de merkantile fag. Ny teknologi vil både gjøre arbeidsmengden mindre ift. skrankefunksjon samt postgangen. Dette vil kunne frigjøre ressurser som brukes på disse arbeidsoppgavene i dag. Forhåpentligvis vil man i det nye sykehuset også kunne ha anskaffet et godt romplanleggingsprogram. Dette vil kunne bidra til at riktig konsultasjoner gjøres på riktig rom (konsultasjoner som trenger spesialutstyr gjøres der man har det osv). Og vil bidra til at poliklinikkarealene brukes bedre enn i dag

2. Operasjon/PO/Intensiv

Også innenfor området operativ drift så vil det ligge besparelser ved å samle aktivitet for legetjenesten og unngå tapt tid på å bevege seg fra ett sted til et annet. I dag er det særlig Plastikkirurgisk enhet i HHA som har operativ virksomhet på flere steder. Selv om noe av denne virksomheten kanskje vil flyttes til Aker så vil man ha virksomhet på en plass mindre enn i dag. Man kan også tenke seg at fremtiden vil føre til at man får mindre og mer mobilt utstyr som gjør det enklere å flekse mellom stuer ved behov. Dette vil innebære at man får en mye bedre stueutnyttelse enn hva man har i dag. Ved å øke bemanningen knyttet til oppvåkning vil man kunne kjøre gjennom flere pasienter per stue ved at neste pasient vil kunne tas inn mye raskere.

3. Sengeposter

Ved at kirurgiske barn flyttes opp til Gaustad så vil man kunne gå fra fire til tre sengeposter i det fremtidige sykehuset. I tillegg er dagens Kirurgiske Avdelinger for Barn (KAB)'er lokalisert langt fra hverandre og i praksis hindrer mye samarbeid mellom postene. Nye lokaliteter vil kunne gi ganske stor effekt for disse postene. For de andre postene i HHA vil det ikke være vesentlige samlokaliseringseffekter. Felles for alle sengepostene vil være at man kan dra effekt av nye og moderne lokaler, både i forhold til utforming og at man vil ligge i nærhet til samarbeidende enheter. Ensengsrom for pasientene vil kunne medføre til noe større behov for pleiere på post, selv om dette i den andre enden vil ha noen positive effekter for redusert sannsynlighet for smitte som et eksempel.

4. Annet - Vaktorganisering

De fleste av HHA sine avdelinger er allerede samlokalisert ift Vakt. Men Plastikkirurgisk avdelingen vil kunne slå sammen vaktlagene på Ullevål og RH og dermed vil man kunne gå ned ett vaktlag ift dagens situasjon. Ut over dette er det vanskelig å se at man vil ha noen besparelser på vaktlag.

Særskilt for etappe 2

		Gevinster i fase 2 - 2032							
		Leger	Sykepleiere	Øvrig klinisk personell	Sum pas rettet årsverk	Øvrig driftsperson ell	Adm og ledelse	Sum årsverk	Kommentar
HHA	Alle lokasjoner	-4,00	-4,00	-1,00	-9,00		-5,00	-14	Gjelder Øye

Øyeavdelingen er allerede i dag en sammenslått avdeling og vil ikke ha noen store samlokaliseringseffekter. Men på lik linje med andre avdelinger så forventes at ny bygg med nærhet til samarbeidspartnere og ikke minst ny teknologi vil forbedre avdelingens drift vesentlig. Dette vil være både innenfor poliklinikk, dagkirurgi og operativ virksomhet.

Nevroklinikken

Oppsummering

	Vekst 2017-2035	Leger	Sykepleiere	Øvrig klinisk personell	Sum pas rettet årsverk	Øvrig drifts-personell	Adm og ledelse	Sum årsverk
Nullalternativet fremskrevet til 2035	26 %	200	209	120	529	24	108	661
Bemanning i nye bygg fremskrevet til 2035 - med gevinster	26 %	197	195	116	509	23	98	629
Gevinster fremskrevet til 20135		-3	-14	-4	-20	-1	-10	-32

Nevroklinikken vurderer potensialet for bemanningsreduksjon ved å samle store deler av aktiviteten i nye bygg på Gaustad for å være om lag 5 %. Samling av nevrokirurgisk avdeling har størst gevinst potensiale. Samtidig vil et flytt av 2/3 deler av aktivitet innen nevrologi og hele fysikalsk medisinsk avdeling åpne opp for nye måter å organisere pasientlogistikken i klinikken. Vi forventer at dette vil bidra til en lavere bemanningsvekst enn framtidig aktivitetsvekst. Samtidig må nevrologisk avdelingen fortsatt ha aktivitet på to steder, Aker og Gaustad. Den bergenser noe av potensielle gevinster en samling av fagområdet på ett sted ville gitt.

Det er lagt til grunn følgende aktivitetsstrømmer for å estimere potensielle gevinster:

- All aktivitet innen nevrokirurgi samles på Gaustad.
- Fysikalsk medisinsk avdeling: Sengeposten for tidlig rehabilitering av hodeskader må legges til på Gaustad pga traumevirksomheten.
- Nevroklinikkens avdelinger og aktiviteter er samlokalisert optimalt og i nærheten av samarbeidende enheter.

Klinikken forutsetter uendret arbeidsproduktivitet ved nullalternativet. Dette betyr at bemanningen vokser like mye som aktiviteten. Klinikken estimerer en bedring i arbeidsproduktivitet på om lag 5 %. Det gir 44 færre årsverk enn i nullalternativet. Gevinster er todelt: (1) Samlokaliseringseffekter (2) Behov for lavere bemanningsvekst enn aktivitetsvekst fra 2027 til 2035. Klinikken forventer størst potensiale for bemanningsreduksjon innen sengepostdrift. Det vil gi reduserte sykepleier årsverk. Ny organisering og samlokalisering vil kreve færre ledere enn ved drift på flere lokalisasjoner. Det vil også være behov for mindre vekst innen merkantile funksjoner enn aktivitetsvekst som følge av ny organisering av aktivitetsstrømmer og ved innføring av nye teknologiske løsninger.

	Estimert andel av gjenværende aktivitet fordelt			Korrigert fordeling av aktivitet nye kriterier fra klinikk			Korrigert fordeling av bemanning basert på fordeling av aktivitet		
	Aker	Gaustad	Ullevål	Aker	Gaustad	Ullevål	NYE Aker	NYE Gaustad	REST Ullevål
NEVROKLINIKKEN	0 %	56 %	44 %	18 %	81 %	1 %	101	491	57
AVD. FYSIKALSK MEDISIN OG REHABILITERING	0 %	0 %	100 %	50 %	50 %	0 %	36	36	0
AVDELING FOR NEVROHABILITERING	0 %	0 %	100 %	0 %	0 %	100 %	0	0	38
FOU, KKN	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %	0	0	7
NEVROKIRURGISK AVDELING	0 %	60 %	40 %	0 %	100 %	0 %	0	290	0
NEUROLOGISK AVDELING	0 %	59 %	41 %	31 %	67 %	1 %	66	142	3
PSYKOSOMATISK AVDELING	0 %	100 %	0 %	0 %	100 %	0 %	0	23	0
SSE AVDELING FOR KOMPLEKS EPILEPSI	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0	0	0
STAB, KKN	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %	0	0	9

Gjennomgang av gevinstområder

1. Poliklinikk/dagbehandling

Samlet poliklinikk og dagbehandling på ett sted på Gaustad vil åpne opp for nye muligheter. Vi ser for oss en felles Nevro dagavdeling og poliklinisk enhet for klinikken. Dette gir mulighet til bedre utnyttelse av personell på tvers av avdelingene. Nærhet til støttefunksjoner i kombinasjon med bedre koordinerte pasientforløp og ny teknologi ift reservasjonssystemer, selvinnsjekk, felles støttefunksjoner, vil gi en høyere arbeidsproduktivitet enn i nullalternativet. Dette vil også åpne opp for større muligheter for arbeidsglidning på tvers av yrkesgrupper.

Klinikken har i dag klinisk nevrofysiologiske enheter ved avdelingene nevrokirurgi, nevrologi(både Ullevål og RH) og på SSE. En samling av fagområde kan være aktuelt, men klinikken er usikker på om det kan gi reduksjon i bemanning da dette er en enhet i vekst for diagnostisering av både våre pasienter og i andre klinikker hvor Nevroklinikken yter bistand (eks ortopedi, hjerte/ lunge, barn)

2. Operasjon/PO/Intensiv

Klinikken har i dag operasjonsaktivitet innen nevrokirurgi både på Ullevål og på Rikshospitalet. Det blir utført ca. 1800 operasjoner på Ullevål. En samling av operasjonsaktivitet vil gi bedre koordinerte operasjonsforløp i tett samarbeid med resten av virksomheten. Samtidig vil dette gi besparelser knyttet til beredskapsvakter av operasjonssykepleiere på alle vakter, spesielt på natt. Nevrokirurgi på Ullevål har i dag en stueutnyttelse om lag 80 %, mens Rikshospitalet har en utnyttelsesgrad på 70 %. Moderne operasjons stuer med ny teknologi og logistikksystemer, vil derfor føre til bedre bemanningsutnyttelse enn både i dagens drift og i null alternativet. Dette tilsier mindre vekst i bemanning enn aktivitetsvekst fram til 2035.

Hybride stuer kan gi nye muligheter til å benytte ressurser på tvers mellom stuene og det vil øke knivtiden. Men dette forutsetter optimal utforming og organisering av operasjonsstuene, samt topp moderne teknologiske løsninger.

3. Sengeposter

Følgende sengeposter i klinikken blir berørt av flytt til Gaustad:

- Nevrokirurgi: Har i dag 24 senger på Ullevål. Deler av sengeposten understøtter kjeveaktivitet i HHA. Begge funksjoner er definert som regionsfunksjoner og flyttes til Gaustad.
- Fysikalsk medisin og rehabilitering: Har i dag 6 senger på Ullevål.
- Nevrologi: Avdelingen har 20 senger på Ullevål. Forutsettes 2/3 deler av denne kapasitet skal til Gaustad og resten til Aker.
- Statens Senter for Epilepsi (SSE): 93 senger. Flyttes til Gaustad i etappe 2.

Klinikken mener en samling av sengepostene innen fagområdene nevrokirurgi, nevrologi og fysikalsk medisin vil gi større fleksibilitet. Dette vil gi en drift med lavere kostnader pr. seng enn i dag. Klinikken forutsetter at det blir gitt sengeareal til alle våre sengeposter i samme etasje. Klinikken ser for seg tre seksjoner med sengeposter på Gaustad; en ordinær sengepost, en intermediærpost og en rehabiliteringspost for traumatiske hodeskader. Dette vil skape et robust nevrofagmiljø som spiller hverandre gode og som støtter opp driften på tvers av enheter ved behov. Vi anser følgende driftsmessige grep vil redusere kostnader enn i nullalternativet:

- Felles turnus på tvers av våre fagområder som vil være samlet på ett sted.
- Større og robust sengepost vil redusere sårbarhet ved svingninger i aktivitetsbildet og dermed lavere variable lønnskostnader.
- Lavere bemanning på natt.
- Mulighet til å innføre 12-timers vaker med flere personer i turnus. I dag er det kun nevrokirurgiske sengeposter på Rikshospitalet som har denne ordningen. De andre sengeposter ikke har innført som følge av at de ikke har stor nok bemanning i turnus.
- Smådriftulemper som vi har i dag med drift av fysikalsk medisinske sengepost bortfaller.
- Bedre isoleringsmuligheter vil medføre at flere senger kan driftes enn i dag og dermed unngå strykninger av elektiv kirurgi som vi har i dag pga. smitteproblematikk.
- Nye teknologiske løsninger vil bedre overvåkningsmuligheter av krevende pasienter. Det vil bidra til å redusere behovet for fastvakter som vil være en økende problemstilling i fremtiden grunnet økende pasienttyngde.
- Bedre pasientlogistikk og samarbeid med avdelinger som gir støtte tjenester.

Den største ulempen klinikken ser ved drift på Gaustad er at det blir bygget mange ensengsrom. Vi forutsetter at rommene kan slås sammen ved behov. Per i dag har nevrokirurgi og nevrologi til sammen 3 ensengsrom. Flere pasienter i sengerom gir bemanningsfordeler. Det er mindre bemanningskrevende å overvåke flere dårligere pasienter på ett rom.

4. Annet

4.1 Vaktorganisering

Det er naturlig å se på organisering av vaktordninger i de avdelingene som har aktivitet på flere lokalisasjoner i dag, nevrokirurgi og nevrologi. Økende sub spesialisering vil medføre en eskalering av leger i null alternativet, men samlokalisering av fagområder vil medføre større og robuste fagmiljøer som vil dempe bemanningsutviklingen. Innen nevrokirurgi forutsettes tilstrekkelig stuekapasitet dagtid/kveld frem til 23, med 0. hjelpskapasitet. Det vil begrense behovet for antall 0. hjelps operasjoner mellom kl. 00 og 0700. Dette vil ha noe innvirkning på antall personer som har vakt om nettene. Samtidig må avdelingene ha en beredskapsordning som dekker behovet for spisskompetanse. Det er derfor knyttet stor usikkerhet til antall vaktlag i nytt sykehus. Antall personer som inngår i vaktlag vil derimot være noe mindre enn i null alternativet innen nevrokirurgi. Effekten innen nevrologi som vil ha aktivitet på to lokalisasjoner(Aker og Gaustad) er usikker.

Særskilt for etappe 2

Virksomhet på SSE skal flyttes til Gaustad i etappe 2. I dag har avdeling aktivitet spredt på mange nedslitte bygg i Sandvika. Samlet aktivitet på ett og samme bygg vil gi driftsfordeler tilsvarende 12 årsverk. Dette forutsetter at avdelingen plasseres i nye bygg sammen med andre samarbeidene avdelinger på sykehuset. I dag brukes utgifter til transport av pasienter og personell til Rikshospitalet tilsvarende 0,5 MNOK per år. Dette vil bortfalle ved samlokalisering, i tillegg til tidsbesparelse mht tverrfaglige møter som i dag er på Gaustad. Det vil være betydelige faglige gevinster pga. nærhet til nevrokirurgi, nevrørøntgen, andre spesialavdelinger og lab. På Gaustad.

SSE vil ha betydelige behov for vedlikehold av bygg fram til etappe 2. Det er blant annet planlagt en oppussing av et av sengeareal i 2019 med en estimert kostnadsramme på om lag 60 MNOK. Avdelingen har aktivitet i flere andre bygg som også vil kreve betydelig vedlikehold inntil nytt sykehus er på plass.

Ortopedisk klinikk

Oppsummering

Klinikken anser at en flytting i lokaler som blir tilpasset klinikkens virksomhet med optimale IKT-systemer, gir en driftsmessig gevinst. Klinikken logistikk-kabal er kjernen for en effektiv driftsmodell og utformingen av lokalene er derfor sentralt for effektiviteten og får en konsekvens. Man mener at dette vil kunne gi en besparelse på inntil 6 % (helårseffekt) i redusert bemanningsøkning sammenlignet med nullalternativet i et optimistisk perspektiv. Da med utgangspunkt i den aktivitets- og organisasjonsmodellen vi kjenner til i dag.

Om man fortsetter på Ullevål er det klinikkens oppfatning at bemanningsutvikling ansees å øke fra 341 årsverk i 2017 til 456 årsverk i 2035 for å holde tritt med antall pasienter ihht framskrivningen. Om vi flytter til nye optimale lokaler anser klinikken at man sparer 27 årsverk på grunn av mer effektiv drift.

	Vekst 2017-2035	Leger	Sykepleiere	Øvrig klinisk personell	Sum pas rettet årsverk	Øvrig drifts-personell	Adm og ledelse	Sum årsverk
Nullalternativet fremskrevet til 2035	34 %	88	222	63	374	7	75	456
Bemanning i nye bygg fremskrevet til 2035 - med gevinster	34 %	83	209	59	352	7	71	429
Gevinster fremskrevet til 2035		-5	-13	-4	-22	0	-5	-27

Forutsetninger lagt til grunn

Tilpasset arealfordeling og romløsning

Nøkkelen til en effektiv drift handler om pasientflyten og avstand mellom rom, lager, tilgang til ulike fagområder osv. er viktig for gevinstrealiseringen.

Optimale IKT-systemer

Klinikken har lagt til grunn at gode tekniske systemer og løsninger fungerer optimalt og dekker behovene og hensyn til brukervennlighet.

Sammensetning av ansatte og lokalisering av fagområder

Klinikken er svært opptatt av å holde fagmiljøet og ledelsen samlet for å sikre et fortsatt kompetent og internasjonalt fagnivå på bemanningen. Det gjelder alle fagområder og klinikken er opptatt av å legge Forskning og Utvikling, utdanning og klinikkledelse med stab til Gaustad for å ivareta nærhet mellom ledelse og aktivitet.

Klinikken har også lagt til grunn samme sammensetningen av profesjoner i bemanningen i 2027 som i dag.

Gjennomgang av gevinstområder

1. Poliklinikk/dagbehandling

Fakta fra DIPS

Antall polikliniske konsultasjoner på Ullevål i 2017 er 25 781, dagbehandling 2.298 pasienter.

1.1 Mer effektiv poliklinikk pga. flere behandlingsrom per lege

Klinikken har lagt til grunn for gevinstrealiseringen en mer effektiv poliklinisk virksomhet. I dag er poliklinikken organisert med et undersøkelsesrom per lege. Dette er en uhensiktsmessig organisering som er lite effektiv. Legene bruker mye tid på å hente pasient, kle av og kle på pasienten og følge pasienten ut av undersøkelsesrommet.

Klinikken har i dag betydelige ventelister, og de fleste leger ser på 10-12 pasienter (men her er det forskjell på spesialitetene) per dag. Dette er egentlig et veldig lavt tall sammenliknet med andre land der poliklinikk er mer tilrettelagt for legen å se på flest mulig pasienter.

Ved å ha to undersøkelsesrom med et lite kontor i mellom (til blant annet diktering) vil legen kunne gå mellom rommene og komme inn til pasient som er klar til undersøkelse og samtale. Dette vil utvilsomt øke effektiviteten med opp til 50 % (eller mer!). Kvaliteten og kostnad på poliklinikken bør ikke bli påvirket, selv om man øker volumet av pasientbehandling betydelig.

Dette forutsetter at man setter ned en gruppe som tar del i utformingen av lokalene man tenker seg, slik at man tidlig kan påvirke areal, romdeling, nødvendig utstyr osv. Bemanning for dette gruppearbeidet er ikke hensyntatt i analysen.

Poliklinikk i dag på Ullevål har sine begrensninger på grunn av utformingen av lokalene. Man trenger en grunnleggende endret organisering av arealene for å bli med effektiv og det er denne endringen som ligger til grunn for klinikkens gevinstrealisering innenfor poliklinikk.

2. Operasjon/PO/Intensiv

2.1 Organisering av operasjonstid for å redusere blokkering av op. stue

Klinikken er opptatt av å se til andre land for å bli inspirert for å forbedre driften. Ved å utvide arealet for legene slik at man kan flekse mellom flere rom, legger man til rette for økt tilgang til operasjonsstuene. Dette har klinikken lagt til grunn i gevinstrealiseringen.

I dag blir de aller fleste ortopediske pasienter lagt i narkose inne på operasjonsstuen. Likeså er avslutningen av narkose (etter at selve operasjonen er ferdig) inne på operasjonsstuen. Dette medfører at omtrent halve tiden pasienten er inne på operasjonsstuen brukes til anestesiprosedyrer. Man er kjent med sykehus hvor all innledning inklusiv narkose og leiring på operasjonsbordet skjer på innledningsrom. Likeså har man rom som pasienten trilles ut på og vekking av pasient skjer her. Plexus, nerveblokkade etc. gjøres så på recovery rom (eller mer sal, plass til 10-15 pasienter) og ikke blokkerer operasjonsstuer som i dag. Skifte tid mellom operasjonen bør kunne reduseres fra 2-3 timer til under 1 time. Med en slik pasientflyt bør man klare 3 inngrep (omtrent kirurgi tid på 2 timer) mot dagens 2 inngrep. En slik effektivisering av operasjonsstueutnyttelse vil ha store og åpenbare gevinster.

Dette forutsetter at man setter ned en gruppe som tar del i utformingen av lokalene man tenker seg, slik at man tidlig kan påvirke areal, romdeling, nødvendig utstyr osv. Bemanning for dette gruppearbeidet er ikke hensyntatt i analysen.

2.2 Nytt «Spine-center» - Avansert ryggkirurgi-Senter

Klinikken er opptatt av å se fremover og finne gode løsninger for tverrfaglig samarbeid til det beste for pasientene. For å nå målene om effektiv drift og vår kalkulerte gevinstrealisering i fremtidige lokaler, vil vi legge frem følgende tverrfaglige arbeidsmodell mht ryggkirurgi:

Ved å samle alle fire enheter som i dag driver med avansert ryggkirurgi (nevrokirurgi Ullevål og Rikshospitalet, og ortopediske ryggseksjoner på ORU og ORH) i et «spine-center» bør man få en stor enhet med klare muligheter for heving av kvalitet, kompetanse og forskning. Allerede i dag har vi samarbeid på tvers av klinikkene, men ved en slik sammenslåing vil dette bli systematisk og formalisert. Man får det beste av to spesialiteter. I tillegg vil man kunne se på eget vaktlag, som ville kunne gi spisset vaktkompetanse.

Det er allerede i dag stadig mer vanlig internasjonalt med store spinale enheter, der man henter kompetanse fra både det ortopediske og nevrokirurgiske miljøer.

Et nytt bygg på Gaustad vil kunne gi en slik mulighet både bygningsmessig og organisatorisk. Dette forutsetter at man setter ned en gruppe som tar del i utformingen av lokalene man tenker seg, slik at man tidlig kan påvirke areal, romdeling, nødvendig utstyr osv. Bemanning for dette gruppearbeidet er ikke hensyntatt i analysen.

2.3 Mer om operasjon/PO/Intensiv

Klinikken har derfor lagt til grunn for gevinstrealiseringen optimale arealer for operasjon. På Ullevål har klinikken i dag 78 % Ø-hjelps pasienter (2017).

- Nye lokaler må være store nok (80-100 m² og større) for alt nødvendig utstyr. Utstyret er tungt og fysisk stort og det er ikke hensiktsmessig å flytte dette rundt
- Tilstrekkelig med tilhørende støtterom som innledningsrom og utledningsrom.
- En riktig miks av standardiserte og fleksible rom for Ø-hjelp og elektive operasjoner
- Samling av operasjonsaktivitet for å sikre nærhet til tverrfaglighet
- Optimal plassering av spesialrom, sitterom og mottaksområder
- Nærhet til pre – post operativ - overvåking gir mulighet for lavere nivå på senger (Intermediær)
- Nærhet til radiologi er viktig for å få mer ut av poliklinikkarealet, tilsvarende nærhet til blodprøver, anestesi og tilsynsfunksjoner, apotek mv.
- Fellesarealer gir større fleksibilitet for avlastning av rommene og bedre ressursutnyttelse fordi man kan jobbe parallelt
- Gode logistikksystemer for håndtering av sterilt gods er en svært viktig faktor for klinikken. Klinikken diskuterer om man ønsker å se på organisering av logistikken rundt dette, men det er ikke hensyntatt i gevinstrealiseringen
- Viktig med større fleksibilitet i forhold til spesialsykepleiere og tilgang til deres fagområder

Lokalene på Ullevål er ikke hensiktsmessig på lang sikt. Utformingen av rommene i seg selv er for små, trange og uten nødvendige støtterom. Lagring skjer i dag i korridor og på nødvendige

lagerrom/avlastningsrom. Klinikken er av den oppfatning at nye skreddersydde lokaler vil gi besparelse på bemanning samtidig som man kan øke aktiviteten.

3. Sengeposter

Fakta fra leder av sengepost

Antall effektive senger: 56 senger fordelt på 3 sengeposter (2018)

3.1 Sengeposter

Klinikken har i dag fasiliteter som ikke oppleves å bidra til effektiv drift fordi rommene ikke er tilpasset pasientbehovet. Klinikken har pasienter med økende smitte-belastninger som krever bruk av enerom i økende grad, samtidig som man ser at pasientene er mer komplekse og har høyere pleiefaktor en tidligere og trenger mer ro enn tidligere. Smitterisikoen leder til at rommene blir blokkert for andre pasienter som ofte fører til tungvinte løsninger som krever høy bemanningsfaktor. Klinikken mener at nye lokaler tilpasset våre pasientbehov vil kunne bidra til gevinstrealisering da man kan få bedre fasiliteter som øker effektiviteten uten særlig bemanningsøkning.

Klinikken har inkludert følgende fasiliteter i gevinstrealiseringen:

- Minst 40 % ensengsrom med bad (isoleringsmuligheter)
- Økt tilgang til nærlager
- Standardisering av rom slik at utstyr som forventes som standard, faktisk er på plass

Barne- og ungdomsklinikken

Oppsummering

Estimerte gevinster - etappe 2						
Leger	Sykepleiere	Øvrig klin. Pers	SUM	Øvrig drifts. pers	Adm og ledelse	SUM
-5	-14	-7	-27	-1	-7	-35

Det er her antatt en effektivisering i etappe 2 på 34 årsverk ved å flytte mesteparten av aktiviteten i BAR fra UL til Gaustad (men en del nyfødt til Aker). Vi anslår mulig reduksjon (NB: i forhold til forventet vekst i perioden på 21 %): 3 % leger, 4 % sykepleiere. Øvrig klinisk personell reduseres med 4 %. Driftspersonell reduseres 3 %, adm. og ledelse reduseres 6 %. Nyfødt vurderes spesielt og anslås kun å ha 1 % reduksjon innen sykepleie og ikke noe innen andre områder. Nyfødt vil fortsatt ha stor virksomhet to steder. Det legges til grunn at samling av intensivaktiviteten i en stor avdeling på Gaustad med antatt 45 senger og all tung intensiv vil kunne driftes mer effektivt enn dagens RH og US grunnet større robusthet mot svingninger og all tung intensiv ett sted. Imidlertid vil enheten på Aker med antatt 17 senger være helt alene og uten mulighet for samarbeid med andre barneposter og andre støttefunksjoner utenfor BAR. Dette vil være en klar driftsuleppe i forhold til dagens situasjon på Ullevål. Det er viktig at grensen for prematur fødsel på Aker settes til 34 uker. En lavere grense vil gi større driftsuleppe på Aker. Vi legger til grunn at disse to motsatte effektene for nyfødt vil oppveie hverandre når det gjelder samlokalisering.

Selv om hele BAR er i relativt nye bygg (Barnesenteret på Ullevål ble åpnet like for dagens RH), vil også nyfødt ha driftsmessig gevinst av overgang til nye og moderne bygg, kfr mer «enerom» med overnattingsmulighet foreldre som gjør at behov for å leie hotellrom til disse faller vekk. Nye bygg vil også bidra til redusert smitteproblematikk og bedre logistikk etc.

Det at BAR har nesten all sin pasientaktivitet i bygg fra ca år 2000 tilsier at effektiviseringsgevinsten ved å gå over til nye bygg for BAR er noe mindre enn for ulike voksenområder som har sin virksomhet i bygg som er 100 år eldre.

Dette dokumentet omhandler kun OUS interne driftsgevinster. Den største gevinsten ved samling på Gaustad er faglig ved at vi kan gi et bedre tilbud innen behandling, fagutvikling, forskning, utdanning og opplæring. Vi mener dette vil bidra til en klar samfunnsøkonomisk gevinst og at det styrker begrunnelsen.

Gjennomgang av gevinstområder

1. Poliklinikk/dagbehandling

Pasientene registrerer seg selv ved ankomst og avreise, dvs. innsjekk og utsjekk med betaling. ORT regnet ut 4,7 % besparelse hos seg ved innføring av dette med dagens teknologi. Dette vil gi betydelig reduksjon i behov for kontoransatte (og bruk av brev/papir) og lette muligheten for å ivareta en stor vekst i antall pasienter med mindre vekst i personellbehov.

Hensiktsmessige rom og gode pol/dag arealer vil legge til rette for effektiv drift og mer overgang fra døgn til dag/ pol. Gode ventearealer vil legge til rette for at dagpasienter med kompliserte utredninger kan være der mellom "stasjoner" i utredningen. Nå legges en del slike pasienter inn,

mens de kunne vært dagpasienter med gode lokaler og gode logistikksystemer som til enhver tid vet hvor pasientene er i sine forløp og hvor personalet effektivt kan kommunisere elektronisk seg mellom og med pasientene. Alle vet hvor pas er og skal.

Samling av dagens to poliklinikker og to dagenheter i ett område (Ullevåls dagenhet er i dag et annet sted enn poliklinikken) vil gi større robusthet og noe reduksjon i ledelse og støttefunksjoner. Vi ser at en del pasienter som er til kontroll hos mindre erfarne leger inkl. LIS, ikke blir helt avklart under konsultasjonen, og derfor settes opp til fornyet kontroll. Med større samlet drift og moderne logistikk- og kommunikasjonssystemer vil vi kunne sikre at avklaringer kan gjøres samme dag i samarbeid med mer erfarne overleger og subspecialister som er tilstede på poliklinikken.

Tilsvarende vil samling innen et større og moderne område legge til rette for sykepleiedrevet (og annet fagpersonell som klinisk ernæringsfysiolog, fysioterapeut etc.) poliklinikk.

2. Operasjon/PO/Intensiv

For BAR gjelder dette kun nyfødtintensiv, se innledningen. Nyfødt vil fortsatt ha virksomhet to steder (Gaustad og Aker). De vil likevel ha noe driftsmessig gevinst av overgang til nye og moderne bygg, kfr mer «enerom» med foreldre tilstede og betydelig større plass per pasient, vil gi mindre smitteproblematikk. Dette er allerede en stor utfordring i dag og vil forventes å øke betydelig videre de neste årene. Gevinsten i forhold til å bli i dagens bygg vil derfor øke.

Hvorvidt enerom per se (unntatt smitteproblematikk) gir mindre bemanningsbehov for nyfødtintensiv er svært usikkert ut fra internasjonal erfaring. Foreldrene kan bidra mer, men samtidig er det vanskeligere for en sykepleier å ha ansvar for/bidra til å følge opp flere barn.

Byggtiltak for bedre logistikk etc. vil også bidra; se sengeposter under.

Det området som vil ha størst positiv effekt av samling er barneintensiv som har små enheter både på RH og US i dag. Særlig US enheten er liten og ligger alene. Samling på RH vil gi betydelige positive gevinster faglig og driftsmessig. Driftsansvaret for barneintensiv ble imidlertid overført fra BAR til AKU 1. nov 2017. Ved å legge barneintensiv og nyfødtintensiv nær hverandre vil det kunne bidra til økonomiske driftseffekter ved at sykepleierne på begge fagområdene har tilnærmet lik kompetanse og kan således benyttes som buffer.

3. Sengeposter

En hoved effektiviseringsgevinst for BAR er knyttet til å få samle våre sengeposter for barn etter nyfødt, samt tilhørende støttefunksjoner. Begge sengeposter på US har i dag 10 senger og RHs tre sengeposter har 15-17 senger. Mye tyder på at optimal sengepoststørrelse i for barn ligger på opp mot 20 senger. Dessuten må alle disse sengepostene ligge samlet slik at vi kan ha fleksibilitet i fordeling av personalet og til en viss grad i fordeling av pasienter evt fordeling av sengerom mellom ulike poster/fagområder. Dette gjelder både i perioder med full drift og i helg og ferier. Noe av virksomheten bør organiseres som 5-dagers post i samme område.

Samtidig bør dagens 4 sengeposter for kirurgiske barn (som tilhører KIT) plasseres i nærheten til BAR sengeposter slik at samarbeidet om effektiv drift (og bruk av støttepersonell) kan styrkes. I dag ligger flere kirurgiske sengeposter for barn på RH så langt unna BAR at samarbeid umuliggjøres. Innad i et slik stort barnesenter vil samarbeid om effektiv ressursbruk kunne styrkes betydelig.

Et område med spesielt stor effekt av samling er intermedier eller barneovervåking, dvs pasienter i grenselandet mellom sengepost og barneintensiv. Vi har to små enheter i dag på US og RH hvor enheten på US ligger adskilt fra øvrige sengeposter, men nær barneintensiv. En samling i en større,

robust slik enhet i rimelig nærhet til barneintensiv vil gi betydelige gevinster både i driften av disse og for øvrige barnesengeposter.

Enerom hvor foreldre har overnattingsplass gjør at foreldrene kan ta større ansvar og «lære seg barn og sykdommen» bedre. Bedret mestring kan bidra til kortere sengepostopphold evt ved øket bruk av avansert hjemmesykehus og pol/dag.

Standardisering av utstyr og måter å jobbe på tvers av alle sengeposter vil gjøre det lettere å hjelpe hverandre og vil redusere ressursbruken til opplæring.

God logistikk i nye bygg inkl. skjermer, klinisk logistikk og kommunikasjon personale seg i mellom og med pasientene vil bedre pasientflyten.

Enerom med bad vil gi reduserte problemer med smitte mellom pasienter. Dette er allerede et betydelig problem og forventes å øke betydelig fremover.

Det vil være behov for færre seksjonsledere, fagspl, MTU-spl og driftspl når driften samles ett sted med noe større sengeposter. Bedre samdrift på en lokalisasjon vil redusere bruken av innleie og variabel lønn som i denne presentasjonen samles under «redusert antall ansatte».

4. Annet

4.1 Vaktorganisering

BAR har få vaktlag i dag i forhold til volum av senger, ulike spesialfunksjoner/subspesialiteter og antall nye pasienter som må tilses per døgn enten disse legges inn eller ikke (inkl. nyfødte på barsel). En 20 % videre økning i pasientaktivitet og kompleksitet vil kreve en økning i antall leger på vakt.

For nyfødt som må drives videre på to steder, vil vi ikke få noen positiv effekt av nye bygg på antall i vakt. For barn etter nyfødt, vil imidlertid en samling på Gaustad kunne legge til rette for en mindre økning i antall vaktlag og en bedre kvalitet i sammensetningen av disse, enn videre drift i dagens bygg vil gjøre mulig. Bortsett fra barnehjerte som har en tilstedefunksjon på Ullevål på dagtid lørdag og søndag, er det midlertid ingen av dagens vaktlag som ville kunne kuttes ut ved samling på Gaustad.

4.2 Medisinske støttefunksjoner

Klinikkene har noen ansatte kategorisert som støttefunksjoner.

Samling av barneverksamheten i et område på Gaustad vil gi en gevinst også for disse ved at samme personale server en enhet fremfor to helt adskilte.

4.3 Ulempekostnaden ved å være på to fysiske steder

Det er en ulempekostnaden ved å være på to fysiske steder for ledere og mange fagpersoner som i dag i betydelig grad reiser mellom de to sykehusene for felles møter og for å bistå i pasientbehandling. Vi har flere funksjoner som er lokalisert et sted, men hvor behovet for fagekspertise i pasientbehandlingen oppstår det andre stedet, kfr barnehjerte, barnekreft, gastro og organsvikt i egen klinikk og øye, ØNH, hud og barnenevrokirurgi i andre klinikker. Dette gir behov for at fagpersonell reiser mellom de to stedene.

Kvinneklubnikken

Oppsummering

Klubnikken forventer ikke noen effekter av nye bygg i etappe1. Dette fordi aktiviteten skal bli værende i eksisterende bygg på US. Veksten for Ullevål er estimert lavere enn RH og Aker. Det er ingen grunn til at den skal være det, men vi har valgt å fokusere kun på tallene for Gaustad. Antall fødsler ha ikke økt de siste årene, men SSB forventer vekst i fødetall de nærmeste årene og vi har derfor ikke valgt å korrigere ned veksten.

Klubnikken forventer en effekt av nye bygg i etappe 2. Denne er fordelt på yrkesgrupper følgende.

Estimerte gevinster - etappe 2						
Leger	Syke-pleiere	Øvrig klin. Pers	SUM	Øvrig drifts. pers	Adm og ledelse	SUM
-4	-9	-4	-17	-	-4	-21

Gjennomgang av gevinstområder

I følge plan skal Kvinneklubnikken i helhet på Ullevål i etappe 1. Kvinneklubnikken drift på Gaustad vil dermed være uendret fra nullalternativ og i etappe 1.

Særskilt for etappe 2

Kvinneklubnikken er heller ikke forespeilet samlokalisering på Gaustad for noen nye fagområder i etappe 2, man kan imidlertid se for mindre gevinster knyttet til bedre lokaler og stordriftsfordeler.

Dagens drift på Gaustad er svært krevende, da fødeavdelingen opprinnelig ble bygget for 1800 fødsler og man per i dag har ca. 2600 fødsler per år. Dersom man forutsetter gode, tilpassede lokaler i etappe 2 vil dette gi en bedre organisering av tilbudet (pasientflyt), som vil være mer ressurseffektiv. Den forutsatte veksten på 29 %, vil dessuten gi en fødeavdeling på Gaustad med ca 3350 fødsler per år. Det vil være mulig å få til dette med en noe mindre tilhørende prosentvis bemanningsøkning enn aktivitetsøkning. Avdelingen vil allikevel bli mer robust og mindre sårbar. Det vil også være mulig å effektivisere reproduksjonsmedisin ved en større økning i aktivitet enn bemanning. Samlet er effekten av bedre lokaler og økning i aktivitet, estimert til å kunne gi en gevinst på ca 21 årsverk (se tabell under pkt 3) i KVI.

Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon

Oppsummering

I denne innmeldingen er det lagt opp til en periodisering av gevinstrealiseringen basert på når de nye byggene står ferdige på Aker og Gaustad i 2027 og restbyggene i 2032. Basert på erfaringer fra andre sykehus antar klinikken at første driftsår vil inneholde en del oppstartsulemper. Effektene av de nye byggene vil derfor trolig slå inn i sin helhet først i 2028 og 2033. KIT treffes i liten grad av etappe 2, endelig avklaring av virksomhetsinnhold på Radiumhospitalet vil kunne treffe KIT i etappe 2. Dette i form av flytting av tung kirurgi. Driftsforbedringene for klinikken vil trolig være mindre i siste etappe. Klinikken har i innmeldingen lagt opp til en 5 % forbedring sammenlignet med nullalternativet frem mot 2027 og en 2 % forbedring for senere perioder. En samlet gevinstrealisering på 7 % fremskrevet til 2035.

Basert på en overordnet gjennomgang av driften i klinikken melder vi inn en ulik innsparingsgevinst på de forskjellige yrkesgruppene. Vi tror det vil være mulig med størst gevinst for administrasjon og ledelse. Dette fordi denne kategorien i liten grad øker proporsjonalt med aktiviteten. Nye hensiktsmessige bygg, automatisering og samlokalisering vil trolig gi større gevinst for driften på poliklinikk og sengeposter. Derfor tror vi det vil være mulig med en større gevinst for sykepleiere enn for legetjenesten. Klinikken har forsøkt å se på hvordan nye Gaustad vil påvirke vaktorganiseringen, og har kommet frem til at dette i liten grad vil gi gevinster for KIT grunnet spesialiserte funksjoner og vakter. Det vil være mulig å redusere til et vaksjikt for barnekirurgen.

Vi har lagt inn 8 årsverk på Ullevål som en driftsulempe som følge av restdrift på US mellom etappe 1 og etappe 2.

	Vekst 2017-2035	Leger	Sykepleiere	Øvrig klinisk personell	Sum pas rettet årsverk	Øvrig drifts-personell	Adm og ledelse	Sum årsverk
Nullalternativet fremskrevet til 2035	27 %	204	449	45	697	19	131	847
Bemanning i nye bygg fremskrevet til 2035 - med gevinster	27 %	198	419	43	660	18	114	792
Gevinster fremskrevet til 2035		-6	-30	-2	-37	-1	-17	-55

Gjennomgang av gevinstområder

1. Poliklinikk/dagbehandling

Økt standardisering og bedre utnyttelse av areal legger til rette for mer effektiv drift av poliklinikker og dagbehandlingsenheter. Som forutsetning legges til grunn at det i et nytt bygg vil være tilstrekkelig areal til å avlaste sengeposter med mindre ressurskrevende omsorgsnivå. For pasienter utenfor hovedstadsområdet vil dette kreve hotellkapasitet. I tillegg til «ordinær» poliklinikk omfatter dette arealer for mottak av pasienter til innleggelse/sammedagsmottak, prepoliklinikk før innleggelse med mulighet for samkjøring av preoperative undersøkelser og sykepleiepoliklinikk for informasjon og oppfølging. For KITs fagområder gjelder følgende:

1.1 Samlokalisering

Fagområder som samlokaliseres ved flytting til Gaustad

1.1.1 Gastrokirurgi

HPB-kirurgi er i dag på Rikshospitalet og drives allerede med prepoliklinikk og sammedagsmottak, om enn i svært uhensiktsmessige lokaler. Øvre gastrokirurgi flyttes fra Ullevål i etappe 1. På Ullevål brukes hotellposten som sammedagsmottak og eksisterende poliklinikk delvis som prepoliklinikk. Samlokalisering og mer hensiktsmessige arealer vil kunne gi en reduksjon på fem senge døgn per uke.

1.1.2 Urologi

Eksisterende urologi på RH som gastrokirurgi. Flytting av urologi fra Aker/Ullevål til RH vil flytte med seg etablerte ordninger med prepoliklinikk og sammedagskirurgi slik at de ikke vil få noen ytterligere gevinst i nye bygg. Avdelingen har i dag en stor andel sammedagskirurgi slik at dette potensialet er oppfylt.

1.2 Nye bygg

1.2.1 Revmatologi og infeksjonssykdommer

Mulighet for betydelig driftsendring med økt dagbehandling og poliklinisk utredning. Reduksjon i sengebehov opp mot 20 %. Forutsetter polikliniske og dagarealer i driftsmessig nærhet, slik at personell fra sengepostene kan drifte dagbehandling og poliklinisk utredning.

1.2.2 Hudsykdommer

Mulighet for betydelig driftsendring med økt dagbehandling og poliklinisk utredning. Reduksjon i sengebehov opp mot 20 %. Forutsetter polikliniske og dagarealer i driftsmessig nærhet, slik at personell fra sengepostene kan drifte dagbehandling og poliklinisk utredning.

Endringen i sengebehov på de to overnevnte krever sammenslåing av sengeposter med mulighet for samdrift med dag/pol.

1.2.3 Nyre- og gastromedisin

Mulighet for driftsendring med økt dagbehandling og poliklinisk utredning. Reduksjon i sengebehov 10 %. Forutsetter polikliniske og dagarealer i driftsmessig nærhet, slik at personell fra sengepostene kan drifte dagbehandling og poliklinisk utredning.

2. Operasjon/PO/Intensiv

Nytt bygg kan gi mulighet for bedre logistikk for dagkirurgiske pasienter og mulighet for økt bruk av dagkirurgi. Erfaringer fra andre sykehus, eksempelvis Kalnes, viser at samling av dagkirurgi og rendyrking av slik drift gir mer effektiv drift og flere gjennomførte operasjoner. Det ligger også til grunn for bedre utnyttelse av dyrt utstyr og kostbar bemanning gjennom økt driftstid/åpningstider. Utforming av støtteareal kan også understøtte en effektivisering av operasjon.

3. Sengeposter

Ensengsrom forenkler en del forhold i pasientbehandlingen. Det vil være enklere å håndtere pasienter med behov for isolasjon og det vil være mulig å gjennomføre langt flere funksjoner på rommene enn hva som er tilfelle i dag. Eksempler på dette er samtaler med pasientene, fysioterapi mv. Ensengsrom gir også grunnlag for redusert liggetid på grunn av redusert infeksjonsfare.

KIT mener det er må være ønskelig å ha noen flersengsrom enkelte steder. Det vil være behov for observasjonsmuligheter for pasienter som kommer direkte til sengepostene (intermediær) fra operasjon. Tilsvarende rom kan også brukes for å samle pasienter med behov for fastvakt noe som gir reduserte kostander enn ved fastvakt på ensengsrom.

4. Annet - Vaktorganisering

Klinikken har forsøkt å se på hvordan nye Gaustad vil påvirke vaktorganiseringen, og har kommet frem til at dette i liten grad vil gi gevinster for KIT grunnet spesialiserte funksjoner og vakter. Det vil være mulig å redusere til et vaksjikt for barnekirurgen. Mulig øvre abodominalkirurgi og HPB kan få til et samarbeid, men dette er høyst usikkert.

Den foreslåtte organiseringen med lokalsykehusansvar for tre bydeler på Gaustad begrunnet i traumevirksomheten, gir ingen driftsfordeler for KIT. AGK er avhengig av å funksjonsfordele colorektalkirurgi med mye ø.hjelp til Aker og kan ikke ha et eget bakvaktlag for dette på Gaustad.

Kreftklinikken

Oppsummering

	Vekst 2017- 2035	Leger	Sykepleiere	Øvrig klinisk personell	Sum pas rettet årsverk	Øvrig drifts- personell	Adm og ledelse	Sum årsverk
Nullalternativet fremskrevet til 2035	33 %	29	115	60	204	7	36	247
Bemanning i nye bygg fremskrevet til 2035 - med gevinster	33 %	29	115	60	204	7	32	243
Gevinster fremskrevet til 20135		0	0	0	0	0	-4	-4

Det er i praksis ikke identifisert gevinster for samlet virksomhet i nye bygg på Gaustad for kreftklinikken. Dette er basert på at virksomhet fra dagens Ullevål ikke flyttes til Gaustad. Det er vurdert om nye bygg på Gaustad vil påvirke dagens drift på Rikshospitalet, men det er ikke identifisert gevinster knyttet til dette forholdet ut over et forsiktig estimat på 4 årsverk.

Hjerte,- lunge- og karklinikken

Oppsummering

	Vekst 2017-2035	Leger	Sykepleiere	Øvrig klinisk personell	Sum pas rettet årsverk	Øvrig drifts- personell	Adm og ledelse	Sum årsverk
Nullalternativet fremskrevet til 2035	26 %	155	662	92	909	26	129	1 064
Bemanning i nye bygg fremskrevet til 2035 - med gevinster	26 %	148	610	88	846	22	123	991
Gevinster fremskrevet til 2035		-7	-52	-4	-63	-4	-6	-73

Gjennomgang av gevinstområder

I Hjerte- lunge og karklinikken (HLK) og Thoraxkirurgisk avdeling (TKA) ble det i 2011 opprettet et prosjekt som utredet effekt på driftsøkonomi av å samle all hjertekirurgi, karkirurgi og lungekirurgi i Hjerte-lunge og karklinikken på Gaustad. Prosjekt ble fasilitert av McKinsey. HLKs ledelse gav TKA et mandat som siktet på en betydelig forbedring av økonomisk driftsresultat der det ble jobbet med å beregne hvilke besparelser som klinikken ville kunne oppnå med å flytte Kar avdelingen ut av Aker og hjertekirurgien ut av Ullevål, og samle alt på Gaustad. Mye av arbeidet og resultatet fra prosjektet kan brukes for å estimere gevinster ved en samling av klinikken på Gaustad i år 2035.

Gevinstene knytter seg i hovedsak til lavere lønnskostnader på grunn av samdrift mellom sengeposter, intensivposter. Innsparingen vil gjelde faste årsverk, men også overtid og innleie fra eksternt vikarbyrå. Antall vaktlag knyttet til legers beredskap vil reduseres ved at det ikke lenger vil være nødvendig med vaktlag på flere lokalisasjoner. I tillegg vil OUS spare ca. 40 mill i ulempekostnader knyttet til at all drift fra klinikken trekkes ut av Aker. O+ prosjektet beregnet at klinikken ville kunne spare 68 årsverk ved at all hjertekirurgi og karkirurgi ble samlet på Gaustad. Effektiviseringen gjelder alle bemanningsgrupper i klinikken, herunder, sykepleiere, leger og perfusjonister, samt noe omregnet variabel lønn. I tillegg vil ikke ledelse og administrativt personell øke like mye som klinisk personell, og gir derfor en besparelse på 6 årsverk i 2035. Totale besparelse basert på arbeidet som ble gjort i O+ og som også vil gjelde ved nytt sykehusbygg er for HLK estimert til 64 mill i tillegg til lavere oppbemanning av ledere gir dette en besparelse på 70 mill.

1. Poliklinikk og dagbehandling

Kardiologisk avdeling har den største polikliniske aktiviteten i klinikken. Forholdet mellom pol/døgn/og dag vil mest sannsynlig bestå frem til 2027. Det vil ikke være en stor glidning fra døgn til dag og poliklinikk på grunn av at avdelingen allerede sender hjem pasienter som ikke trenger å overnatte på sykehuset. Klinikken har hatt et prosjekt vedr. ombygging av poliklinikken på KAD

avdeling. Dersom lokalene vil tilpasses driften ved poliklinikk bedre enn dagens lokaler så vil det gi størst gevinster knyttet til bedre pasientbehandling. Arealer som bedre ivaretar taushetsplikten er et eksempel på dette. Noe økning i poliklinikk og dagbehandling øker antall pasienter til utredning som igjen gir flere innlagte pasienter.

2. Operasjon/PO/Intensiv

God tilgang til operasjonsstuer til ø-hjelps pasienter kan hindre noe strykning av pasienter. Ved at alle operasjonsstuer samles på Gaustad vil klinikken ha større muligheter til å operere ø-hjelps pasienter uten strykninger. Dette vil gi større fleksibilitet mellom bruk av operasjonsstuene til enhver tid.

Samling av all hjertekirurgi på Gaustad vil gi effekt på TKA avdeling ved at den samlede intensivbemanningen kunne dekke samme bemanningsplan og turnus. Vaktberedskapen på Post operativ (PO) på US vil bli en del av intensivbemanningen på RH, og gi besparelser innenfor innleie fra eksternt vikarbyrå på ca. 6 mill samt at bemanningen vil kunne reduseres med ca 17 årsverk. I tillegg er det beregnet at det ved en sammenslåing vil være behov for 6 færre operasjonssykepleiere. Totalt ca. 23 sykepleieårsverk innen intensiv og operasjon.

3. Sengeposter

Samling av all hjertekirurgi på Gaustad vil gi effekt på TKA avdeling ved at sykepleiebemanningen på sengepostene vil kunne dekke samme bemanningsplan og turnus. Bemanningen vil kunne reduseres med ca. 23 årsverk. Dette var resultatet i O+ prosjektet.

Totale besparelser er estimert innenfor sengepost, intensiv enheter og operasjon til ca -46 års verk. Ensengsrom er ofte bemanningskrevende, og kan gi økninger i bemanningsbehov. Det vil ofte ikke være hensiktsmessig at intermedier- og intensiv pasienter ligger på enerom. Bemanningsbehovet vil da være så stort at det ikke vil være økonomisk bærekraftig.

4. Annet

4.1 Vaktorganisering

Samling av hjertekirurgi og karkirurgi vil gi besparelser ved at det vil bli behov for færre kirurger. O+ prosjektet forutsatte at det ville kunne reduseres med 4 lege-årsverk som en konsekvens av færre vaktplaner. I tillegg ble det lagt til grunn at vakansvakter og annen overtid ville kunne reduseres med ca. 6 mill. Det er i dag vaktordninger knyttet til beredskap både på Aker, Gaustad og Ullevål. Ved en samling vil behovet for beredskap samles på Gaustad og vaktlag vil falle bort.

Akuttlinikken

Oppsummering

	Vekst 2017-2035	Leger	Sykepleiere	Øvrig klinisk personell	Sum pas rettet årsverk	Øvrig drifts-personell	Adm og ledelse	Sum årsverk
Nullalternativet fremskrevet til 2035		199	1 121	168	1 487	27	112	1 626
Bemanning i nye bygg fremskrevet til 2035 - med gevinster		189	1 054	158	1 401	25	99	1 525
Gevinster fremskrevet til 2035		-10	-67	-10	-86	-2	-13	-101

Summen av gevinster munker i et nøkternt anslag på 5-10 % gevinstrealisering ved nye arealer og samlokalisering. I klinikkens analyse har vi tatt med at bemanningsordninger og kostnader vil påvirkes av nye arealer og etablering i nytt sykehus. For akuttlinikken er det ikke enkelt å separere disse effektene fra hverandre og vi har derfor tatt dem samlet i et annet oppsett enn malen med gevinstområder. Den umiddelbare konklusjonen er at vi ved lik aktivitet i nytt sykehus kunne klart oss med færre årsverk. Med denne gevinsten vil vi kunne ta inn en del av aktivitetsøkningen vi får i Akuttlinikken i Oslo universitetssykehus uten økning i bemanningen.

Gjennomgang av gevinstområder

For Akuttlinikken vil gjennomgangen divergere fra somatiske klinikker fordi vi i stor grad har virksomheter som drives i faglig og driftsmessig integrert samhandling med øvrige somatiske klinikker – alt fra Akuttmottaket til anestesi- operasjons- og PO/intensivvirksomhet. Unntak er avdeling for smertebehandling og deler av trykkammervirksomheten som driver frittstående faglig tilbud i regi av poliklinisk virksomhet og Sterilavdelingen som driver en medisinsk støttefunksjon. Klinikkens gevinstområder vil derfor ha andre innslagspunkter enn de som ligger i den oppsatte mal.

1. Gevinstrealisering ved kostnadsreduksjon – arealer og tilhørende standardisering og logistikk

Dagens drift i gamle, spredde og uhensiktsmessig plasserte enheter med for lite areal, gammelt utstyr og infrastruktur med stor risiko for driftsstans generer i seg selv høy kostnad. Det er ofte behov for dyre og dysfunksjonelle erstatningsløsninger ved driftsstans som har lavere produksjonsevne og krever høyere bemanning, og må ofte legges i uegnete arealer i avstand fra det opprinnelige. Akuttklinikken lokaler i Ullevål sykehus består av Po/intensivenheter, operasjonsstuer, akuttmottak og sterilavdeling. De er nylig rehabiliterte eller bygget (bygg 17). Arealene på Aker er

gamle og har et betydelig rehabiliteringsbehov slik at virksomheter som flytter fra Aker til Gaustad får redusert driftskostnad.

Nye arealer i intensiv og operasjonsvirksomheten må organiseres i fagspesifikke enheter, men være samlokalisert. Noen operasjonsstuer bør ha delt og dermed fleksibel disposisjonsrett. Da sikrer vi oss at kapasitetsutfordringer kan løses dynamisk mellom virksomheter. Dette betyr mer knivtid og sikrer oss mot at stuer står ubenyttet.

Ø.hj bør skilles fra elektivt dersom ø.hj behovet er stort nok og tilstrekkelig forutsigbart. Beredskapsbærende stuer for hyperakutt kirurgi må organiseres i nødvendig antall. Overgang til dagkirurgi gir mer effektiv drift i enheter skjermet fra ø.hj.

Høyteknologisk operasjonsdrift (robot,hybrid) bør samles i egne enheter der flere klinikkers pasienter behandles. Det gir mer knivtid ift investeringskostnad og stuetid.

Innredning av stuer med mest mulig likhet (standardisering) og disponering av areal gir redusert stuetid og økt relativ knivtid.

Akuttklinikkenes kompliserte drift krever en betydelig vareforsyning. Denne er gjennomgående uhensiktsmessig mtp areal og intern logistikk. Generell forbedring av logistikk i bestilling og levering og lagring vil gi betydelig kostnadsreduksjon i nye lokaler. Nye lokaler vil utløse realisering av IKT systemer som forsterker arealeffekten. Standardisering av varesortiment gir gevinster.

2. Generelt om bemanningskostnader og drift

For Akuttklinikken ligger store mulige gevinster i å redusere klinikkenes bemanningskostnader i nytt sykehus. Et samlet lands- og regionssykehus gir betydelige fordeler ift nåværende sykehusstruktur og sykehusarealer i Oslo. Dette gjør i seg selv at en vil kunne ivareta fremtidige aktivitetsøkninger uten tilsvarende økninger i bemanning og klinikkenes bidrag til gevinstrealiseringer ligger i hovedsak her. Skal vi fremsette troverdige og bærekraftige løsninger må grunnleggende arbeid starte nå med grunnleggende analyser av arbeidsprosesser og kompetansekrav. Kostnader til bemanning og store og vedvarende rekrutteringsproblemer for spesialsykepleiere ift kapasitetsbehovet må tvinge frem nye og bærekraftige løsninger for sykehus allerede i nåsituasjonen. Det er mer komplisert å ta ut disse gevinstene i nåsituasjonen fordi arealstrukturen er uhensiktsmessig (spredd, gammel og ikke tilpasset).

Mulighet til å drive i nye arealer som er hensiktsmessige med nytt medisinsk teknisk utstyr og ny IKT infrastruktur vil derfor kunne gi gevinster i bemanningskostnad ved å endre bemanningsstruktur ved å se på kompetansebehov, oppgavedeling, oppgaveglidning og teamarbeid og balansen mellom spesifikk (ikke – flyttbar) og generell (flyttbar) kompetanse.

Det er viktig å opprettholde og utvikle fagspesifikk tilhørighet, men også å skape nødvendig handlingsrom for å kunne flytte kompetanse svarende til kapasitetsutfordringer. Det gjelder spesielt for å ha bærekraftige beredskapsløsninger for ø. hj.

Den funksjonelle arealløsningen ligger i samlokaliserte fagspesifikke arealer – der tilhørighet dominerer, men hvor flyttbarhet kan forekomme. Det er helt vesentlig å ha en styrbar bemanningsressurs i et samlet sykehus slik at kapasitetsutfordringer (sykefravær, permisjoner, midlertidige rekrutteringsutfordringer eller økt belegg) og beredskapsbehov kan håndteres. I så måte må sykehuset forberede en gjennomgang av eierstrukturen til po/intensiv og operasjonsenheter.

3. Vaktorganisering

Samling av ø. hj funksjonene vil redusere beredskapsbehovet i sykehuset. Samling av thorax og Barn (døgn) funksjoner fra Ullevål vil redusere ressursbruken på beredskap og ø. hj på vakt. Et lavt antall ø. hj thorax på Ullevål gir mulighet til reduksjon i vaktlag når vi samler virksomheten.

Når klinikken er ute av US (fase 2) vil det være vesentlige reduksjoner i vaktlagskostnadene. I fase 1 vil man kunne redusere på vaktlag knyttet opp til thorax og barn på Ullevål.

4. PO/Intensiv

I intensiv er det store samdriftsfordeler for spesielt Barneintensiv (6 bemannede senger på RH og 3 senger på US i dag) og kirurgiske/traumeintensive senger (dagens 6 senger på Generell intensiv og 6 på Nevrointensiv). Det vil være behov for færre seksjonsledere, fagspl, MTU-spl og driftspl.

Videre vil bedre samdrift på færre lokalisasjoner redusere bruken av innleie og variabel lønn. Det er viktig at vi med å variere arealbruken mellom enerom, tosengsrom og 4 sengsrom ved fleksible veggeløsninger kan oppnå reduserte bemanningskostnader i nytt sykehus.

Et eierskap og styrbar, flyttbar bemanning mellom po/intensivenheter er vesentlig. Et bærende element i dette er en definert generell intensivkompetanse kombinert med en høyt utviklet spesifikk erfaring. Et annet element er å utvikle sammensetningen av faste årsverk og variable årsverk slik at evnen til kapasitetsvariasjoner kan bedres.

5. Operasjon

Gevinstrealisering for operasjonsvirksomheten ligger i å øke knivtiden for en gitt stuetid (kostnad). Det må imidlertid bemerkes at knivtid ikke uten videre er lik gevinst siden knivtiden for en gitt prosedyre må underkastes de samme elementer av forbedring og standardisering som alle andre arbeidsprosesser.

Nye arealer og ny infrastruktur og IKT vil øke knivtiden ift stuetiden. Dette gjøres kombinert med at det er bedre planlegging (IKT infrastruktur, operasjonsplan) og bedre og mer realistiske operasjonsprogrammer. Case mix i elektive operasjonsprogrammer vil kunne tilpasses total stuetid og optimering av ressursutnyttelsen ved endringer gir bedre stueutnyttelse, færre forsinkelser og strykninger. Virksomheten må organiseres i samlokaliserte fagspesifikke enheter etter de prinsipper for bemanningsstyring som er nevnt over. Av mer spesifikke muligheter ved sammenslåing av enheter er å reduserer antall seksjonsledere og fagutviklingspsykepleiere. I større enheter kan utdanningen gjøres mer effektiv ved at det etableres en større arena for undervisning.

Særskilt for etappe 2

Klinikker som i samsvar med innholdet i etappe 1, blir liggende igjen på Ullevål beskriver driftsøkonomiske gevinsteffekter fra 2032 når etappe 2 er forutsatt ferdigstilt i ØLP.

Ulempekostnadene som er tidligere kartlagt i tidsrommet mellom etappe 1 og 2 faller bort fra 2032. Dette ivaretas av sentral økonomistab. Jo flere av stedene hvor vi skal gi anestesi, som er samlet, jo bedre er det for best mulig benyttelse av personalet. Små satellitter er både ressurskrevende og risikofylte å drifte. Når klinikken er ute av US (fase 2) vil det være vesentlige reduksjoner i vaktlagskostnadene for spesielt anestesilegene.

Estimerte gevinster - etappe 2						
Leger	Syke-pleiere	Øvrig klin. Pers	SUM	Øvrig drifts. pers	Adm og ledelse	SUM
-2	-11	-2	-15	-	-2	-17

Klinikk for laboratoriemedisin

Oppsummering

Klinikk for Laboratoriemedisin (KLM) vil ha driftsulemper som følge av innføringen av etappe 1. Dette er beskrevet under. Klinikken vil imidlertid ha en betydelig gevinst som følge av innføringen av etappe 2. Dette er ikke knyttet til lokasjon, men er i oppsummeringen håndtert som en effekt på Gaustad.

Estimerte gevinster - etappe 2						
Leger	Syke-pleiere	Øvrig klin. Pers	SUM	Øvrig drifts. perso	Adm og ledelse	SUM
-7	-3	-172	-182	-38	-62	-282

Klinikk for laboratoriemedisin (KLM) har lagt til grunn at aktivitetsveksten vil være 1,5 ganger forventet klinisk vekst. Dette er basert på historisk aktivitetsvekst og en forventning om at persontilpasset medisin vil føre til et behov for mer diagnostikk. Etappe1 vil ikke gi økonomisk gevinst for KLM på Gaustad. Det vil bli en ulempekostnad på Ullevål primært på grunn av at man må oppskalere vaktlag på Gaustad og Aker samtidig som man i samme periode ikke kan trekke ned vaktomfanget på Ullevål tilsvarende. Etappe 2 vil gi betydelige økonomiske gevinster, 276 årsverk i 2035. Gevinstene knyttes til et felles laboratoriebygg der aktivitet og kompetanse på tvers av fagområdene kan samles rundt felles teknologi og utstyr, og mer effektiv prøvehåndtering.

Gjennomgang av gevinstområder

De fire gamle sykehusene i OUS var i stor grad bygget opp med egne laboratorieavdelinger for de fleste fagområdene. Det ble gjennomført en vellykket konsolidering av blodbankvirksomheten i Oslo-området på nitti-tallet. Øvrige laboratoriefag var i liten grad forsøkt samordnet før OUS-fusjonen.

Etter opprettelsen av OUS ble laboratoriene for patologi og mikrobiologi på Aker lagt ned og virksomheten overført de andre laboratoriene i OUS. Avdeling for medisinsk genetikk fikk samlet sin laboratorievirksomhet på Ullevål i bygg 25 og den kliniske virksomheten i Fvn 2. Øvrige forsøk på fysisk samordning og konsolidering av laboratorievirksomheten har i det vesentlige strandet grunnet manglende tilgang på egnede arealer. Dette har lagt betydelige begrensninger på mulighetene for å rasjonalisere organisering og drift av laboratoriefagene i OUS.

Behovet for et felles laboratoriebygg ved samling av den regionale laboratorievirksomheten ble tidlig meget tydelig. KLM har utviklet et driftskonsept for framtidens OUS basert på samling av alle fagområdene for laboratorievirksomheten på regionsykehuset i ett felles bygg, kombinert med lokale kjernelaboratorier tilpasset den kliniske virksomheten på Radiumhospitalet og Aker. En fysisk samling av de teknologisk avanserte miljøene i KLM kan muliggjøre en realisering av det store potensialet som ligger i vår virksomhet. Dette omfatter samling av mottaksfunksjonene på ett sted, slik at rekvirentene kan forholde seg til en adresse og ett koordinert kontaktpunkt for sine behov.

En fysisk samling vil muliggjøre å skille *dataproduksjon* fra *dataanalyse* på en dynamisk og kostnadseffektiv måte som ikke er mulig i dag. I dag står avdelingene i KLM for både dataproduksjon og dataanalyse innen sine respektive fagområder. Dette er ikke kostnadseffektivt i en tid hvor mange av de samme generiske teknologiene benyttes innen flere laboratoriespesialiteter.

Et felles laboratoriebygg vil gjøre det mulig å samle dataproduksjon rundt felles teknologi på tvers av fagområder på en måte som ikke er realiserbar i dagens situasjon hvor laboratoriefagene er svært fragmenterte. Også på dataanalysesiden vil det være mange generiske utfordringer knyttet til innføring av storskala molekylære analyser, blant annet innen IKT, hvor en samling vil kunne gi store synergieffekter. En fysisk samling er også nødvendig for å kunne forsvare større investeringer i avansert utstyr, oppbygging av felles fagmiljøer innen analytisk teknologi og informatikk og utvikling av nye analysetilbud raskere enn det den enkelte avdeling kan evne.

Behovet for felles laboratoriebygg har derfor vært klinikkens viktigste budskap i arbeidet med ny utviklingsplan for OUS og i konseptfasearbeidet for utbygging på Aker og Gaustad.

a) Vaktorganisering

For KLM kan det ikke forventes å gi noen endringer i vaktorganisering som vil gi redusert bemanning i Etappe 1. Tvert imot vil KLM få en økt vaktbelastning i perioden frem til etappe 2, da man må oppskalere vaktlag på Gaustad og Aker samtidig som man i samme periode ikke kan trekke ned vaktomfanget på Ullevål tilsvarende, i sum vil dette gi behov for en midlertidig økt bemanning i påvente av samling i felles laboratoriebygg i Etappe 2. Se punkt 4.2 for detaljer.

b) Medisinske støttefunksjoner – laboratoriemedisin etappe 1

KLM er i etappe 1 tildelt 2000 m² på Gaustad. Gitt disse arealene vil mulighetene for å ta ut driftsøkonomiske gevinster for KLM i etappe 1 kun omfatte blodbank-virksomheten for Avdeling for immunologi og transfusjonsmedisin (IMM), samt en meget begrenset involvering av Avdeling for medisinsk biokjemi (MBK) på Gaustad. For å understøtte traume-aktiviteten, må Blodbanken flytte fra Ullevål til Gaustad og vil oppta nesten alt av tildelt areal. Seksjon for blodgivning (med tapping av blod) vil i hovedsak bli værende på Ullevål. Dette innebærer at det vil bli et nytt og betydelig behov for transport av blod mellom Ullevål og Gaustad. Blodbanken drifter i dag i effektive lokaler på Ullevål og det er et begrenset potensial for effektivisering knyttet til nye bygg. Positive effekter av nye bygg nulles av behovet for mer logistikk rundt forsendelse av blod.

For Avdeling for medisinsk biokjemi (MBK) legges det til grunn at det fortsatt vil være ø-hjelp og behov for rutineanalyser (24/7/365) på Ullevål. Aktiviteten på Ullevål vil i etappe 1 være større enn på dagens Aker. Spesialfunksjoner må flyttes fra Gaustad til Ullevål for at Gaustad skal få plass til å bygges opp for vesentlig større kapasitet på 24/7 drift og prøvetaking. Dette vil bidra til en mindre effektiv drift ved at kompetanse og prøver i større grad må forflytte seg mellom drift på Ullevål og Gaustad som følge av at MBKs regions- og landsfunksjoner må flyttes ut av regionssykehuset. Det legges til grunn at aktiviteten på Gaustad øker med minst 50 % fra dagens situasjon. Så lenge det er behov for døgnvakt på Ullevål, kan ikke bemanningen trekkes ned tilsvarende behovet for å flytte bemanning til Aker og Gaustad. Det vil være et midlertidig oppbemanningsbehov på ca. 35 (fremskrives til 54 årsverk i 2035) bioingeniører/helsesekretærer for å sikre forsvarlig bemanning på alle 3 (4) lokalisasjonene frem til en samling i etappe 2. Dette inkluderer behovet som oppstår rundt logistikk og håndtering av økt grad av prøveforsendelser mellom sykehusene.

For Avdeling for mikrobiologi (MIK) vil det bli en vesentlig vanskeligere driftsituasjon mellom etappe 1 og etappe 2 da store deler av kapasiteten for diagnostikk vil bli igjen på Ullevål selv om pasientene flyttes ut. Ny pasientnær teknologi i kjernelab på Aker og evt. tilsvarende midlertidig oppbygging på Gaustad kan kompensere noe på disse utfordringene. Uansett blir det et økt behov for transportordninger og merarbeid for avdelingen i betjeningen av dette.

Manglende arealer på Gaustad vil også ramme Avdeling for patologi (PAT) og nødvendiggjøre fortsatt delt virksomhet mellom Ullevål og RH. Dette vil medføre en dublering av prøvetransportvolumet internt fram til avdelingen kan flytte virksomheten fra Ullevål inn sammen med RH i nytt laboratoriebygg på Gaustad.

Også for Avdeling for farmakologi (FAR) vil driftsituasjonen forverres grunnet økt avstand til pasientene/klinikerne som flyttes til Gaustad, omfattende både økt prøvetransport, økte svartider og større arbeidsbelastning/økt ressursbehov for å kunne levere forsvarlige tjenester.

Det vil være noe effektiviseringspotensial på Aker for MBK sammenliknet med Ullevål ved innflytting i nye arealer. Det vil imidlertid også være noe behov for å etablere lokal virksomhet knyttet til andre fag enn medisinsk biokjemi (mikrobiologi, patologi, farmakologi og blodbank). Disse forholdene er ennå ikke tatt med i den samlede vurderingen, da fordelingen av den kliniske flyttingen ikke er kjent.

c) Medisinske støttefunksjoner – laboratoriemedisin etappe 2

KLM mener det er avgjørende for sykehuset og for Universitetet i Oslo (UiO) at det bygges et nytt felles laboratoriebygg for diagnostikk og forskning på Gaustad. Utbyggingen av regionsfunksjonene på Gaustad må omfatte en nærlokalisasjon for laboratoriediagnostikk- og laboratoriebasert forskning, drevet av OUS og UiO. Laboratoriebygget bør lokaliseres nær Institutt for medisinske basalfag (UiO), slik at man på en mest mulig rasjonell måte kan bygge opp og utnytte tung infrastruktur og høyspesialisert kompetanse, som finnes i begge institusjoner (UiO og OUS). Særlig viktig er dette i en tid der det er en molekylære medisin og store deler av den kliniske medisin i økende grad bygger på generisk kompetanse og teknologi som er felles for mange fagområder.

OUS er landets største og fremste universitetssykehus og skal være lokalisert på tre steder i Oslo. Dette målbildet adskiller seg vesentlig fra andre sykehusutbyggingsprosjekter i Norge, og fordrer at funksjonsfordeling og lokalisering av laboratoriefunksjonene understøtter kjernevirksomheten mest mulig rasjonelt. Et felles laboratoriebygg på Gaustad kombinert med kjernelaboratorier (24/7/365) tilpasset behovet på Aker og Radiumhospitalet er derfor en forutsetning for å lykkes med prosjektet. Radiumhospitalets nøkkelrolle i avansert kreftbehandling og kreftforskning ved OUS vil dog kreve et sterkt nærvær av patologifaget ved dette sykehuset.

Rask teknologiutvikling innen laboratoriefagene vil kreve samlokalisering så snart som mulig i ett felles bygg for å kunne utnytte ressursene optimalt. Behovet for samlokalisering er allerede sterkt til stede og forsterkes av at nye banebrytende teknologier vil kreve ny organisering og fleksibilitet, i bruk av arealer for funksjonell og kostnadseffektiv drift.

d) Effektiviseringsgevinster i et felles laboratoriebygg, Etappe 2

Forutsetninger:

- 35 000 m²
- Felles LIMS
- Felles prøvemottak
- Automasjon og utstyr tilpasset stordrift
- Gode transportløsninger/logistikk
- Desentralisert prøvetaking for innlagte pasienter
- Fysisk samlokalisering OUS/UiO for KLM
- Nærhet til UiO-IMB

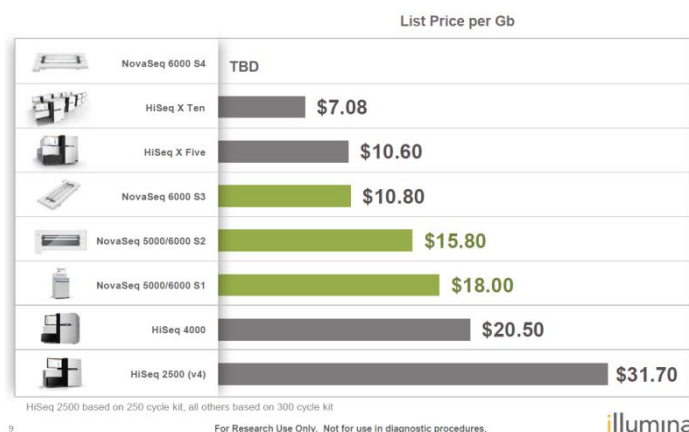
Det vil være store gevinster ved en samling av avanserte laboratoriefunksjoner i et felles laboratoriebygg knyttet til fag, kvalitet, pasientsikkerhet, forskning og innovasjon, utdanning, samt driftseffektivitet og økonomi. En samling i et felles laboratoriebygg vil gi betydelige gevinster på alle disse områdene. Forutsatt optimale arealer og IKT-løsninger, forventer KLM å kunne hente ut gevinstene på disse områdene:

4.1 Samlokalisering rundt felles teknologi og utstyr

- Legger til rette for større kapasitet og undersøkelsesrepertoar for å imøtekomme de diagnostiske behovene som persontilpasset medisin skaper.
- Legger til rette for stordriftsfordeler og automatisert håndtering av store analysevolum.
- Innen laboratoriemedisinen er genomikk og massespektrometri eksempler på teknologier som benyttes i alle laboratoriemedisinske spesialiteter. Metodene krever både dyrt utstyr og høy, tverrfaglig kompetanse. Se figur under som viser som eksempel potensialet for reduksjon i varekostnader knyttet til storskala sekvensering. Sekvenserer man på maskinen med størst kapasitet (krever store prøvevolumer) er prisen under 25 % av hva den er hvis man sekvenserer på maskinen med lavest kapasitet (passer for mindre prøvevolumer). Hvis vi antar at det samme vil gjelde for andre omics-teknologier som vil bli brukt på tvers av laboratoriespesialitetene, vil besparelsene ved å ha det samlet på ett sted bli meget betydelige.

NovaSeq Series

Compelling price per data point enables highly-powered studies



- Mulighet for geografisk samlokalisering reduserer utgifter i form av
 - Mindre duplisering av kostbart utstyr
 - Færre serviceavtaler
 - Felles kompetanseoppbygging og bemanning av spesialfunksjoner
 - Felles prøvemottak og preanalytiske prosesser der dette er egnet
 - Felles IKT-infrastruktur og forvaltning
 - Bedre samlet instrumentstøtte (back-up løsninger, kjøling, gassforsyning, UPS-strøm etc.)

4.2 Samordning av laboratoriediagnostikk

- Samling av fagmiljøer
- Felles kultur

- Økt læring på tvers av fagene
- Felles diagnostiske rutiner
- Felles vaktordninger
- Effektiviserer arbeidet med kvalitet, akkreditering/sertifisering/IVD-godkjenning
- Reduserte varekostnader
 - Innkjøpsavtaler
 - Redusert behov for å analysere kontroller (ratio pasientprøver/kontroller)

4.3 Felles prøvemottak («en dør inn»)

- Redusere dublering av funksjoner knyttet til prøvehåndtering (registrering inn og ut).
- Reduserer behov for logistikk mellom avdelinger på ulike lokalisasjoner.
- Effektive preanalytiske funksjoner.
- Stiller OUS i en situasjon hvor det er mulig å konkurrere med private aktører om «enkle» polikliniske analyser, inkl. i primærhelsetjenesten.

4.4 Økte muligheter for fordeling av felles funksjoner f.eks. bemanning utenfor vanlig arbeidstid

4.5 Effektiv prøvetaking av polikliniske pasienter

4.6 Reduserte svartider

- Samling av laboratoriefunksjonene vil gi klinikerne raskere svartider – noe som vil gi et potensial for reduserte liggetider og effektivisering av pasientforløpene.

4.7 Bedre tjenester til eksterne rekvirenter og samarbeidspartnere

- Felles laboratoriebygg på Gaustad vil kunne gi et solid utgangspunkt for å kunne understøtte pasientbehandlingen på Gaustad, levere samme servicenivå til Diakonhjemmet og Lovisenberg som for Aker og Radiumhospitalet, betjene primærhelsetjenesten med vesentlig større kapasitet og kvalitet, levere framtidsrettede regionsfunksjoner for øvrige sykehus i HSØ og i Norge for øvrig.

4.8 Synergieffekter for forskning både for UiO og OUS gjennom kompetansedeling og sambruk av kostbart utstyr

4.9 Klinikkovergripende kvalitetssystem/akkreditering vil øke harmonisering og redusere utgifter

4.10 Oppsummert

- 276 årsverk (18 %) lavere bemanning på Gaustad i 2035 enn nullalternativet (1255 mot 1531).
- Minst 10 % reduserte varekostnader (30 mnok).
- Opp til 25 % reduserte kapitalkostnader knyttet til sambruk av utstyr.
- Stor gevinst på klinisk side ved reduserte svartider, økt samlet kompetanse og økt evne til å levere diagnostikk for persontilpasset medisin.

5. Konsekvenser ved at et felles laboratoriebygg ikke bygges i etappe 1

- Svekkelse av faglig og teknologisk utvikling av laboratoriefagene og forskningen ved OUS.
- Svekket pasientsikkerhet fordi eksisterende laboratorievirksomhet på RH ikke vil kunne dekke behovet for laboratorietjenester på Gaustad for den utvidede kliniske virksomheten knyttet til etappe 1. Dette er spesielt problematisk for den store økningen av pasienter fra Ullevål som trenger øyeblikkelig hjelp.
- Vesentlig økning av utfordringene for samhandling og logistikk i mellomfasen.
- Økte svartider for pasientene utenfor Gaustad og deres rekvirenter.
- Lite kostnadseffektiv drift med dagens lokalisering.
- Fortsatt stort behov for duplisering av utstyrs- og analyseparker.
- Enda høyere transportutgifter.
- Høyere samlet behov for personalressurser enn ved samling i etappe 1, og høyere enn ved 0-alternativet.
- Økte kostnader knyttet til rokadetiltak av laboratorievirksomhet i mellomfasen (flytting, dublering, leiekostnader, etc.).
- Manglende mulighet for å redusere varekostnadene.
- Svekket mulighet for finansiering og gjennomføring av nye større forskningsprosjekter.
- Mindre effekt av investeringer i forskningsinfrastruktur.

Klinikk for radiologi og nukleærmedisin

Oppsummering:

	Vekst 2017-2035	Leger	Sykepleiere	Øvrig klinisk personell	Sum pas rettet årsverk	Øvrig drifts-personell	Adm og ledelse	Sum årsverk
Nullalternativet fremskrevet til 2035	76 %	255	1	409	665	18	149	831
Bemanning i nye bygg fremskrevet til 2035 - med gevinster	76 %	252	1	380	634	17	121	772
Gevinster fremskrevet til 2035		-3	0	-29	-31	0	-27	-59

Tabeller (årlig vekst 4,2 %¹)

Gjennomgang av gevinstområder

3. Poliklinikk/dagbehandling

KRN forventer bedre kapasitetsutnyttelse med nybygg med mulighet for å øke poliklinikk og dagbehandling:

- Noe redusert bemanningsvekst sammenlignet med nullalternativet grunnet bedre planlegging av areal for merkantilt personalet kombinert med selvinnsjekkingsmaskiner.
- Skjerming av akutt og elektiv radiologi vil redusere avbrytelser og oppnå bedre utnyttelse av kapasitet.
- Reduksjon i administrasjon og ledelse som følge av samling av noen enheter på Gaustad.
- Bedre planlegging av smittesløyer innebærer bedre kapasitetsutnyttelse på laboratorier.
- Felles RIS/PACS vil bidra til standardiseringer med positiv effekt på planlegging og tilgjengelighet som i større grad er mulig å hente ut effekter av i nye bygg.
- God planlegging av clusterløsninger vil bidra til redusert bemanningsbehov.
- Samling av region- og landsfunksjoner som i dag ligger på Aker vil kunne redusere tilstedeværelsen på gamle Aker (se eget avsnitt lenger ned).

4. Operasjon/PO/Intensiv

KRN har intervensjonslaboratorier som kan sammenlignes med operasjonsstuer. Det er relativt store intervensjonsmiljøer ved US og RH. En samling av disse kan ha noen positive effekter på samme måte

¹ Se kapittel: tillegg om vekst

som poliklinikk over ved at man kan få mer rene elektive sløyfer. Det vil kunne bidra til færre avbrutte / avlyste undersøkelser og en samling av fagmiljøer.

I nybygg kan man forvente bedre planlegging av smittesløyfer som igjen kan bidra til å øke utnyttelsen på labben.

Vakt vil bli omtalt i avsnitt 4.1.

5. Annet

3.1 Vaktorganisering

Tilstedeværende LIS

Ullevål har i dag to LIS gjennom døgnet samt en tredje fra kl. 1530 til kl. 2200. De som går i vakt på Ullevål har også ansvar for akuttmottak, Legevakten i Storgata og Aker. Rikshospitalet har en LIS i vakt. Dette er tilstedeværende vakter.

I 2027/2035 vil man med stor sikkerhet, grunnet aktivitetsvekst og samtidighetskonflikt, ha behov for en fjerde LIS tilstede. Hvor denne LIS'en vil plasseres, vil avhenge av hva slags utbygging man ser for seg i nullalternativet.

LIS-vakten utgjør den primære radiologiske vurderingen døgnet rundt, for traumer, akutte nevrologiske tilfeller, skader til legevakt, akutte transplantasjoner, interne komplikasjoner og alle andre akutte sykdomstilfeller. Det er ingen grunn til å tro at summen av dette arbeidet vil avta, uavhengig av lokalisasjon og nybygg. Dagens vaktbemanning er tilpasset arbeidet uten overskuddskapasitet. Vi ser ikke for oss at samlokalisering vil redusere behovet for tilstedeværende LIS.

Bakvakt

US har i dag har 6 baktvaktlag som dekker Legevakten, Aker og Ullevål. Det er delt inn i følgende grupperinger; barn, thorax diagnostikk, nevro diagnostikk, abdomen onkologi -diagnostikk, abdomen onkologi- intervensjon og generell intervensjon.

Rikshospitalet har 6 baktvaktlag; barn, nevro intervensjon, nevro diagnostikk, ultralyd / intervensjon, generell intervensjon og en generell bakvakt.

Ved samlokalisering av regionsfunksjoner på Gaustad vil det være grunnlag for å se om noen av dagens vaktlag kan slås sammen. Det vil antagelig være mulig å redusere antall vaktlag med 2-3 som følge av en slik samling. Det er vaktlagene innen barn og intervensjon som er mest aktuelle å slå sammen, selv om alle vaktlag må vurderes ved en slik samling.

Radiografvakt

Vi har i dag like vaktordninger på radiografsiden på Ullevål og Rikshospitalet. Det er en generell tilstedevakt samt beredskapsvakt for både MR og Intervensjon. I tillegg har vi tilstedeværelse på Aker frem til kl. 20 på hverdager og kl. 18 på fredager/ kl. 16 lør/søndag. Det er ulikt antall radiografer tilknyttet hver av vaktene.

3.2 Medisinske støttefunksjoner

KRN har sett på hvordan nye Gaustad vil påvirke vaktorganiseringen ved samling av regionsfunksjoner. Det innebærer at man kan redusere dagens beredskapsordninger fra 11 til 8. mellom Ullevål og Gaustad (Barn, Generell Intervensjon og Nevroradiologi).

Ved samling av region og landsfunksjoner på Gaustad i etappe 1 vil KRN samle regionsfunksjoner tilhørende Karkirurgi og Urologi på Gaustad. I dag håndteres begge funksjoner på «gamle» Aker.

Det innebærer at KRN vil få besparelse av den eksisterende drift på «gamle» Aker på 15 radiografstillinger og 4 merkantile stillinger. Døgnberedskap vakt for radiografer på Aker vil tilsvarende bortfalle. I tillegg vil det bli noe besparelsen på selve driften av virksomheten i ett tredje hus med kostbar lagerhold av intervensjonsutstyr ved samling på færre lokalisasjoner.

En av ulempeeffektene ved resterende drift på Ullevål har vært intervensjonsvirksomheten som skal understøtte fødeavdelingen og akutt blødende. Avhengig av hvor virksomheten flytter, Gaustad eller deles mellom Aker/Gaustad så må intervensjonspersonell flytte med i fase 2.

Nukleærmedisinske funksjoner:

En samling av de nukleærmedisinske funksjoner er først og fremst planlagt på Gaustad med flest maskiner innen PET CT etc. Imidlertid er det behov for kreftutredning lokalt og det er forventet at sammensetningen av klinisk funksjonen med ansvaret for 6 bydeler vil ha behov for PET CT utredning også på Aker. En samling av hovedvirksomheten på Gaustad vil gi en besparelse på teknikersiden om maskinene samles på Gaustad.

Særskilt for etappe 2

Klinikker som i samsvar med innholdet i etappe 1, blir liggende igjen på Ullevål beskriver driftsøkonomiske gevinsteffekter fra 2032 når etappe 2 er forutsatt ferdigstilt i ØLP. Se tekst i forrige avsnitt om ulempeeffektene, under pkt. 4.2. Ulempekostnadene som er tidligere kartlagt i tidsrommet mellom etappe 1 og 2 faller bort fra 2032. Dette ivaretas av sentral økonomistab.

Tillegg om vekst

KRN har hatt en betydelig større aktivitetsvekst de siste år sammenlignet med sykehusets vekst i DRG. Dette erkjente OUS i budsjettet for 2018. Kravet til KRN var 3 % vekst, mens somatikken i samme periode skulle vokse med 2 %. Det er flere grunner til at etterspørselen etter bildediagnostikk øker:

- moderne (og dyr) medisinsk behandling krever hyppigere kontroll av behandlingseffekt
- den teknologiske utviklingen gir stadig nye muligheter innen bildediagnostikk, diagnostikken blir mer presis, men også mer tidkrevende
- behandlingen er blitt bedre, og pasientene lever lenger, hvilket fører til flere kontroller per pasient (typiske eksempler: kreft og organtransplantasjon)
- krav til raskere utredning av sykdom fører til multimodal parallell utredning av den enkelte pasient, f.eks. parallell utredning med både CT, MR og ultralyd
- pakkeforløp for kreft har medført en dobling av antall pasienter henvist til MR prostata
- krav til flere kliniske studier
- merarbeid for radiologer og nukleærmedisinere i form av flere og mer omfattende MDT-møter som er direkte følge av pakkeforløp

Basert på tidligere historikk og arbeid i fokusgrupper for Aker og Gaustad har klinikken lagt inn en årlig vekst på 4,2 %.

Oslo Sykehusservice

Oppsummering

	Leger	Sykepleiere	Øvrig klinisk personell	Sum pas rettet årsverk	Øvrig drifts-personell	Adm og ledelse	Sum årsverk
Nullalternativet fremskrevet til 2035	0	0	3	3	322	64	389
Felles	5	54	22	82	199	466	747
Bemanning i nye bygg fremskrevet til 2035 - med gevinster	0	0	3	3	278	56	337
Felles	5	53	22	79	193	451	723
Gevinster fremskrevet til 2035	0	0	0	0	-44	-8	-52
Felles	0	-1	0	-3	-6	-15	-24
Totalsum	0	-1	0	-3	-50	-23	-76

Gjennomgang av gevinstområder etappe 1

Utgangspunktet for analysen knyttet til etappe 1 er at av dagens aktivitet på US, så forblir 25 % på US, 40 % flyttes til AS, og 35 % flyttes til Gaustad.

Det er benyttet utsendte bemanningsoversikter, som er kvalitets sikret av klinikken med tanke på fordeling mellom lokalisasjonene AS, US, Gaustad, «felles», og en stor andel del som «holdes utenom» av ulike grunner. Eksempel på årsverk som holdes utenom denne analysen er årsverk innen eiendom og renhold som håndteres særskilt som FDVU. Alle tall er anslag.

Følgende områder er vurdert med tanke på gevinster og mulighet til redusert bemanning som følge av at aktivitet flyttes fra spredt eiendomsmasse på US til kompakt eiendomsmasse på Gaustad i etappe 1:

- Portør – det er forutsatt at ressursinnsatsen til den del av denne virksomhet som flyttes fra US til RH vil være ca. 50 % mindre som følge av ny konsentrert bygningsmasse samt samhandling med ressursinnsatsen som er i eksisterende bygningsmasse på RH.
- Transport – det er forutsatt at ressursinnsatsen til den del av denne virksomhet som flyttes fra US til RH vil være ca. 80 % mindre som følge av ny konsentrert bygningsmasse samt samhandling med ressursinnsatsen som er i eksisterende bygningsmasse på RH.
- Vareforsyning, internpost, tekstildistribusjon, sengesentral, etc. – det er forutsatt at ressursinnsatsen til den del av denne virksomhet som flyttes fra US til RH vil være ca. 50 % mindre som følge av ny konsentrert bygningsmasse samt samhandling med ressursinnsatsen som er i eksisterende bygningsmasse på RH.
- Kjøkkenproduksjon – det er ikke forutsatt at ressursinnsatsen vil reduseres vesentlig som følge av at aktivitet flyttes fra US til RH. Dagens produksjonskjøkken på US leverer til US og

AS, og vil flyttes til AS. Det er lagt inn 20 % effektivisering at den andel som knytter seg til aktiviteten som overføres til RH (35 %).

- Matverter – matsservering på sengepost – det er forutsatt at ressursinnsatsen til den del av denne virksomhet som flyttes fra US til RH vil være ca. marginalt mindre som følge av ny konsentrert bygningsmasse samt samhandling med ressursinnsatsen som er i eksisterende bygningsmasse på RH. Det er lagt inn reduksjon med 10 %.
- Service medisinsk teknologisk utstyr – det er forutsatt at ressursinnsatsen til den del av denne virksomhet som flyttes fra US til RH vil være ca. 50 % mindre som følge av ny konsentrert bygningsmasse samt samhandling med ressursinnsatsen som er i eksisterende bygningsmasse på RH.
- Behandlingshjelpemidler til hjemmebehandling – dette er forutsatt at primært understøtter lokalsykehusfunksjonen, og det er ikke lat inn effektivisering knyttet til flytting til Gaustad.

Det er en stor del fellestjenester som ikke nødvendigvis ligger plassert på de ulike hoved lokalisasjonene. Innen noen tjenester er det anslått gevinster som følge av mindre oppfølgingsbehov som følge av bortfall av eldre bygningsmasse.

Særskilt for etappe 2

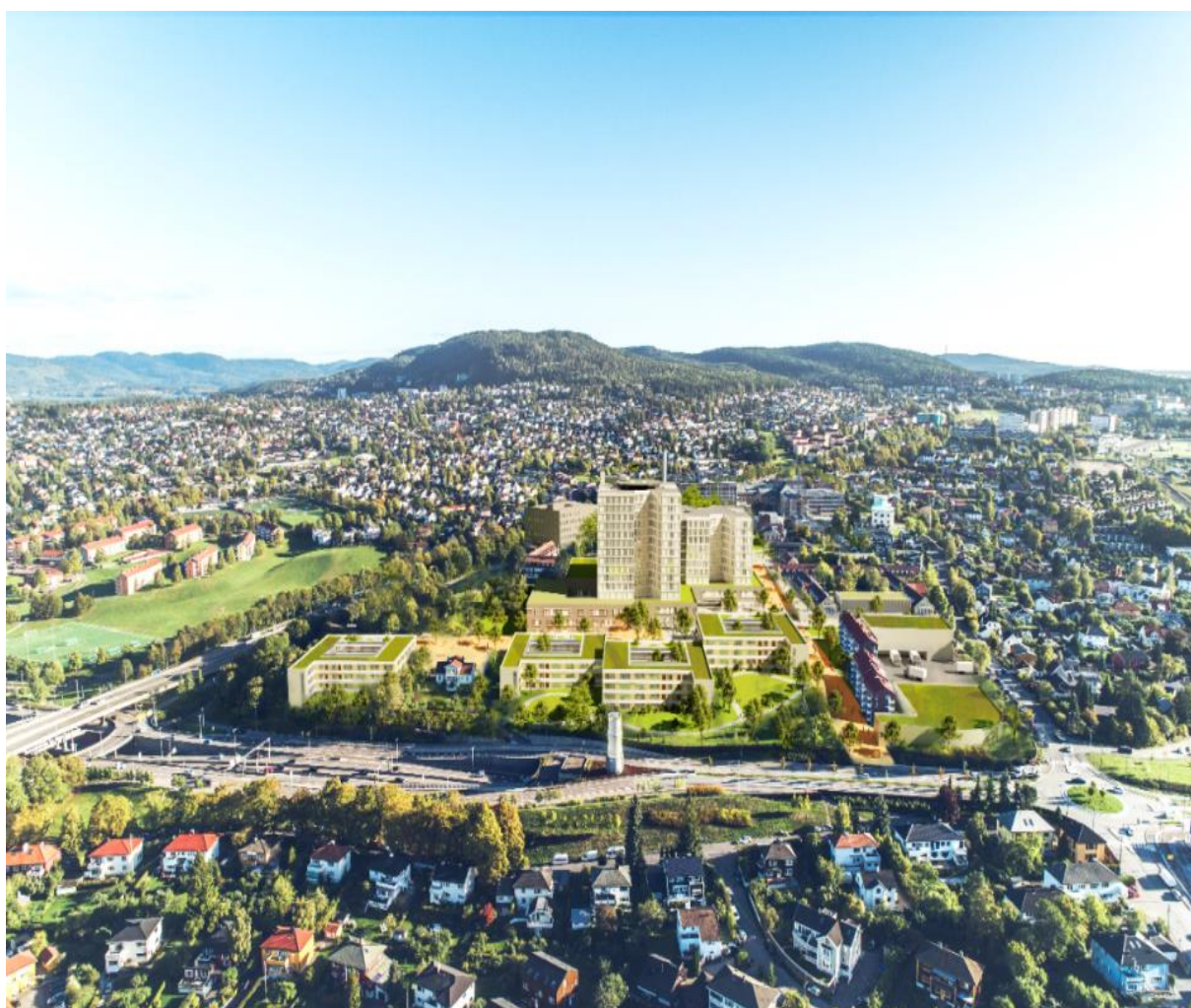
Det er forutsatt at ca. 25 % av dagens virksomhet på US blir værende på US etter etappe 1. Det er ikke kjent hvor stor andel av restaktiviteten på US som skal fordeles til Gaustad ifm etappe 2. Det er her forutsatt her at 50 % av restaktiviteten (25 %) går til Gaustad ifm etappe 2.

Ved beregning av gevinster ifm flytting til Gaustad ifm etappe 2 er det forutsatt samme andel effektivisering knyttet til etappe 2 som for etappe 1 hvor 35 % av aktiviteten på US flyttes til RH.

Det er beregnet en gevinst ifm etappe 1 (35 % til RH) på ca. 76 årsverk når fremskrevet til 2035. For etappe 2 (50 % av restaktivitet på 25 % til RH) blir det da beregnet en gevinst på ca. 27 årsverk.

Ulempekostnaden mellom etappe 1 og etappe 2 ivaretas av sentral økonomistab.

Vedlegg 1b: Driftsøkonomiske gevinster for nye Aker



Innhold

1. Innledning.....	2
2. Sammendrag	3
3. Nytt akuttsykehus Aker – pasientinnhold	3
4. Etablering av nullalternativ	5
4.1 Nullalternativet - basert på DRG på episodenivå (klinikkenes vurdering)	5
4.2 Nullalternativet - Estimat av kostnadsbasen basert på beregninger av kostnad per pasient	6
4.3 Bemanning 2017 basert på KPP	7
5. Gevinstestimat for nye Aker sykehus	8
5.1 Gevinstestimat basert på Samdata 2017 for nye Aker sykehus.....	9
6. Sammenlikning av kostnadsbasen for opptaksområdet for Akershus universitetssykehus HF og nye Aker sykehus.....	10
7. Sammenlikning av bemanning ved Medisinsk divisjon ved Akershus Universitetssykehus HF og nye Aker i forhold til opptaksområdet.....	11
8. Sammenlikning av bemanning ved Medisinsk divisjon ved Akershus Universitetssykehus HF og nye Aker i forhold til antall liggedøgn	11
9. Dagens pasientbehandling på Aker sykehus og Ullevål sykehus er kostbar	12
10. Risiko ved beregningene	13

1. Innledning

Dette notatet oppsummerer vurderinger og beregninger som er gjennomført knyttet til de driftsøkonomiske gevinster ved å ta i bruk nye bygg på Aker.

På samme måte som for beregningene på Gaustad er mulige driftsøkonomiske gevinster vurdert opp mot et nullalternativ der aktiviteten er tilordnet nye Aker basert på kriteriene i sykehusbygg sin dimensjoneringsrapport «En oppdatering av dimensjonerings-grunnlag for virksomhetsmodell i Oslo universitetssykehus HF etappe 1». Dette grunnlaget beskriver også fremtidig vekst for døgnopphold, dagopphold, poliklinikk og liggedager for 34 hovedgrupper av pasienter ved de nye lokasjonene, basert på antakelser om demografi, sykdomsutvikling, teknologisk utvikling, digitalisering og tjenstedesign som påvirker både etterspørsel og tilbud av tjenester for 5 års intervaller. Framskrivninger er gjort klinikkspesifikke ved at klinikkens sammensetning av heldøgn og dag og poliklinikk ved dagens drift er brukt som en vekt. Dette gir klinikkvise vekstfaktorer for de ulike nye lokasjonene som er benyttet som grunnlag for framskrivning av nullalternativet.

På nye Aker etableres det i praksis et nytt lokal og områdesykehus, som forventes at driftes like kostnadseffektivt som andre sammenlignbare helseforetak. På Gaustad utføres oppgaver på en pasientgruppe som i mindre grad er sammenlignbar med andre helseforetak. Der innebærer imidlertid den nye lokasjonen en samling av fag som i dag ligger spredt. Dette gjør at klinikkene i større grad kan vurdere konkrete gevinster enn for nytt lokalsykehus på Aker. Dette notatet oppsummerer de vurderinger som er gjennomført for å komme frem til et gevinstestimat for nye Aker sykehus.

2. Sammendrag

Driftsøkonomiske gevinster ved etablering av drift for lokal- og områdesykehusoppgaver på Aker er i 2035 estimert til å utgjøre 350 millioner kroner eller om lag 12,5 % av estimert fremskrevet bemanning i nullalternativet.

Ressurser til bemanning utgjør 70 % av Oslo universitetssykehus HF sine samlede driftskostnader. Samling av lokal og områdesykehusfunksjoner i nytt sykehus på Aker vil medføre at det i 2035 om lag vil være behov for om lag 400 færre brutto månedsværk ved nye Aker enn om tilsvarende pasienter skulle motta behandling ved dagens lokasjoner. Det presiseres at det selv etter at denne gevinsten er realisert er forventet en vekst i bemanningen i forhold til dagens nivå på vel 20 % for å håndtere fremtidig aktivitetsvekst.

Gevinstestimatet er fremkommet basert på en sammenlikning av kostnad pr pasient i opptaksområdet ved Akershus universitetssykehus HF og nye Aker, bemanningen ved Medisinsk Divisjon ved Akershus universitetssykehus HF og nye Aker, liggetider ved nye Aker og Akershus universitetssykehus HF og kostnadsindeksen for hele Oslo universitetssykehus HF og for andre sammenlignbare helseforetak for 2017, samt en vurdering av dagens drift på Aker og Ullevål.

3. Nytt akuttsykehus Aker – pasientinnhold

Nytt akuttsykehus Aker skal i tråd med etappe 1 omfatter pasienter som i Oslo universitetssykehus HF 2017 er behandlet ved Aker, lokalsykehuspasienter fra Ullevål til Aker og pasienter fra Akershus universitetssykehus HF. Det er også dimensjonert for et mindre antall pasientepisoder som i dag behandles ved Lovisenberg og Diakonhjemmet sykehus.

Tabellen under viser oppsummert aktivitet som inngår i beregningsgrunnlaget.

Type pasienter	Døgn-opp hold	Dag-opp hold	Poliklinikk	Sum episoder	Sum liggedager	Snitt liggedager
Pasienter fra Aker (ekskl. kar, noe kreft og barn, samt landsfunksj.)	1 997	1 280	31 527	34 804	8 617	4,3
Lokalsykehuspasienter som i dag behandles ved US fra hhv (Østensjø, Nordstrand og Søndre Nordstrand ikke lands og reg. funksjoner HDG 13, 14 eller 2)	14 264	7 547	95 611	117 422	70 823	5,0
Pasienter fra Alna bydel	3 682	2 898	23 200	30 171	15 900	4,2
Nye Aker – ekskl. Lovisenberg/Diak.	19 943	11 725	150 338	182 006	95 340	4,8

Tabell 1: Aktivitet fordelt til Aker i sykehusbygg sitt dimensjoneringsgrunnlag, uten aktivitet fra Lovisenberg og Diakonhjemmet

Den endelige fordelingen av aktivitet mellom lokalisasjoner er ikke avklart. I de videre beregningene og i dialogen med klinikkene er det forutsatt at det blir en hensiktsmessig fordeling av oppgaver mellom de nye sykehusene. Dette fordi aktiviteten i dimensjoneringsgrunnlaget er basert på et sett av kriterier for bydel, seksjon og diagnose. Det kan imidlertid være avvik mellom aktivitetsgrunnlaget som inngår i dimensjoneringsgrunnlaget og det som gir en hensiktsmessig fordeling av oppgaver. For eksempel kan en liten enhet i dag utføre oppgaver for samtlige Oslo pasienter samt lands og regionsfunksjoner. Denne enheten vil trolig få økte driftskostnader og lite hensiktsmessig drift om man deler opp tilbudet på lokasjonene Aker, Lovisenberg, Diakonhjemmet og Gaustad. Dersom vi ser på seksjon for protese er disse i dag samlet på Ullevål og behandler samtlige Oslo universitetssykehus HF sine pasienter. Det vil trolig gi en mindre effektiv drift om denne seksjonen deles på flere lokasjoner.

Tabellen under viser antall døgnopphold, liggedøgn, dagopphold og polikliniske konsultasjoner framskrevet fra 2017 til 2035 for pasienter flyttet fra Oslo universitetssykehus HF, Akershus universitetssykehus HF, Diakonhjemmet og Lovisenberg til nytt Akutt sykehus Aker etappe 1.

Type aktivitet	Lokalsykehus-pasienter fra OUS til nytt akutt sykehus Aker	Lokalsykehus-pasienter fra Aker i utgangspunktet til nytt akutt sykehus Aker	Fra Ahus bydel 12 til nytt akutt-sykehus Aker	Fra Diakonhjemmet til nytt akutt-sykehus Aker	Fra Lovisenberg til nytt akutt-sykehus Aker	Sum etappe 1 nytt akutt sykehus Aker
Aktivitet 2017						
Døgnopphold	14 264	1 997	3 682	1 032	103	21 078
Liggedøgn	70 823	8 617	15 900	3 755	410	99 505
Dagopphold	7 547	1 280	2 898	61	174	11 960
Poliklinikk	95 611	31 527	23 200	1 537	2 129	154 004
Framskrevet 2035						
Døgnopphold (norm.seng)	16 574	2 345	4 103	1 208	107	24 337
Liggedøgn normalseng	81 769	9 572	17 017	4 432	420	113 210
Liggedøgn observasjon	1 417	103	325	117	11	1 973
Liggedøgn pasienthotell	4 990	759	1 686	285	23	7 743
Sum liggedøgn	88 176	10 434	19 028	4 834	454	122 925
Dagopphold	11 645	1 961	4 186	88	222	18 102
Poliklinikk	125 190	42 199	29 818	2 260	2 755	202 222
Endring 2017-2035						
Døgnopphold	2 310	348	421	176	4	3 259
Liggedøgn sum	17 353	1 817	3 128	1 079	44	23 420
Dagopphold	4 098	681	1 288	27	48	6 142
Poliklinikk	29 579	10 672	6 618	723	626	48 218
Pst-endring 2017-2035						
Døgnopphold	16	17	11	17	3	15
Liggedøgn sum	25	21	20	29	11	24
Dagopphold	54	53	44	44	27	51
Poliklinikk	31	34	29	47	29	31

Tabell 2: Framskrevet pasientbehandling for nytt lokalsykehus på Aker

Det forventes en betydelig vekst i pasientbehandlingen frem mot 2035, og en ytterligere dreining av aktiviteten fra døgn til dag og poliklinikk.

4. Etablering av nullalternativ

For å estimere driftsøkonomiske gevinster på Aker må først dagens ressursbruk til pasientene som skal behandles på nye Aker sykehus estimeres. Deretter må denne ressursbruken fremskrives i samsvar med forventet aktivitetsvekst for et nullalternativ, som innebærer fortsatt drift ved dagens sykehus. Metoden for beregning av nullalternativet er lik som for Gaustad og beskrevet i rapporten «Driftsøkonomiske gevinster i konseptfase Gaustad og Aker».

Estimatet på fremtidig ressursbruk i nullalternativet blir deretter benyttet som grunnlag for sammenligning av kostnadsnivå mot andre foretak.

Etter at aktiviteten i de nye byggene er definert, jf. tabell 1 foran, er neste trinn å identifisere ressursbruken knyttet til denne aktiviteten. Dette er nødvendig for å identifisere gevinstpotensialet som følge av nye bygg. Den somatiske aktiviteten som skal samles på Aker inngår i dag i flere organisatoriske enheter der noe aktivitet også skal til Gaustad fordi det er lands og regionsfunksjoner eller fordi pasientene kommer fra andre bydeler i Oslo eller overføres til Lovisenberg og Diakonhjemmet. Ettersom det er systematiske forskjeller mellom kostnadene mellom lands- og regionsykehuspasienter og lokalsykehuspasienter vil en prosentvis deling av kostnadene basert på antall episoder ikke gi et riktig inntrykk av ressursene som i dag brukes til pasientbehandlingen.

I beregningene er det estimert ressursbruk for nullalternativet på to måter. Den ene er å se på klinikkenes relative endringer i DRG pr episode og bruke den samme prosentvise fordelingen på dagens bemanning. Den andre metoden er å bruke KPP beregninger som knytter alle Oslo universitetssykehus HF sine kostnader til episodene som er forutsatt å inngå i pasientbehandlingen på nye Aker sykehus.

4.1 Nullalternativet - basert på DRG på episodenivå (klinikkenes vurdering)

Metoden for å fremskrive nullalternativet er beskrevet i kapittel 3.1 i rapporten «Driftsøkonomiske gevinster i konseptfase Aker-Gaustad». Først er det utarbeidet et estimat på den relative ressursfordelingen av aktiviteten som overføres til de ulike lokalisasjonene der DRG vektene på episode nivå er benyttet. Den prosentvise fordelingen av klinikkenes aktivitet i ny og gammel fordeling av aktivitet er deretter brukt til å estimere fordelingen av årsverk på ny og gammel lokasjon. De årsverkene som ikke er påvirket av de nye byggene er holdt utenfor. Den delmengden brutto månedsværk i klinikken som er berørt av nye sykehusbygg er i leveransen fra klinikkene gjennomgått og kvalitetssikret.

Tabell 3 under viser endringen i årsverk fra dagens Aker til nye Aker basert på tilbakemelding fra klinikkene og når man legger til grunn samme vekst i bemanning som i antallet episoder fordelt på heldøgn, dag og poliklinikk som fremkommer av dimensjoneringsgrunnlaget som er benyttet av Sykehusbygg HF. Medisinsk klinikk er den klinikken som skal overføre flest årsverk til Aker, men av tabellen under fremgår også at Nevroklinikken, Ortopedisk klinikk og Akuttklinikken skal ha et betydeligantall årsverk på nye Aker.

Bemanning i 2017			Fremskrevet bemanning ny lokalisasjon ekskl. gevinst		
	DAGENS LOKASJON	"NY LOKASJON"	2027	2032	2035
MED	95	939	1 116	1 162	1 256
HHA		51	62	63	68
NVR		120	141	146	154
OPK		122	147	154	166
BAR		0	0	0	0
KVI	0	0	0	0	0
KIT	143	193	227	236	250
KRE	0	140	170	177	188
HLK	45	0	0	0	0
AKU	124	354	429	466	485
PRE					
KRN	26	101	144	174	196
KLM	80	127	166	186	196
OSS	33	166	202	219	228
Aker	546	2 314	2 804	2 983	3 187

Tabell 3: Bemanning ved nye Aker i nullalternativet og fremskrevet

Basert på denne tilnærmingen er det estimert at den delmengden som skal fremskrives er på 2314 brutto månedsverk i 2017. Dersom man fremskriver denne bemanningen med vektet aktivitetsvekst blir bemanningen i 2035 på 3 187 brutto månedsverk. Dette vil være bemanningen i nullalternativet, fortsatt drift ved dagens lokasjoner.

Dersom man legger til grunn dagens gjennomsnittlig kostnad per brutto månedsverk på 870' gir dette en brutto kostnad for lønn i 2035 på 2,77 mrd. kroner for 3 187 brutto månedsverk.

4.2 Nullalternativet - Estimert av kostnadsbasen basert på beregninger av kostnad per pasient

Oslo universitetssykehus HF foretar årlige beregninger av kostnad per pasient (KPP) som inngår i Helsedirektoratets beregninger av kostnadsvekster pr Diagnose Relatert Gruppe

(DRG). Disse beregningene fordeler samtlige av Oslo universitetssykehus HF sine kostnader til legeårsverk, sengeposter, anestesipersonell, laboratorier og røntgen til hver enkelt episode og den ansvarlige fagenhet. Disse kostnadene viser relative kostnadsforskjeller mellom de ulike episodene. I prinsippet vil dette kombinert med informasjon om pasienten gi et godt bilde på relativ ressursfordeling i nye og gamle lokasjoner.

Alle pasientepisodene ved Oslo universitetssykehus HF i 2017 er tilordnet en kostnad beregnet som omtalt ovenfor. Av Oslo universitetssykehus HF sitt samlet regnskap på 22,8 mrd. i 2017 er 12,7 mrd. kroner fordelt til somatisk aktivitet som er berørt av de nye byggene.¹ Av denne kostnadsbasen vil 2,7 mrd. kroner fordeles til nye Aker sykehus basert på kriteriene lagt til grunn for dimensjoneringen. Aker dimensjoneres også for pasienter fra Alna bydel noe som øker antallet episoder med 16 %. I tillegg dimensjoneres Aker for noe aktivitet fra Lovisenberg og Diakonhjemmet noe som øker antallet episoder med 2,6 %. Det foreligger ikke informasjon om ressursene som benyttes i dag til disse pasientene. Dersom det forutsettes at pasienter tilhørende Akershus universitetssykehus, Diakonhjemmet sykehus og Lovisenberg sykehus har samme gjennomsnittlige kostnader som Oslo universitetssykehus HF vil den nye kostnadsbasen for Aker være på om lag 3,3 mrd. kroner i 2017.

4.3 Bemanning 2017 basert på KPP

	Andel episoder	Kostnadsbase (i 1000 kr)	Estimat brutto årsverk 2017
Estimat omsetning nye Aker sykehus(2017)			
Kostnadsbase Aker fra KPP OUS HF		2 789 000	2240
Estimert kostnadsbase fra Alna	0,16	449 000	361
Estimert kostnadsbase fra Lovisenberg og Diakonhjemmet	0,03	75 000	60
Sum kost base nye Aker		3 312 476	2660

Tabell 4: Estimert ny kostnadsbase ved Aker

Kostnadene for Oslo universitetssykehus HF i 2017 for de pasientepisodene som inngår i dimensjoneringsgrunnlaget for nye Aker er på 2,789 mrd. kroner, av dette utgjør om lag 70 % kostnader til lønn. Et brutto månedsverk koster i gjennomsnitt 0,87 millioner kroner, KPP dataene knyttet opp mot dimensjoneringsgrunnlaget gir følgelig en bemanning på 2 240 årsverk i 2017 som skal framskrives. Sammenlignet med klinikkenes egen vurdering ovenfor blir resultatet 74 brutto månedsverk lavere ved denne metoden å beregne nullalternativet på.

¹ Ortopedisk skadelegevakt i Storgt ekskludert, Radiumhospitalet, Statens Senter for Epilepsi, strålepasienter mv.

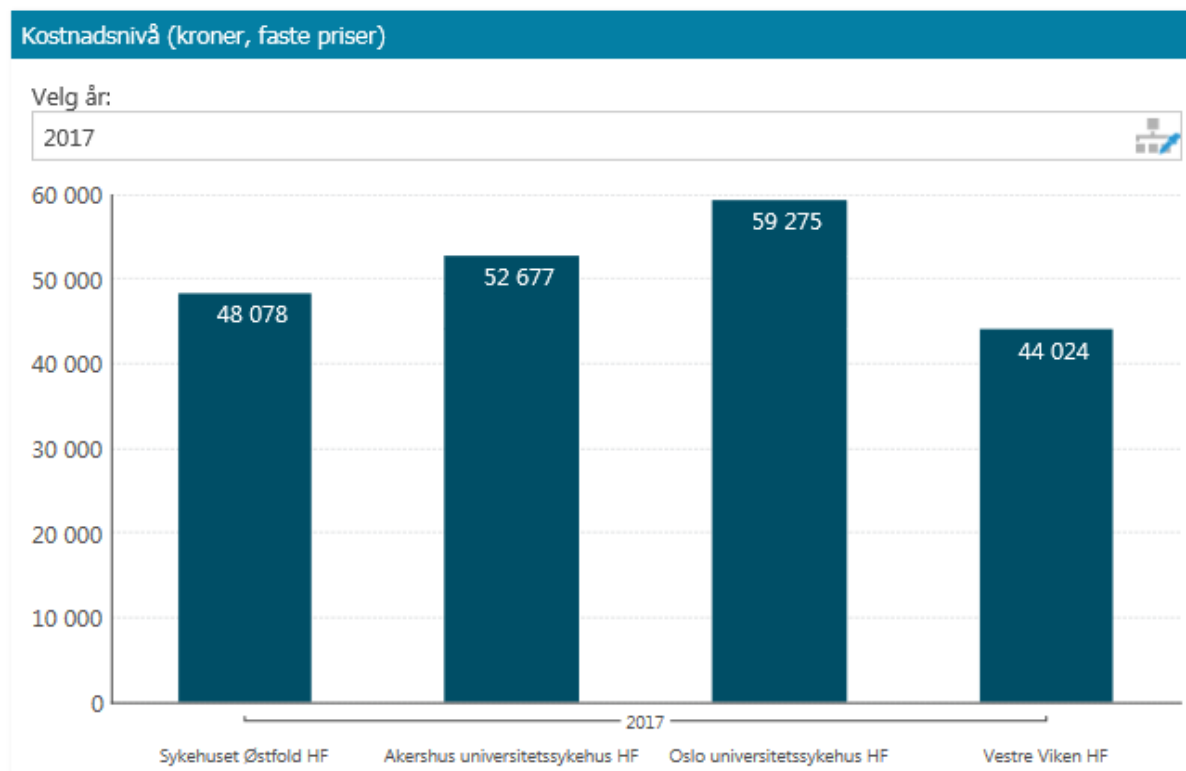
Bemanning i 2017			Fremskrevet bemanning ekskl gevinst		
	DAGENS LOKASJON	"NY LOKASJON"	2027	2032	2035
Aker (Klinikkens vurdering)	546	2 314	2 804	2 983	3 187
Aker (KPP)	546	2 240	2 715	2 888	3 086
Differanse		74	89	95	101

Tabell 5:

I vurderingen av gevinster er alternativet hvor fremskrevet bemanning for nullalternativet er på 3 187 benyttet som referansealternativ for beregning av driftsgevinster.

5. Gevinstestimat for nye Aker sykehus

Tabellen under viser kostnadsnivå i absolutte tall per produserte DRG poeng for Sykehuset Østfold HF, Akershus universitetssykehus HF, Oslo universitetssykehus HF og Vestre Viken HF i 2017.



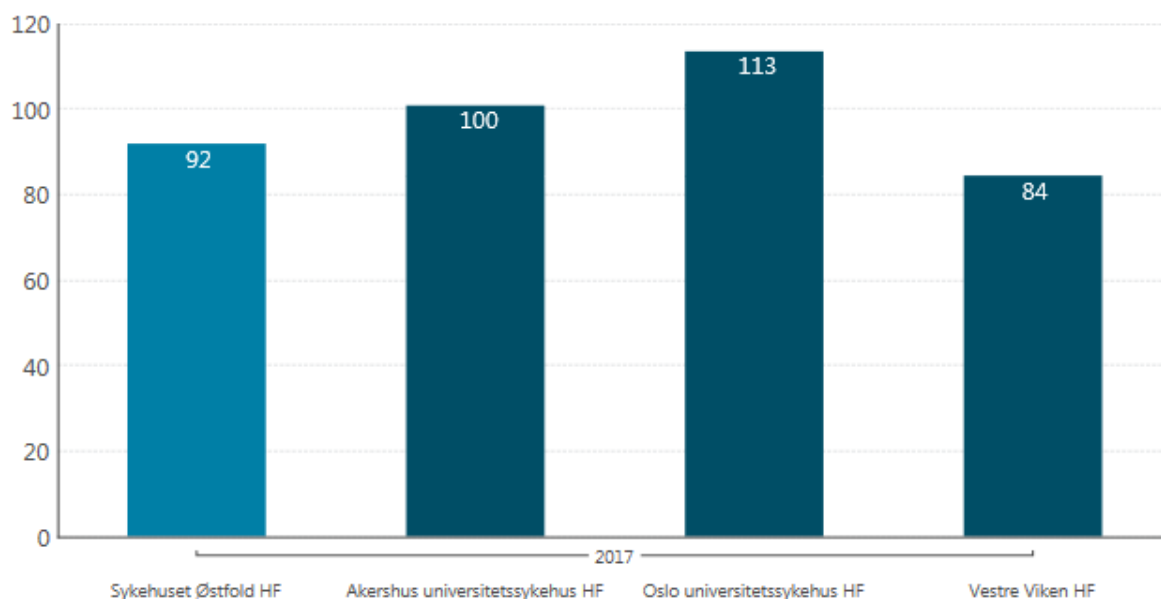
Figur 1: kostnadsnivå per DRG. Kilde: Samdata 2017

Tabellen under viser kostnader per produserte DRG poeng relativt til landsgjennomsnittet for 2017.

Kostnadsnivå (kroner, faste priser)

Velg år:

2017



Figur 2: kostnadsnivå for landsgjennomsnittet, 2017

Akershus universitetssykehus har et kostnadsnivå på landsgjennomsnittet for 2017. Oslo universitetssykehus har et kostnadsnivå som er 13 % høyere enn landsgjennomsnittet, mens Sykehuset Østfold HF er 8 % lavere og Vestre Viken HF er 16 % lavere enn landsgjennomsnittet for 2017.

5.1 Gevinstestimat basert på Samdata 2017 for nye Aker sykehus

Analyser av kostnader basert på KPP data for de pasientepisodene som skal inngå i pasientbehandlingen for nye Aker sykehus viser at lokal- og område sykehuspasientene som i dag får sin behandling ved Ullevål sykehus eller ved dagens pasientaktivitet på Aker sykehus i gjennomsnitt er om lag 10 % høyere enn kostnader ved Akershus universitetssykehus HF, dvs. om lag samme kostnadsindeks som Oslo universitetssykehus HF har i 2017 jf. tall fra samdata. I tabellen under vises driftsgevinstene hvis driften ved nye Aker sykehus har samme kostnad som for Akershus universitetssykehus HF, Sykehuset Østfold HF og Vestre Viken HF i 2017 og videre fremskrevet til 2035.

Bemanning i 2017			Fremskrevet bemanning ekskl gevinst		
	DAGENS LOKASJON	"NY LOKASJON"	2027	2032	2035
Aker (Klinikkens vurdering)	546	2 314	2 804	2 983	3 187
Gevinst som Akershus universitetssykehus HF		12,5 %	12,5 %	12,5 %	12,5 %
Antall årsverk lavere bemanning		-289	-351	-373	-398
Økonomisk gevinst (mnok)			-305	-324	-347
Gevinst som Sykehuset Østfold HF		20,50 %	20,50 %	20,50 %	20,50 %
Antall årsverk lavere bemanning		-474	-575	-612	-653
Økonomisk gevinst (mnok)			-500	-532	-568
Gevinst som Vestre Viken HF		28,50 %	28,50 %	28,50 %	28,50 %
Antall årsverk lavere bemanning		-659	-799	-850	-908
Økonomisk gevinst (mnok)			-695	-740	-790

Tabell 6: Driftsgevinster ved sammenligning av kostnadsnivå mot andre foretak

Gevinstestimatet som er lagt til grunn er at nye Aker sykehus skal ha et kostnadsnivå som er det samme som Akershus universitetssykehus har i 2017, dette gir et gevinstestimat på 350 millioner kroner i 2035.

6. Sammenlikning av kostnadsbasen for opptaksområdet for Akershus universitetssykehus HF og nye Aker sykehus

Akershus universitetssykehus er et lokal- og områdesykehus som ble ferdigstilt i 2008 med et opptaksområde på 534 198 innbyggere i 2017². Akershus universitetssykehus HF dekker alle funksjoner som i fremtiden også vil dekkes på nye Aker, og har i tillegg til pasientbehandling forskning, undervisning og pasientopplæring innen somatikk, psykiatri og rus.

Somatikk	AHUS	NYE AKER
Senger	686	310
Driftsutgifter	4 500 000	3 300 000
Opptaksområde	534 198	251 754

Tabell 7: Alna inngår både i estimatet for Aker og i eksisterende tall for Akershus universitetssykehus HF

Hele den somatiske delen av aktiviteten ved Akershus universitetssykehus HF utgjorde i 2017 4,5 mrd. kroner. Fordelt på 534 000 innbyggere i opptaksområdet utgjør dette 8 500 kr pr pasient. Dersom man sammenligner dette med den estimerte kostnadsbasen for nye Aker per pasient i opptaksområdet viser dette at nullalternativet ved nye Aker vil ha om lag 50 % høyere bemanning enn det er ved Akershus universitetssykehus i 2017.

² Kilde referansetabell KPP fra HDIR

Denne tilnærmingen blir for overordnet og ansees ikke som presis nok ettersom pasientene som overføres til Aker i etappe 1 blant annet ikke har pasienter fra fagene øye, føde, kvinne og barn. Likevel er den tydelige kostnadsforskjellen ved en slik sammenstilling en indikasjon på at det vil være betydelig potensiale for gevinster å hente ut i driften av nye Aker.

7. Sammenlikning av bemanning ved Medisinsk divisjon ved Akershus Universitetssykehus HF og nye Aker i forhold til opptaksområdet

Som omtalt over vil Medisinsk klinikk utgjøre en stor del av aktiviteten ved nye Aker sykehus. Dette er pasienter som kan sammenlignes med de pasientene som i dag behandles ved Medisinsk divisjon ved Akershus universitetssykehus HF.

Ved Akershus universitetssykehus HF er aktiviteten samlet i en medisinsk divisjon med akuttmedisin, endokrinologi, geriatri, infeksjonssydommer, lungesykdommer, nevrologi mm. Ved medisinsk divisjon på Akershus universitetssykehus HF var det i 2017 brukt 1400 brutto årsverk. Det er estimert at i 2017 vil medisinsk klinikk ved nye Aker ha 939 brutto månedsverk, i tillegg er det 120 årsverk ved nevrologisk klinikk og 140 årsverk ved kreftklinikken som antas å utføre oppgaver som utføres ved medisinsk divisjon ved Akershus universitetssykehus HF.

Dersom man sammenlikner antall årsverk med antall innbyggere i opptaksområdet kommer nye Aker ut med betydelig flere årsverk enn ved Akershus universitetssykehus HF i nullalternativet, om lag 50 % høyere bemanning også for denne tilnærmingen. På samme måte som den rene sammenlikningen av kostnadsbasen kan vi ikke utelukke at det kan være forskjeller i sammensetningen av pasientene som kan forklare noen av kostnadsforskjellene. En feilkilde her vil være at det i pasientgrunlaget for den bemannings-framskrivingen som er gjennomført for nullalternativet inngår bemanning for pasienter tilhørende opptaksrådet til Lovisenberg og Diakonhjemmet sykehus. Det er en rimelig antakelse at de mer kompliserte pasientene knyttet til bydeler tilhørende lokalsykehusfunksjonen for Diakonhjemmet og Lovisenberg sykehus får sin behandling ved Ullevål sykehus i dag. Tyngre og mer kompliserte pasienter i pasientgrunlaget som overføres til nye Aker sykehus medfører behov for høyere bemanningsfaktor.

8. Sammenlikning av bemanning ved Medisinsk divisjon ved Akershus Universitetssykehus HF og nye Aker i forhold til antall liggedøgn

En mulig måte å redusere kostnader på er å redusere liggetidene. Der ny teknologi som for eksempel kikkhullsoperasjoner gjør at pasientene får mindre åpne sår vil det være naturlig at de får færre infeksjoner og kortere rekonvalesens. Dersom man for eksempel organiserer en poliklinikk som undersøker pasientene dagen før operasjon kan pasientene møte til også

kompliserte operasjoner samme dag som operasjonen skal foretas. Endringer i liggetid er derfor en blanding av bruk av ny teknologi og organiseringen av tjenestene.

Tabell 1 foran viser at liggetiden for pasientepisodene som overføres til nye Aker i snitt er på 4,8 dager. Ved Akershus universitetssykehus HF sin medisinske divisjon var gjennomsnittlig liggetid 3,2 dager i 2017. Dette kan gi en indikasjon på et område der driften kan effektiviseres ved nye Aker.

Dersom det tas som forutsetning at liggetiden for nye Aker blir som gjennomsnittet av dagens liggetid ved Oslo universitetssykehus HF og Akershus universitetssykehus HF på 4 døgn, og at 1,6 mrd. kroner av kostnadene er generert på sengepost(KPP data 2017), vil en 20 % reduksjon i liggetiden kunne gi en årlig besparelse på om lag 370 millioner kroner.

Det er forskjell på pasientgrunnlaget mellom dagens Oslo universitetssykehus HF, nye Aker og Akershus universitetssykehus HF. Som et eksempel får Oslo universitetssykehus HF i dag alle pasienter med hjertestans. Dersom dette er pasienter fra Akershus universitetssykehus HF sitt opptaksområde vil de typisk være 2 dager ved Oslo universitetssykehus HF før de overføres til Akershus universitetssykehus HF og er der i to dager. Pasienter fra Oslo universitetssykehus HF sitt eget opptaksområde vil typisk være innlagt i flere dager. Dette trekker Oslo universitetssykehus HF sine liggetider opp. Hvordan dette vil organiseres ifht Gaustad og nye Aker er ikke endelig avklart.

Det nye lokalsykehuset på Aker er i praksis et av fire lokalsykehus i Oslo. At opptaksområdet til det nye Aker kun dekker 4 bydeler, kan gjøre at man ikke i tilstrekkelig grad får utnyttet stordriftsfordelene og en optimal organisering av driften.

9. Dagens pasientbehandling på Aker sykehus og Ullevål sykehus er kostbar

Det er et faktum at dagens drift på Aker ikke er kostnadseffektiv. Urologi,- og Kar,- har felles tilstedevakt vakt. - samt endokrinologi og fedmekirurgi har hjemme bakvakt. Det er i dag 3 sengeposter med 7 døgns drift, Urologi A og B samt karkirurgisk sengepost. F.eks. ville det med en annen sammensetning av aktiviteten være mulig å gjennomgå behovet for beredskap og dermed redusere kostnadene betydelig.

Lokalsykehuspasienter fra Ullevål sykehus får i dag behandling sammen med øvrige lands- og regionpasienter i gamle spredte lokaler på Ullevål sykehus. Lokalsykehuspasientene er i liten grad skjermet fra øvrig drift noe som medfører at de i praksis får et noe utvidet tilbud, i form av beredskap og kompetanse. I motsetning til lands og regionpasienter kan ikke lokalsykehuspasientene fra Oslo universitetssykehus HF sitt opptaksområde overføres til andre helseforetak når de er ferdigbehandlet og stabilisert. For en pasient som kommer fra Drammen vil pasientforløpet normalt være 2 døgn i Oslo universitetssykehus HF hvis pasienten kommer inn med hjerteinfarkt og deretter overføres til Drammen sykehus, som

har et betydelig lavere kostnadsnivå. En pasient som kommer fra Oslo universitetssykehus HF sitt opptaksområde kan ikke tilbakeføres til et lokal- områdesykehus med lavere kostnader i dag, og får flere liggedøgn med høyere kostnader.

Vurderingen av dagens drift tilsier også at det er et potensiale for å drifte nye Aker til lavere kostnader enn i dag.

10. Risiko ved beregningene

Som for beregningene av gevinster knyttet til nye bygg Gaustad vil det i tidligfase (konseptfase) være risiko knyttet til beregninger av driftsøkonomiske gevinster på Aker. Først og fremst baserer beregningene seg om antakelser om fremtidig befolkning og sykkelighet. Men også fremtidige forbruksmønstre inngår i antakelsene om fremtidig aktivitet, blant annet er det forventet en omlegging fra døgn til dag og dag til poliklinikk.

Det er forutsatt budsjettneutralitet i overføringen av aktivitet fra Alna bydel fra Akershus universitetssykehus HF og for øvrig aktivitet som flyttes fra Lovisenberg og Diakonhjemmet, og dette kan gi utslag i gevinstberegningen. Det er imidlertid lettere å tilpasse en ny drift innenfor en endret inntektsramme som følge av endret opptaksområde enn å redusere kostnader i en driftsmodell som har vært etablert over flere år.

I de beregningene som er foretatt er det forutsatt hensiktsmessig fordeling av pasientaktiviteten. Dersom enheter som for eksempel har forutsatt full samling på Gaustad likevel skal driftes på Aker vil det kunne redusere gevinstene som er skissert. Det er forutsatt at arealene skal bli hensiktsmessige og fleksible. Det er imidlertid godt mulig at endelig utforming av arealene vil kunne legge føringer på driften som ikke er hensyntatt i gevinstvurderingene, dette er for eksempel knyttet til størrelsen på sengeposter eller poliklinikker. Det er også mulig at endelig lokaliseringen av sengeposter, poliklinikk- og operasjonsarealer ikke i så stor grad som ønskelig blir optimalt plassert i nye bygg, som her er lagt til grunn.

Dette vil først bli klart når forprosjekt er gjennomført og det vil da være mulig å utarbeide konkrete gevinstrealiseringsplaner for de gevinstestimatene som nå foreligger. Det vurderes likevel slik at risiko knyttet til det gevinstestimatet som benyttes på 350 millioner kroner er moderat til lav. Det er flere indikasjoner på at driftsgevinstene har et større potensiale, enn at potensiale skal være lavere.



Konseptfase Aker

Driftsøkonomiske gevinster psykisk helsevern
og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Klinikk psykisk helse og avhengighet



Innhold

Hovedrapport: Driftsøkonomiske gevinster konseptfase Aker	1
---	---

Tilleggsrapporter:

Administrativt tillegg	26
Nøkkeltall.....	33
Periodisert gevinstrealisering Aker	37
Lokal sikkerhet og Regional seksjon psykiatri, utviklingshemming/autisme	40
Akuttpsykiatri (voksne) til Aker i fase 1	43



Konseptfase Aker

Driftsøkonomiske gevinster
Klinikk psykisk helse og avhengighet

Levert fra arbeidsgruppen 24. september 2018

Forord

Klinikken har hatt tett samarbeid med Sykehusbygg for å få et riktig grunnlag for framskrivninger av behovet for døgnplasser og antall polikliniske konsultasjoner.

Klinikken har hatt en egen arbeidsgruppe med ansvar for gjennomføringen av oppdraget:

Fra Klinikk psykisk helse og avhengighet:

- Økonomileder Jon Kristiansen, og leder for arbeidsgruppen, Økonomistab
- Klinikkleder Marit Bjartveit, Klinikk psykisk helse og avhengighet
- HR-leder Karin Erlimo, HR-stab
- Avdelingsleder Thor Børre Sangesland, Avdeling psykisk helse, døgn
- Avdelingsleder Trond Håkon Noddeland, Avdeling for regionale og nasjonale funksjoner
- Avdelingsleder Erlend Hangaard, Nydalens DPS
- Avdelingsleder Thorbjørn Harald Sundin, Akuttavdelingen
- Avdelingsleder Anne Beate Sætrang, Avdeling rus- og avhengighetsbehandling
- Avdelingsleder Heini Ringel, Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling
- Avdelingsoverlege Kjersti Anne Lyngstad, Akuttavdelingen
- Avdelingsoverlege Petter Andreas Ringen, Avdeling psykisk helse, døgn
- Seksjonsleder Kari Bussesund, Seksjon ruspoliklinikker
- Seksjonsleder Lisbeth Nilsen, Seksjon psykosebehandling Gaustad
- Seksjonsleder Trine Lise Johannesen, Seksjon TSB henvisningsmottak, analyse, rådgivning og pasientstrøm
- Enhetsleder Anne Falsen, Nevropsykiatrisk enhet
- Enhetsleder Geir Helge Roaas, Front ung
- Overlege Ruth Kari Ramleth, Ungdomsseksjonen
- HR-rådgiver Åshild Skårland, HR stab
- Økonomirådgiver Helene Thrane, Økonomistab
- Økonomirådgiver Siri Anne Moe Lundquist, Økonomistab
- Fagrådgiver Gry Alexandersen, Fag- og kvalitetsstaben
- Mats Sørensen, stedfortredende klinikkhovedverneombud/Christian Smestad Torp. hovedverneombud
- Else Lise Skjæret-Larsen, tillitsvalgt Fagforbundet¹
- Birgit Aanderaa, tillitsvalgt Psykologforeningen
- Berit Averstad, tillitsvalgt Norsk sykepleierforbund

Direktøren har hatt følgende representanter med i arbeidet:

- Prosjektleder Ørjan Sandvik, Sentral økonomistab
- Rådgiver Guri Galtung Kjæserud, Sentral økonomistab
- Rådgiver Christina Laastad, Direktørens kontor

Sykehusbygg har vært representert ved

- Rune Reinaas, prosjektleder
- Elisabeth Grannes
- Kjell Solstad

Sekretariatsoppgavene har vært ivaretatt av klinikkens økonomistab og fag- og kvalitetsstaben.

¹ Rettet fra hovedleveranse

Innhold

Forord	1
Sammendrag	3
1. Bakgrunn.....	4
2 Framskrivninger og arealberegninger.	4
2.1 Framskrivninger av aktivitet	4
Døgnaktivitet	4
Dagbehandling.....	5
Poliklinikk.....	6
Betenkeligheter ved framskrivningene	6
2.2 Framskrivning som utgangspunkt for areal.....	7
3. Metode	7
3.1 Økonomiske drivere	7
3.2 Beregningsmåte.....	9
Døgnplassene	9
Poliklinikk.....	10
Overtid/ekstravakter	11
Organisering, ledelse og administrasjon	11
4 Beregninger av driftsøkonomiske gevinster.....	11
4.1 Døgnplassene	11
4.2 Poliklinikk.....	12
4.3 Overtid og ekstravakt	12
4.4 Vaktlag.....	12
4.5 Organisatoriske endringer	13
4.6 Øvrige forhold	13
5 Konklusjoner.....	13
Vedlegg 1 Bemanningsplan turnus døgnplasser	14
Vedlegg 2 Vaktordninger	16
Vedlegg 3 Tabell driftsgevinster – økonomi og årsverk	17
Vedlegg 4 Uttalelser fra tillitsvalgte	18
Kommentar fra Norsk sykepleierforbund	18
Kommentarer fra Fagforbundet	19
Kommentarer fra Norsk psykologforening OUS.....	19
Kommentar fra vernetjenesten.....	20
Vedlegg 5 Liste over enheter som skal flyttes til Aker	22

Sammendrag

Klinikk psykisk helse og avhengighet har på oppdrag fra administrerende direktør beregnet driftsøkonomiske gevinster ved å flytte til et nybygg på Aker. Beregningene er gjort med utgangspunkt i aktivitetsdata og endringsfaktorer i rapporten «En oppdatering av dimensjoneringsgrunnlag for virksomhetsmodell OUS etappe 1» (Sykehusbygg pr august 2018), med aktivitetsdata fra 2015 og i Fokusgruppe A2 (uke 34, 2018), versjon 2. Endelig dimensjoneringsgrunnlag med 2017 data ble ikke mottatt i tide.

Enhetene for lokal sikkerhetspsykiatri og regional seksjon for psykiatri og utviklingshemning/autisme (PUA) inngår *ikke* i arbeidet. Disse virksomhetene er forutsatt å inngå i et nytt bygg sammen med Regional sikkerhetsseksjon og KPS.

Framskrivningene gjort av Sykehusbygg inneholder ikke aktivitetsdata for bruk av private plasser. Ahus's bruk av private plasser er betydelig innenfor særlig barne- og ungdomspsykiatrien og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Aktiviteten i dimensjoneringsgrunnlaget antas derfor å være for lav for bydel Alna.

Beregningene er gjort under forutsetning av at driften fortsetter i eksisterende lokaler hvis klinikken ikke flytter til Aker. Arbeidsgruppen vil presisere at dette ikke er et realistisk alternativ. Deler av bygningsmassen er så dårlig vedlikeholdt og mangelfullt tilpasset pasientbehandlingen at det ikke vil være mulig å fortsette i eksisterende lokaler framover. Det er heller ikke mulig å øke aktiviteten slik framskrivningen forutsetter. Beregningene av kostnadene for alternativene tar utgangspunkt i aktivitet fra nevnte dimensjoneringsgrunnlag avstemt mot, klinikkens Baseline 2017: driftskostnadene fra klinikkens regnskap, årsverk og aktivitet. Beregning av kostnadene for vedlikehold og ytterligere areal for å dekke nødvendig plassbehov, ligger utenfor mandatet.

Beregningene er gjort under forutsetning av tilstrekkelig areal med hensiktsmessig utforming.

Dagens kvalitetsstandard er lagt til grunn.

Økonomiske driftsgevinster ved innflytting på Aker vil avledes av to effekter:

- Samlokalisering
- Nye og virksomhetstilpassede lokaler

Gevinster er beregnet for følgende områder:

- Endring i bemanning av døgneheter og antall vaktlag
 - turnusbemanning, behandlerressurser og merkantilt personale
- Produksjonsøkning i poliklinikk
- Endringer i bruk av ekstravakter/overtid
- Endringer i organisasjon og ledelse

Drift på Aker, under de gitte forutsetningene, forventes å gi en samlet driftsøkonomisk gevinst på 197,9 millioner kroner i forhold til estimert kostnad for drift i eksisterende bygningsmasse. Inkludert i dette ligger en reduksjon på 237 årsverk.

1. Bakgrunn

I forbindelse med Konseptfase Aker har Klinikken psykisk helse og avhengighet fått i oppdrag fra administrerende direktør å beregne driftsøkonomiske gevinster ved overføring av store deler av klinikkens virksomhet til Aker som et nytt lokalsykehus.

Klinikken er bedt om å foreta beregningene med utgangspunkt i rapporten «En oppdatering av dimensjoneringsgrunnlag for virksomhetsmodell OUS etappe 1» (Sykehusbygg august 2018) der 2015-aktiviteten danner grunnlaget for framskrivningene av døgnplasser og antall polikliniske konsultasjoner.

Vi har tatt utgangspunkt i Fokusgruppe A2 (uke 34, 2018), versjon 2. Det betyr at Bygg 12 og Refstad ikke inngår, og at all døgnvirksomhet skal skje i kubene.

Med framskrivningene som utgangspunkt har Sykehusbygg beregnet arealbehovet, som ligger til grunn for vårt arbeid.

Beregningene skal beskrive forskjellen mellom driftskostnader i et nytt bygg (Alternativ 1) og fortsatt drift i eksisterende bygningsmasse (Alternativ 0).

Klinikken har *ikke* tatt inn enhetene for lokal sikkerhetspsykiatri eller regional seksjon for psykiatri og utviklingshemning/autisme (PUA) i arbeidet. Disse virksomhetene er forutsatt å inngå i et nytt bygg sammen med Regional sikkerhetsseksjon og KPS.

Beregningene er gjort under forutsetning av tilstrekkelig areal med hensiktsmessig utforming.

I beregningene av driftsøkonomiske gevinster har vi lagt dagens kvalitetsstandard til grunn.

2. Framskrivninger og arealberegninger

2.1 Framskrivninger av aktivitet

Døgnaktivitet

Utgangspunktet for beregningene er framskrivningene av aktiviteten som er planlagt overført til Aker/er på Aker i dag. Dette vil gjelde ca. 60 % av virksomheten ved klinikken.

I alle tabellene under er aktiviteten i baseline Sykehusbygg sine tall for 2015. Sengetallet er fra 2017 og er klinikkens egne tall.

Tabell 1 viser antall døgnplasser og døgnaktivitet 2015 med og uten Lovisenberg og Diakonhjemmets pasienter i voksenpsykiatrien, framskrevet aktivitet eksklusive Lovisenberg og Diakonhjemmet for psykisk helsevern voksne (VOP), beleggprosent fastsatt av HSØ og antall døgnplasser beregnet etter Helse Sør-Øst sine standardfaktorer.

Tabell 1 Baseline og framskrivninger OUS. Kilde: Sykehusbygg og OUS

	Baseline - OUS				2035 - OUS (eks Lovisenberg og Diakonhjemmet for VOP)		
	Aktivitet fra Sykehusbygg	Senger OUS 2017	Liggedøgn Lovisenberg + Diakonhjemmet	Aktivitet til framskr OUS	Aktivitet (HSØ-std faktorer)	Beleggsprosent	Antall senger OUS (HSØ-std faktorer)
VOP (ink RASP BUP)	39 812	127	555	39 257	39 649	85	128
BUP	6 645	20	-	6 645	6 516	75	24
TSB	24 526	86	-	24 526	24 553	80	85
Totalt	70 983	233	555	70 428	70 718		237

Tabellen viser at antall døgnplasser i OUS er framskrevet fra 233 i 2017 til 237 i 2035.

OUS skal etter planen overta Alna bydel i 2027. I tabell 2 viser vi både baseline og framskrivning av aktiviteten i bydelen som legges til framskrivningene for OUS og tas med i de videre beregningene.

Tabell 2 Baseline og framskrivninger for Alna bydel

	Baseline - AHUS	2035 - AHUS		
		Liggedøgn	Aktivitet (HSØ-std faktorer)	Beleggsprosent
	VOP	5 670	5 895	85
BUP		-	75	-
TSB	1 441	1 465	80	6
Totalt	7 111	7 360		26

Overføring av Alna bydel til OUS vil etter framskrivningene bety en økt aktivitet i OUS tilsvarende totalt 26 døgnplasser.

I tabell 3 er antall døgnplasser oppsummert.

Tabell 3 Antall døgnplasser i OUS i 2017 og framskrevet til 2035

	2017	2035 (HSØ-faktor)			
		OUS	Fra Alna	Totalt	Endring
VOP	127	128	20	148	17 %
BUP	20	24	0	24	20 %
TSB	86	85	6	91	6 %
Totalt	233	237	26	263	13 %

Tabell 3 viser at det er beregnet at totalt 263 døgnplasser skal inn i nybygg på Aker.

Dagbehandling

Barne- og ungdomspsykiatrien og tverrfaglig spesialisert rusbehandling har begge dagbehandling. Tabell 4 viser aktiviteten i 2015 og framskrivningen til 2035. Vi har ikke data for dagbehandling i Akershus universitetssykehus HF.

Tabell 4 Antall dagbehandlinger i 2015 og framskrevet til 2035

	OUS	
	Baseline 2015	Framskrevet 2035
BUP	3 415	5 206
TSB	86	129
Totalt	3 501	5 335

Poliklinikk

I beregningene for poliklinikk er ambulante polikliniske konsultasjoner med. Det skyldes at de ambulante tjenestene er langt mer kostnadskrevene enn vanlige polikliniske konsultasjoner, og derfor må inngå i kostnadsberegningene. I dimensjoneringsgrunnlaget fra Sykehusbygg er de utelatt. Det betyr at den polikliniske aktiviteten som ligger til grunn for de økonomiske beregningene avviker fra dimensjoneringsgrunnlaget i arealberegningene.

Tabell 5 Framskrevet poliklinikk. Kilde: Sykehusbygg²

	OUS		Bydel Alna		Sum OUS og Alna	
	Baseline 2015	Framskrevet 2035	Baseline 2015	Framskrevet 2035	Baseline 2015	Framskrevet 2035
VOP (ekskl Lovisenberg/Diakonhjemmet)	41 282	58 484	861	1 616	42 143	60 100
BUP	2 746	4 171	9 575	12 701	12 321	16 872
TSB	21 215	30 524	2 218	3 217	23 433	33 741
Totalt	65 243	93 179	12 654	17 534	77 897	110 713

For Barn og unge i Bydel Alna i poliklinisk behandling ligger også behandling som gjennomføres av lokale BUPer, og som ikke skal overføres til virksomheten lokalisert på Aker.

Betenkeligheter ved framskrivningene

Vi har noen betenkeligheter med utgangspunktet for framskrivningene:

- Ahus har stor bruk av private døgnplasser for barn og unge og for pasienter i tverrfaglig spesialisert rusbehandling. I beregningen av forbruket av tjenester er Alna-befolkningens bruk av disse plassene utelatt. Det medfører at beregnet aktivitet blir for lav. Det vil bety at det ikke er dimensjonert for døgnbehandling av barn og unge og pasienter i tverrfaglig spesialisert rusbehandling fra Alna i det nye sykehusbygget.
- For psykisk helsevern voksne er pasienter fra Lovisenberg/Diakonhjemmets opptaksområde trukket ut for enheter med lokalsykehusfunksjon.
- Når pasienter fra Lovisenberg/Diakonhjemmets opptaksområder er trukket ut, burde pasienter fra OUS sitt opptaksområde som får behandling ved de samme sykehusene vært lagt til.

² Rettet fra hovedleveranse (TSB baseline 2015 fra Alna)

2.2 Framskrivning som utgangspunkt for areal

Arbeidsgruppen har forutsatt at det beregnede arealet fra i Fokusgruppe A2 (uke 34, 2018), versjon 2. er tilstrekkelig til å dekke det nødvendige behovet. Arbeidsgruppen vil likevel beskrive særlig følgende forhold som gir grunnlag for bekymring:a. Den eies og drives av Oslo kommune, men må ha areal på nye Aker.

- Areal for Kompetanseenheter er ikke inkludert i det spesifiserte arealbehovet

3. Metode

Utgangspunktet for beregningene:

- | | |
|--------------------|--|
| Alternativ 2035-0: | Fortsatt virksomhet i dagens lokaler |
| Alternativ 2035-1: | Samling av nær 60 % av klinikkens virksomhet på Aker |

Arbeidsgruppen har forstått at oppdraget er å beregne netto forskjell mellom Alternativ 0 og Alternativ 1. For 0-alternativet er dagens aktivitet og ressurser er framskrevet til 2035 med fortsatt drift i eksisterende bygningsmasse. Alternativ 1 er resultatet av vurderinger av ressursbehov, gitt samlokalisering på Aker for den samme aktiviteten. Aktivitetstall er basert på Sykehusbygg sine framskrevne 2035-data.

For begge alternativene vil det være endringer som følge av at «tiden går». Disse er uavhengig av nybygg og beliggenhet, er like for begge, og er derfor ikke tatt med i beregningene.

Klinikken vil presisere at 0-alternativet ikke er reelt. Deler av bygningsmassen er så dårlig vedlikeholdt og lite tilpasset pasientbehandlingen, at det ikke vil være mulig å fortsette i eksisterende lokaler framover. Forholdene gir ikke til en verdig pasientbehandling. Det er heller ikke mulig å øke aktiviteten slik framskrivningen forutsetter innenfor dagens bygningsmasse. Beregning av de betydelige kostnadene for vedlikehold og ytterligere areal for å dekke nødvendig plassbehov, ligger utenfor mandatet, så arbeidsgruppen har ikke sett på det.

3.1 Økonomiske drivere

Arbeidsgruppen har funnet fram til noen økonomiske drivere som lar seg beregne, og noen som ikke kan beregnes:

1. Lavere bemanningsbehov i *døgnbehandlingen* enn i dag.
 - Antall døgnplasser pr enhet kan økes til 10-12 plasser uten at bemanningen øker. Det betyr lavere bemanningsfaktor pr døgnplass.
 - Samordning av turnus gir lavere behov for bemanning i hvert fall på kveld og natt.
 - Samling av virksomhet gir behov for færre vaktlag.
 - Mulighet for å flytte vegger vil kunne gi mindre behov for ekstravakter.
 - Utformingen av byggene (kube med atrium) vil redusere behovet for at personalet følger pasientene ut.
 - Kort avstand mellom døgnplasser og aktivitet gir reduserer behovet for bemanning.
2. Kortere *reisetid* ved møter og transport av pasienter.
 - Ledelse og stab bruker mindre tid til reiser på avdelingsledermøter, nettverksmøter, samarbeidsmøter osv.
 - Det blir mindre pasienttransport mellom mange av klinikkens pasienter til undersøkelsesrom og somatiske enheter.

3. Reduserte antall *liggedøgn* både i psykisk helsevern, TSB og somatikk.
 - Felles akuttmottak vil kunne redusere antall liggedøgn.
 - KL-aktiviteten vil kunne redusere antall liggedøgn i somatisk virksomhet.
4. *Større nærhet til opptaksområdet/bydelene* for flere av virksomhetene
 - Gir muligheter for å ha kontorer for bydelene i sykehuset, som igjen kan føre til enklere og raskere utskrivninger
5. *Endring i organisering, ledelse og stab/støttepersonell*
6. Mer effektiv *poliklinisk virksomhet*
 - Innflytting i nytt bygg kan gi gevinster i seg selv i form av økt produktivitet
 - Økt grad av samhandling kan også gi økonomiske gevinster.

I dette oppdraget har vi konsentrert oss om punktene 1, 5 og 6.

- 1 – Døgnbehandling:
 - Vi har beregnet mulige gjennomsnittlige endringer i bemanningsfaktor i nybygg med 10+10 døgnplasser i hver av etasjene i byggene for å finne et mulig gevinstpotensial. Vi vil presisere at de er grove beregninger.
 - Vi har beregnet endringer i antall vaktlag med påfølgende kostnader
- 5 – Organisering, ledelse og stab/støttepersonell
 - Vi har vurdert antall seksjonsledere og avdelingsledere det er behov for ved flytting til nybygg og samling av virksomheten.
- 6 – Poliklinikk
 - Vi har estimert mulige innsparinger for poliklinisk virksomhet på bakgrunn av erfaringer fra tidligere samlokaliseringer i klinikken ved innflytting i nye lokaler.
 - Det er også lagt inn en reduksjon av støttepersonell.

3.2 Beregningsmåte

Døgnplassene

Turnus

Med utgangspunkt i dagens pleiefaktor (personell i turnus) har vi gruppert sengepostene i fem grupper. Bemanningstall er hentet fra GAT.

Tabell 6 Gruppering basert på pleiefaktor

Gruppe	Avdeling/Seksjon	Pleiefaktor	Gjennomsnittlig pleiefaktor pr døgnplass
Gruppe 1 Lav	Rus- og avhengighetsbehandling voksen 1, 2 og 3 Rusakuttmottak og avgiftning, avgiftning 1 og 2 Rus- og avhengighetsbehandling ung	0,73-2,55	1,45
Gruppe 2 Medium	Akuttpsykiatrisk avdeling, affektive lidelser Tidlig psykosebehandling Rusakuttmottak Regional seksjon spiseforstyrrelser, VOP Alderspsykiatrisk seksjon, enhet 2	1,83-2,19	2,03
Gruppe 3 Høy	Psykoseenhet 1, Dikemark Alderspsykiatrisk seksjon enhet 1 Psykosebehandling 2 Dikemark Akuttpsykiatrisk psykoseenhet Akuttpsykiatrisk psykose/rusenhet Akuttpsykiatrisk psykose/kriseenhet Regional seksjon spiseforstyrrelser, BUP Regional seksjon spiseforstyrrelser, Intensiv enhet	2,48-2,85	2,63
Gruppe 4	Akuttpsykiatrisk mottaksenhet	4,55	4,55
Gruppe 5	Barne- og ungdomspsykiatrien	-	-

I gruppe 1 har rus- og avhengighetsbehandling voksen enhet 3 en langt høyere pleiefaktor (2,55) enn de øvrige enhetene ved seksjonen. Bemanningen her må imidlertid sees i sammenheng med bemanningen på de to andre enhetene. Enhet 3 er derfor plassert i denne gruppen.

I gruppe 2 finner vi ikke noen skjermede døgnplasser, noe som gjør at pleiefaktoren her kan være lavere enn hos enhetene i gruppe 3.

Gruppe 4 inneholder kun en enhet. Her er pleiefaktoren så høy at den skiller seg markant fra de øvrige enhetene, og derfor plassert i en egen gruppe.

Barne- og ungdomspsykiatrien, gruppe 5 er vurdert samlet uavhengig av dagens pleiefaktor.

Fra hver av gruppene har vi:

- Tatt utgangspunkt i en av enhetene som ligger omtrent på gjennomsnittlig pleiefaktor og omregnet bemanning til sengepost med ti døgnplasser.
- Satt opp dagens bemanningsplan, og anslått alternativ bemanningsplan i kube på Aker med 10+10 døgnplasser pr etasje.
- Beregnet innsparingspotensialet for hver av gruppene.

Vi regner ikke med noen endring av bemanningens utdanning/kompetanse som følge av innflytting i et nybygg. De framtidige endringene vil skje uavhengig av lokalisering.

Dagbemanning

For hver av gruppene er det også satt opp personell som ikke går i turnus. I dette oppsettet er ikke antall leger i spesialisering redusert for noen av gruppene fordi vi må opprettholde utdanningskapasiteten.

Vaktlag

Antall vaktlag vil bli redusert med flytting til Aker:

- Tverrfaglig spesialisert rusbehandling har i dag to LIS-lag og ett overlegelag. Vi regner med at vi kan redusere med ett LIS-lag, slik at vi ender opp med ett LIS-lag og ett overlegelag.
- For barn- og ungdomspsykiatrien regner vi ikke med noen endring, slik at vi beholder ett for LIS og ett for overleger.
- For voksenpsykiatrien videreføres vaktlagene ved Akuttpsykiatrisk avdeling (ett LIS og ett overlege), mens dagens vaktlag på Regional seksjon for spiseforstyrrelser og virksomheten på Gaustad og virksomheten på Dikemark slås sammen til ett vaktlag for LIS og ett vaktlag for overleger.

Poliklinikk

Erfaringer fra tidligere samlokaliseringer i klinikken ved innflytting i nye lokaler, har gitt positive effekter for poliklinikk. På bakgrunn av dette har arbeidsgruppen fastsatt noen gevinster ved samlokalisering på Aker. Tabell 7 viser hvilken prosentvis økning i produksjonen vi regner med å kunne få, med dagens bemanning.

Tabell 7 Anslått produksjonsøkning polikliniske konsultasjoner

Fagområde	Poliklinikk	Anslått produksjonsøkning grunnet innflytting i nybygg
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	LAR 1 og 2	2,5 %
	Ruspoliklinikk 3	5 %
Voksenpsykiatri	Nasjonal behandlingstjeneste for hørsel og psykisk helse	0 %
	Personlighetspsykiatri - Angst- og tvangspoliklinikken - Personlighetspoliklinikken - Spiseforstyrrelsespoliklinikken Gaustad Tidlig psykosebehandling Fengselspsykiatrisk poliklinikk Alderspsykiatrisk poliklinikk	5 %
Barn og ungdomspsykiatri	Familie- og nettverksenheten	0 %

Ved LAR-poliklinikkene er det medisindeling som ikke registreres som aktivitet og det en stor andel pasienter som ikke vil møte på poliklinikkene pga egenandelene. Her gjennomføres det i stedet telefonkonsultasjoner. For eksempel er andelen indirekte konsultasjoner ved Poliklinikk 1 på 45 % og Poliklinikk 2 på 36 %, mens den ved Ruspoliklinikken Ullevål er på 20 %. Forventet produksjonsøkning er derfor ikke satt høyere enn 2,5 % for Poliklinikkene 1 og 2.

Nasjonal behandlingstjeneste for hørsel og psykisk helse har pasienter over hele landet, som de reiser til. Poliklinikken er pålagt å øke reisevirksomheten. Det gjør det vanskelig å anta noen økning i produksjonen.

I beregningene er det forutsatt at ambulante konsultasjoner fortsetter som i dag.

Overtid/ekstravakter

Bruk av overtid og ekstravakter utløses av flere forhold, blant annet:

- «Hull i turnus» knyttet til f eks korttids sykefravær og fravær knyttet til kurs og lignende
- Behov for ekstra bemanning grunnet bygningenes beskaffenhet (ved f eks bruk av personell ved mangel på skjermingsplasser) og krevende pasientsituasjoner

Ved behov for færre ansatte går også korttidsfraværet ned. Kostnader knyttet til dette fraværet vurderes til å gå ned relativt sett like mye som antall årsverk.

Ved et mer hensiktsmessig bygg bør også behovet for ekstravakter grunnet byggenes beskaffenhet reduseres.

Siden GAT ikke skiller mellom ulike årsaker til ekstravakter og overtid har vi etter en vurdering satt reduksjonen til 25 %.

Organisering, ledelse og administrasjon

Vi har vurdert antallet avdelings-, seksjons- og enhetsledere. Enhetslederne er tatt med i beregningen for døgnplassene med en enhetsleder per 10-senger.

Det er gjort følgende justeringer:

- Redusert med en avdelingsleder med tilhørende to stab/merkantilt personell
- Redusert med seks seksjonsledere med tilhørende to stab/merkantilt personell
- Reduksjonen av antall seksjoner gir tilsvarende reduksjon i antall seksjonsoverleger

4. Beregninger av driftsøkonomiske gevinster

4.1 Døgnplassene

Turnus

Turnusen for hver enkelt gruppe ligger i vedlegg 1. Beregningene av turnusen viser endring i årsverk i tabellen under.

Tabell 8 endring årsverk i turnus

	Genererte årsverk	
	2035-0	2035-1
Gruppe 1 Lav pleiefaktor TSB	106,94	106,94
Gruppe 2 Medium pleiefaktor VOP+TSB	133,71	111,14
Gruppe 3 Høy pleiefaktor VOP	225,52	186,55
Gruppe 4 Akutt mottak VOP	37,58	37,58
Gruppe 5 BUP	81,48	69,00
Totalt	585,23	511,21

Tabellen viser at det er beregnet en reduksjon på 74,02 årsverk totalt på endret turnus som følge av innflytting i nybygg. I gruppe 1 Lav pleiefaktor er samlokaliseringsevninger allerede tatt ut i dagens drift. Det vil derfor ikke bli ytterligere innsparinger mht turnus. Gruppe 4 blir stående alene med 7 plasser, dermed finner vi heller ikke noen gevinster i turnusen der.

Dagbemanning

Med dagbemanning menes bemanning av behandlere, administrasjon og ledelse i døgndriften.

Tabell 9 endring årsverk behandlere, administrasjon og ledelse

	2035-0	2035-1
Gruppe 1 Lav pleiefaktor TSB	44,05	44,05
Gruppe 2 Medium pleiefaktor VOP+TSB	51,51	46,42
Gruppe 3 Høy pleiefaktor VOP	83,16	62,07
Gruppe 4 Akutt mottak VOP	11,00	11,00
Gruppe 5 BUP	26,4	22,44
Totalt	216,12	185,98

4.2 Poliklinikk

Den polikliniske virksomheten i Barne- og ungdomspsykiatrien som skal flytte inn på Aker er relativt liten. Vi regner ikke med noen produktivitetsøkning der.

For voksenpsykiatrien og tverrfaglig spesialisert rusbehandling regner vi med innsparinger i antall årsverk tilsvarende 18,35 årsverk ved flytting til Aker.

Tabell 10 endring i årsverk på poliklinikk

	2035-0	2035-1
Poliklinikk BUP	-	-
Poliklinikk VOP+TSB	251,36	233,01

4.3 Overtid og ekstravakt

Tabell 11 endring i årsverk overtid og ekstravakt

	2035-0	2035-1
Gruppe 1 Lav pleiefaktor TSB	38,58	28,93
Gruppe 2 Medium pleiefaktor VOP+TSB	50,10	30,97
Gruppe 3 Høy pleiefaktor VOP	86,36	49,13
Gruppe 4 Akutt mottak VOP	18,63	13,97
Gruppe 5 BUP	21,46	13,20
Totalt	215,12	136,20

Tabellen viser at vi regner med en reduksjon tilsvarende 79 årsverk ved å samlokalisere store deler av døgnavirksomheten.

4.4 Vaktlag

Tabellen under viser beregning av driftsmessige gevinster for endring av vaktlag ved flytting til Aker.

Tabell 12 Timer og kostnader knyttet til vaktlag

		2035-0		2035-1	
		Antall timer	Kostnader	Antall timer	Kostnader
LIS	UTA	5 560	2 773 248	3 794	1 892 347
	Vakt	22 985	3 869 417	17 840	3 003 282
Overleger	UTA	14 127	8 519 074	9 249	5 577 806
	Vakt	11 087	2 256 501	7 214	1 468 220
Sum		53 759	17 418 239	38 097	11 941 656
Pensjon (18,7%)			3 257 211		2 233 090
AGA (14,1%)			2 915 238		1 998 639
Total			23 590 689		16 173 384

Differansen på timene utgjør til sammen 8,5 årsverk og 7,4 millioner kroner.

4.5 Organisatoriske endringer

Totalt regner vi med en reduksjon på 27 årsverk for avdelingsledere, seksjonsledere, seksjonsoverleger og stab/merkantilt personell.

4.6 Øvrige forhold

Når det gjelder bemanning av klinikkstaber, Avdeling forskning og utvikling og øvrige enheter som ikke har pasientbehandling, er dagens bemanning og kostnader videreført likt for begge alternativer.

5 Konklusjoner

Det er beregnet følgende driftsøkonomiske gevinster ved samlokalisering på Aker:

Tabell 13 Driftsøkonomiske gevinster ved flytting til Aker

	Endring kroner	Endring årsverk
Gruppe 1 Lav pleiefaktor TSB	-6 795 192	-10
Gruppe 2 Medium pleiefaktor VOP+TSB	-35 322 968	-47
Gruppe 3 Høy pleiefaktor VOP	-75 697 775	-97
Gruppe 4 Akutt mottak VOP	-2 705 789	-5
Gruppe 5 BUP	-19 979 896	-25
Poliklinikk VOP+TSB	-16 548 844	-18
Poliklinikk BUP	-	-
Vaktlag	-7 417 304	-9
Organisatoriske endringer	-33 440 887	-27
	-197 908 655	-237

Drift på Aker, under de gitte forutsetningene, forventes å gi en samlet driftsøkonomisk gevinst på 197,9 millioner kroner i forhold til estimert kostnad for drift i eksisterende bygningsmasse. Inkludert i dette ligger en reduksjon på 237 årsverk.

Vedlegg

Bemanningsplan turnus døgnplasser

1

I tabellene videreføres forutsetningene fra arealbeskrivelsen. Det er to enheter á ti døgnplasser i hver etasje i hver «kube». Kolonnene 2035-0 gjenspeiler dagens bemanning omregnet til enheter á ti døgnplasser.

Gruppe 1 Lav pleiefaktor (TSB)

Tabell 14 Gruppe 1 Lav pleiefaktor, turnus

		Dag		Kveld		Natt	
		2035-0	2035-1	2035-0	2035-1	2035-0	2035-1
10-er A	Uke	6,3	6,3	3	3	1,3	1,3
10-er B		6,3	6,3	3	3	1,3	1,3
10-er A	Helg	3	3	3	3	1,3	1,3
10-er B		3	3	3	3	1,3	1,3

Gruppe 2 Medium pleiefaktor (VOP og TSB)

Tabell 15 Gruppe 2 medium pleiefaktor, turnus

		Dag		Kveld		Natt	
		2035-0	2035-1	2035-0	2035-1	2035-0	2035-1
10-er A	Uke	6,36	5	4,55	4	2,73	2
10-er B		6,36	6	4,55	4	2,73	2
10-er A	Helg	3,64	3	3,64	3	2,73	2
10-er B		3,64	4	3,64	4	2,73	2

Gruppe 3 Høy pleiefaktor (VOP)

Tabell 16 Gruppe 3 høy pleiefaktor, turnus

		Dag		Kveld		Natt	
		2035-0	2035-1	2035-0	2035-1	2035-0	2035-1
10-er A	Uke	8	7	5	4,5	3	2,5
10-er B		8	7	5	4,5	3	2,5
10-er A	Helg	5	4,5	5	4,5	3	2,5
10-er B		5	4,5	5	4,5	3	2,5

Gruppe 4 Akuttmottak VOP

Tabell 17 Gruppe 4 Akuttmottak, turnus

		Dag		Kveld		Natt	
		2035-0	2035-1	2035-0	2035-1	2035-0	2035-1
7 senger	Uke	8	8	7	7	5	5
7 senger	Helg	7	7	7	7	5	5

Gruppe 5 BUP

Tabell 18 Gruppe 5 BUP, turnus

		Dag		Kveld		Natt	
		2035-0	2035-1	2035-0	2035-1	2035-0	2035-1
20 senger	Uke	31	26	17	16	6	5
20 senger	Helg	7	7	7	7	5	4

Vedlegg

Vaktordninger

		BASELINE = 2035-0				
		Deltakere i vakt	UTA pr mnd	Vakttimer pr mnd	UTA per år	Vakttimer per år
TSB	LIS Ung/Voksen	4	6,13	35,5	294,24	1 704,00
		2	0	35,5	-	852,00
	LIS RUA	5	0	43,33	-	2 599,80
		3	0,48	43,33	17,28	1 559,88
		7	3,61	43,33	303,24	3 639,72
	OVL	9	0	12,06	-	1 302,48
		1	2,02	12,06	24,24	144,72
		5	10,11	12,06	606,60	723,60
BUP	LIS	10	7,03	13,76	843,60	1 651,20
	OVL	8	15,9	15,97	1 526,40	1 533,12
VOP	RASP OL	8	21,66	15,98	2 079,36	1 534,08
	AKU LIS	11	23,34	53,87	3 080,88	7 110,84
	AKU OVL	6	35,43	23,18	2 550,96	1 668,96
		2	31,09	23,18	746,16	556,32
		2	22,43	23,18	538,32	556,32
	Gaustad LIS	7	12,15	21,28	1 020,60	1 787,52
	Gaustad OVL	12	20,22	10,65	2 911,68	1 533,60
	Dikemark LIS	9	0	19,26	-	2 080,08
	Dikemark OVL	1	0	9,13	-	109,56
		3	17,33	9,13	623,88	328,68
		7	18,96	9,13	1 592,64	766,92
		1	29,48	9,13	353,76	109,56
		1	28,55	9,13	342,60	109,56
1		19,19	9,13	230,28	109,56	
Totale timer LIS					5 560	22 985
Totale timer OL					14 127	11 087
Totale timer LIS+OL / UTA+VAKT						53 759

		2035-1				
		Deltakere i vakt	UTA pr mnd	Vakttimer pr mnd	UTA per år	Vakttimer per år
TSB	LIS akutt	18	-	35	-	7 560,00
	OVL	15	3,50	12,06	630,00	2 170,80
BUP	LIS	10	7,03	13,76	843,60	1 651,20
	OVL	8	15,9	15,97	1 526,40	1 533,12
VOP	AKU LIS	11	10,35	47,37	1 366,20	6 252,84
	AKU OVL	10	23,56	15	2 827,20	1 800,00
	LIS	11	12	18	1 584,00	2 376,00
	OVL	19	18,71	7,5	4 265,88	1 710,00
Totale timer LIS					3 794	17 840
Totale timer OL					9 249	7 214
Totale timer LIS+OL / UTA+VAKT						38 097

Vedlegg

Tabell driftsgevinster - økonomi og årsverk

Artsgruppe	Variabel	2025-0		2025-1		Driftsøkonomisk gevinst	
		Antall	Kostnader	Antall	Kostnader	Antall	Kostnader
4 Kjøp av helsetjenester	Aktivitet	158 926	864 792	158 926	864 792		0
4 Medikament og varekost	Aktivitet	158 926	12 033 261	158 926	12 033 261		0
Sum varekostnader			12 898 053		12 898 053		0
5 Lønnskost fast Administrasjon/Ledelse	Årsverk	53	38 446 876	35	23 081 417	19	15 365 460
5 Lønnskost fast Helsefagarbeider/hjelpepleier	Årsverk	56	32 448 469	47	27 346 089	9	5 102 380
5 Lønnskost fast LIS-leger	Årsverk	56	32 376 056	55	32 040 974	0	335 082
5 Lønnskost fast Merkantile stillinger & Helsefagarbeider	Årsverk	12	5 131 425	-2	-2 324 895	14	7 456 320
5 Lønnskost fast Overleger	Årsverk	68	72 447 262	52	51 957 875	16	20 489 387
5 Lønnskost fast Pasientrettede stillinger	Årsverk	257	157 232 692	230	139 729 742	27	17 502 949
5 Lønnskost fast Psykolog	Årsverk	37	20 768 592	38	21 147 769	-1	-379 177
5 Lønnskost fast Psykologspesialist	Årsverk	62	44 820 027	56	40 814 931	5	4 005 096
5 Lønnskost fast Spesial sykepleier	Årsverk	280	181 041 041	243	156 768 742	37	24 272 300
5 Lønnskost fast Sykepleier	Årsverk	172	100 437 887	149	87 467 064	23	12 970 823
5 Lønnskost variabel	Årsverk	215	97 743 146	136	62 329 366	79	35 413 780
5 Lønn øvrig	Sum faste årsverk	1 053	4 791 664	903	3 279 669	150	1 511 995
5 Refusjoner	Sum faste årsverk	1 053	-60 673 849	903	-52 271 141	150	-8 402 708
5 Vakt og UTA	Årsverk	29	17 418 239	21	11 941 656	9	5 476 584
5 AGA/pensjon			283 887 277		231 437 069	0	52 450 208
Sum personalkostnader			1 028 316 804		834 746 325		193 570 479
Driftskostnader, ÅV	Sum faste årsverk	1 053	14 689 759	903	10 351 583	903	4 338 176
Totalsum			1 055 904 616		857 995 961		197 908 655

Vedlegg 4

Uttalelser fra tillitsvalgte

Kommentar fra Norsk sykepleierforbund

NSF har kommentarer til vurderingene av fremtidig bemanningsbehov. I utkastet legges det opp til at bemanningsbehovet ved døgnenheterne kan reduseres med 14% i forhold til dagens situasjon i tillegg til reduksjonen som ligger inne i prosjektet.

NSF ser at hensiktsmessige bygg og samordning av turnus kan ha noe betydning for bemanningsbehovet, men advarer mot å legge for stor vekt på dette i den økonomiske beregningsmodellen da sannsynligheten for at byggene blir optimale er høyst usikkert ut fra diskusjonen fra arbeidsgruppene i dette prosjektet.

For NSF handler det om at fokus må være en aktiv, målrettet og faglig god pasientbehandling, og at pasientenes og personalets sikkerhet er ivaretatt. Dette betyr at bemanningen må være tilpasset dette. Dagens bemanning som er utgangspunkt for beregningen er over år blitt redusert etter årlige innsparingstiltak og krav om økt aktivitet uten å få tilført ressurser til aktivitetsveksten. Av den grunn mener NSF at 14% er for stor reduksjon.

En føring for denne arbeidsgruppen, som grundig har vurdert gevinstrealisering av å samle virksomheten på Aker, har vært at dersom vi ikke klarer å vise at det gir en økonomisk gevinst vil ikke søknad om nytt sykehus bli realisert. Gruppen har ikke blitt presentert utgiftene av å fortsette å drifte i de nedslitte og uegnede byggene vi er lokalisert i per i dag, noe som også er svært kostbart.

NSF savner i diskusjonen fokus på hva som er optimal pasientbehandling, endring i behandlingsformer og endrede inndelinger av pasientgrupper. Dette burde også ha vært tatt inn som en vesentlig faktor i beregningen.

NSF er sterkt bekymret for at innsparingene som er foreslått i hovedsak gjennomføres på stillinger nærmest pasienten, altså turnusansatte 24/7. Det er vektlagt en reduksjon spesielt på kveld og natt. Det er ikke vurdert om oppgaver/aktiviteter kanskje burde spres mer utover dagen. Videre er NSF uenig i vurderingen om å redusere med 0,5 ledende spesialsykepleier stilling pr hver 10 pasient i VOP. I stedet for en reduksjon i disse stillingsårsverkene bør stillingene forledes i klinikken for å ivareta sykepleiefagets utvikling, undervisning, veiledning av kollegaer og studenter.

I oppstartsmøtet fikk gruppen et case . – En akuttpsykiatrisk post ble benyttet som utgangspunkt for caset. Dagens post har 9 plasser hvor 4 av rommene er skjermingsrom.

I nytt bygg er alle postene like med 10 senger hvor 2 av rommene er skjermingsrom. En reduksjon i skjermingsplasser, økning med en pasientplass og samtidig reduksjon av bemanningen kan etter NSF syn ikke gjennomføres. En slik bygningsmessig utforming vil i stedet kunne kreve flere ansatte og NSF er uenig i at rapporten oppgir at vi kan ha lik bemanning også om postene økes til 12 pasientrom. Det kommer helt an på grad av symptombelastning og funksjonsfall hos pasienten. Gode tilgjengelig skjermingsmuligheter gir en bedre fleksibilitet i postmiljøet.

Det gjentas at gevinstrealiseringen som legges til grunn ikke vil følge oss senere i prosjektet og at dette kun er en søknad for å få bygge et nytt sykehus. NSF mener at dette er en «farlig vei» å gå, da disse vurderingene kan få konsekvenser inn i neste fase av prosjektet.

For TSB ble det tydelig i gjennomgangen at bemanningen bør økes i nytt bygg da den per dags dato er lav.

Berit Averstad,
hovedtillitsvalgt NSF.
Klinikk psykisk helse og avhengighet.
19.09.18.



Kommentarer fra Fagforbundet

En samling av Klinikk psykisk helse og avhengighet på Aker vil gjøre at en vil kunne få en økonomisk gevinst da klinikken i dag er spredt på mange adresser med mye reisevirksomhet mellom lokalisasjonene.

Beregningen som arbeidsgruppen har gjort er høyst usikker i forhold til hvor mye en kan effektivisere i forhold til bemanning. Dette da byggene muligens ikke vil være nok tilpasset de behov for arealer og aktivitetsmuligheter våre pasientgrupper trenger. Det er i hovedprogrammet bestemt at alle enheter/kuber skal ha lik utforming (10 + 10 senger hvor 2 av rommene er skjermingsrom)

Det er for Fagforbundet svært viktig å presisere at denne beregningen kun er en potensiell innsparing i forhold til lånesøknad, og at dette ikke kan danne grunnlag for framtidig bemanning i nye lokaler.

Else Lise Skjæret- Larsen
Hovedtillitsvalgt Fagforbundet

Kommentarer fra Norsk psykologforening OUS

Norsk psykologforening OUS støtter at det er mulig å hente ut betydelige driftsøkonomiske gevinster ved å flytte virksomheten inn i nye bygg på Aker. Vi er imidlertid bekymret for realismen i grunnlagstallene som arbeidsgruppens rapport hviler på: Det gjelder både forventningen om at økt samhandling med kommunen skal muliggjøre en reduksjon av aktiviteten vår med 15 % og antagelsen om en ytterligere 15 % aktivitetsreduksjon knyttet til "ny teknologi og lignende".

Psykologforeningen ønsker å bemerke at også i dette arbeidet er det tydelig fremkommet at TSB på vondt og på godt skiller seg ut når det gjelder bemanning. Man kan fortsatt se effekten av at TSB ble løftet inn i spesialisthelsetjenesten uten at det fulgte med midler for å bemanne avdelingen som en avdeling innen spesialisthelsetjenesten. På et eller annet tidspunkt må budsjettet for denne virksomheten løftes.

Forventningen til å skulle redusere aktivitet med 30 % på grunnlag av visjoner i en utviklingsplan, virker svært urealistisk. Det vil derfor i fremtiden bli svært krevende å skulle synliggjøre de positive effektene av samling i nye bygg fordi disse ekstreme forventningene om en 30 % reduksjon i aktivitet vil skygge for dette.

Birgit Aanderaa
FTV OUS Norsk psykologforening

Kommentar fra vernetjenesten

Kommentarene gjelder ikke forhold vedrørende BUP, kun for VOP og TSB.

Alenearbeid

Ved å forvente at en samling på 60 % av klinikkens virksomhet kan medføre «noe lavere bemanningsbehov enn i dag», «lavere bemanningsfaktor pr døgnplass» og «lavere behov for bemanning i hvert fall på kveld og natt», tar man samtidig utgangspunkt i at personalet i en enhet/kube skal kunne bistå andre enheter/kuber ved behov. Vernetjenesten mener at dette vil kunne medføre en økt sannsynligheten for alenearbeid, spesielt på natt.

Etter at Arbeidstilsynet i 2018 gjennomførte tilsyn på 6 seksjoner/enheter ved klinikken innenfor tema «trusler og vold», kom det i etterkant en klar forventning fra Arbeidstilsynet om at det gjennomføres grundige risikovurderinger av ansatte sin situasjon med fokus på faren for trusler og vold, med spesielt vekt på blant annet alenearbeid.

Kompetanse

Ved tenkt prinsipp om at enheter/kuber skal bistå hverandre ved behov, må det være en forutsetning at personellet har tilstrekkelig opplæring og kompetanse for at dette skal foregå på en forsvarlig måte. Spesielt med tanke på bistand mellom ulike seksjoner og mellom enheter/kuber fra ulike avdelinger.

Arbeidstilsynet sier at arbeidsgiver skal sørge for at alle arbeidstakere får den opplæringen, øvelsen og instruksjonen de trenger for å utføre arbeidet på en trygg måte. Riktig opplæring bidrar til at arbeidstakerne unngår ulykker, skader og sykdom. Opplæringen må gjentas når det er nødvendig.

Ved at dagens opplæring av ansatte på temaene sikkerhetskrav og sikkerhetsprosedyrer (herunder håndtering av trusler og vold) kan variere fra seksjon til seksjon, mener vernetjenesten at dagens ulike praksis kan medføre en økt risiko for ansatte ved tenkt prinsipp om bistand.

Arbeidstilsynet definerer «arbeidstakere fra andre virksomheter» som en spesiell sårbar gruppe i forhold til risiko. Utfordringen blir at de som skal bistå andre enheter/kuber må ha samsvarende opplæring, samt at det er nok tid til å trene internt i enhet/kube og på tvers av enhet/kube.

Bemanning døgnplasser

Prinsippet om at enheter/kuber skal bistå hverandre ved behov, kan gi en økt sannsynlighet for situasjoner der flere enheter ber om bistand samtidig, og at det kan oppstå situasjoner der det ikke er nok bemanning til å bistå alle som ber om det.

Vernetjenesten mener at dette kan medføre økt risiko for skade på ansatte.

Pleiefaktor

Pleiefaktoren i gruppe 1 utgjør et sprik på 1,83 (0,73-2,55). Her blir gjennomsnittlig pleiefaktor pr døgnplass satt til 1,40. Vernetjenesten er usikker på om dette gir en forsvarlig pleiefaktor for alle enheter i denne gruppen.

Gruppe 2 består av enheter uten skjermede døgnplasser. For disse enhetene er det vurdert at pleiefaktoren kan være lavere enn hos enhetene i gruppe 3. Vernetjenesten mener at vurderingen av

pleiefaktor ikke kun kan basere seg på om det er skjermede døgnplasser eller ikke. Pleiefaktoren må også vurderes ut fra andre kriterier som pleiekategorisering, arbeidsoppgaver og aktivitet.

Mats Sørensen

Stedfortredende hovedverneombud

20. september 2018

Vedlegg

5

Liste over enheter som skal flyttes til Aker

Avdelingsnavn	Koststed	Koststednavn
PHA AVDELING FOR AKUTTPSYKIATRI VOKSEN	511310	PHA Akuttpsykiatrisk mottaksenhet
	511320	PHA Akuttpsykiatrisk krise-/traume enhet
	511330	PHA Akuttpsykiatrisk psykose-/rusenhet
	511340	PHA Akuttpsykiatrisk psykoseenhet
	511350	PHA Akuttpsykiatrisk enhet, affektive lidelser
	511600	PHA Akuttpsykiatri vaktleger
	511900	PHA Akuttpsykiatrisk seksjonsledelse / stab
	521710	PHA Akuttpsykiatrisk, konsultasjon/Liasonenhet.
	511650	PHA Akuttpsykiatrisk service
	PHA BARNE- OG UNGDOMS-PSYKIATRISK, AVDELING	561112
566990		PHA SBU Seksjonsledelse / stab
566991		PHA SBU Nevropsykiatrisk enhet
566992		PHA SBU Familie- og nettverksenhet
561111		PHA Frontteam
563900		PHA Barneseksjonen, seksjonsledelse / stab
563920		PHA Barn, Enhet A
563930		PHA Barn, Enhet B
563940		PHA Frontteam
561220		PHA Ungdomspsykiatrisk enhet
561250		PHA Psykoseenhet for ungdom
564210		PHA Ungdom Akutt døgnbehandlingsenhet
564220		PHA Ungdom intermediaær døgnbehandlingsenhet
564230		PHA Front-Ungdom Hjemmesykehus
564900		PHA Ungdomsseksjon, seksjonsledelse / stab
560900		PHA BUPA Avdelingsledelse / stab
560901		PHA sphbu felles
561900		PHA BUPA Leger i spesialisering
563910		PHA BUPA Nordre Aker skole
582901		PHA BUPA Omstillinger
PHA FORSKNINGS- OG UTVIKLINGSAVDELINGEN	561810	PHA BUP Seksjon forskning barn og unge
	500840	PHA TOP Seksjon psykoseforskning
	060900	PHA RVTS Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress
	060901	PHA RVTS Selvmordsforebyggende tiltak
	060830	PHA Seksjon for behandlingsforskning
	500800	PHA avd.klin.psyk.forsk.& und
	500801	PHA SFI-Administrasjon
	500802	PHA SFI-Utstyr
	500803	PHA WPO
	500804	PHA Noteb
	500805	PHA WP2
	500806	PHA WP3
	500807	PHA WP4

	500808	PHA WP5
	500809	PHA WP6
	500811	PHA WP7
	500812	PHA WP8
	500813	PHA WP9
	500814	PHA WP10
	500815	PHA WP11
	500810	PHA TIPS Regionalt kompetansesenter for tidlig intervensjon
	500820	PHA SUF Seksjon Utdanning og utvikling
	500830	PHA biblioteket
	561940	PHA fagbiblioteket
	060800	PHA FOU avdelingsledelse / stab
	060805	PHA RUS seksjon for rusforskning
	090616	PHA Gaustadløpet
	572001	PHA FOU, stab
PHA PSYKISK HELSE, NASJ. OG REG. FUNKSJ., AVD	060100	PHA NBHP Seksjonsledelse / stab
	060104	PHA NSHP Voksenenheten
	060106	PHA NSPH Kompetanseenheten
	090629	PHA NSHP Barn og ungdomsenhet
	060105	PHA PPS Spiseforstyrrelsespoliklinikken Gaustad
	060110	PHA PPS Angst- og tvangslidelsespoliklinikken
	521520	PHA PPS Personlighetspoliklinikken
	521521	PHA PPS Nasj. komp.tjeneste for personlighetspsyk.
	521810	PHA PPS Dagbehandlingsnettverk
	521900	PHA PPS seksjonsledelse / stab
	501110	PHA RASP Barn og unge, døgntjenesteenhet
	501111	PHA RASP Intensiv døgntjenesteenhet
	501120	PHA RASP Voksne, døgntjenesteenhet
	501510	PHA RASP Regional poliklinikk
	501700	PHA RASP Kompetanseenhet Ullevål
	501900	PHA RASP Seksjonsledelse / stab
	582902	PHA NOR Avdelingsledelse / stab
	590301	PHA NOR Omstillinger
PHA PSYKISK HELSEVERN DØGNBEHANDLING, AVDELING	550310	PHA Alderspsykiatrisk seksjonsledelse / stab
	550312	PHA Alderspsykiatrisk forskning
	551120	PHA Alderspsykiatrisk Døgnettenhet 2
	551130	PHA Alderspsykiatrisk Døgnettenhet 3, Vardåsen
	552510	PHA Alderspsykiatrisk poliklinikk
	090623	PHA Vildensvei - ekstern
	582906	PHA Driftsenhet psykisk helse og avhengighet
	511651	PHA Ekstrasenger, økt aktivitet
	540710	PHA Legeenheten, Dikemark
	540900	PHA Psykosebehandling, seksjonsledelse, Dikemark
	541210	PHA Psykoseenhet 1, Dikemark
	542240	PHA Psykoseenhet 2, Dikemark
	580300	PHA Tidlig psykosebehandling, Seksjonsledelse / stab
	580301	PHA Tidlig psykosebehandling, fellesfunksjoner døgn
	580310	PHA Tidlig psykosebehandling, , legetjenesten

	581110	PHA Tidlig psykosebehandling, døgnenhet 1
	581120	PHA Tidlig psykosebehandling, døgnenhet 2
	581500	PHA Tidlig psykosebehandling, Poliklinikk
	581501	PHA Tidlig psykosebehandling, Dagrehabilitering
	511511	PHA Døgnbehandling, omstillinger
	582903	PHA Døgnbehandling, Avdelingsledelse / stab
PHA RUS- OG AVHENGIGHETSBEHANDLING, AVDELING	040300	PHA ARA Ung Seksjonsledelse / stab
	040301	PHA ARAS1 Døgnbehandling Gaustad
	040302	PHA ARAP9 Intermediær og utredning Gaustad
	040303	PHA ARAP9 Dagbehandlingssenheter
	040305	PHA ARAX2 Rus- og avhengighetsbehandling voksen, seksjon
	040400	PHA ARA Voksen Seksjonsledelse / stab
	040401	PHA ARAS3 Behandlingsenhet 1
	040402	PHA ARAS4 Behandlingsenhet 2
	040403	PHA ARA Voksen Ambulant team
	534562	PHA ARAS8 Behandlingsenhet 3
	040001	PHA ARA Rusakuttmottak Etter- og videreutdanning
	040101	PHA ARAS6 Avgiftningsenhet 2
	040201	PHA ARAS5 Avgiftningsenhet 1
	040202	PHA ARAA2 Administrasjonssenheter
	040204	PHA Ressurspool RUA
	040800	PHA ARA Rusakuttmottak seksjonsledelse / stab
	040801	PHA ARAP8 Rusakuttmottak
	040803	PHA ARAS7 Rusakuttmottak, døgn
	040500	PHA ARAX3 Ruspoliklinikker, seksjonsledelse / stab
	040501	PHA ARAA1 Ruspoliklinikker Administrasjonssenheter
	040502	PHA ARAP4 Ruspoliklinikk 4
	040503	PHA ARAP3 Ruspoliklinikk 3
	040504	PHA ARAP1 Ruspoliklinikk 1
	040505	PHA ARAP2 Ruspoliklinikk 2
	040508	PHA Ruspoliklinikk 7
	090400	PHA ARA Samhandling øremerkede midler
	534561	PHA ARAT1 Henvissningsmottak
	534905	PHA ARAX7 behandlingsforskning rus og avhengighet
	040700	PHA ARAX5 TSB analyse, rådg. og pasientstrøm PHA ARAX5 Seksjon henvisning, analyse og pasientstrøm (TSB)
	040701	
	582907	PHA Henvissningsmottak
	534904	PHA ARAX6 TSB Nasjonal kompetansetjeneste, PHA ARAA3 Rus- og avhengighetsbehandling, avdelingsledelse / stab
	040000	
	040098	PHA ARA Forskning, drift
	040099	PHA ARA Forskning
	534563	PHA LIS-leger
	582904	PHA ARA Omstilling
PHA STAB	500002	PHA spesielle forhold BUP
	500003	PHA spesielle forhold TSB
	500004	PHA spesielle forhold VOP
	500901	PHA Klinikkestab, Fag og kvalitet

500903	PHA Klinikkestab, HR
500904	PHA Frikjøp av tillitsvalgte og verneombud
500905	PHA Øvrig stab
500902	PHA Klinikkestab, Økonomi
060000	PHA Klinikkestab, Diverse
500000	PHA Klinikkestab, Administrasjon
500600	PHA Omstilling
500850	PHA Frie forskningsmidler
500860	PHA Øremerkede midler
500900	PHA Klinikkestab, Klinikkleder
500001	PHA udefinert innsparingskrav

Tilleggsrapport 1

Administrativt tillegg

Metodebeskrivelse

Aktivitet

Alle aktivitetsdata er hentet fra rapporten «En oppdatering av dimensjoneringsgrunnlag for virksomhetsmodell OUS etappe 1 – V5» (Sykehusbygg pr august 2018). Datagrunnlaget er avstemt og sammenfallende med OUS sine interne tall. Vi har gjennomgående benyttet framskrivingsdata basert på HSØ-faktorer.

Følgende forhold er særskilt å bemerke;

- Aktivitet for pasienter tilhørende Lovisenberg og Diakonhjemmet:
Aktivitet ved OUS for pasienter tilhørende Lovisenberg og Diakonhjemmet sitt opptaksområde er for lokalsykehusfunksjoner ekskludert fra datagrunnlaget. Denne korreksjonen ville blitt mer korrekt dersom aktivitet Lovisenberg og Diakonhjemmet har for pasienter tilhørende OUS sine bydeler hadde vært tilsvarende lagt til og beregnet inn i dimensjonering for 2035.
- Forbruk pasienter fra bydel Alna:
OUS drifter en psykosepost (8 senger) og en lokal sikkerhetspost (10 senger) for AHUS. Vi er usikre på om liggedøgn/døgnopphold for Alna-pasienter ved disse postene er inkludert i overføringsgrunnlaget for Alna fra AHUS.
- Poliklinikk og ambulante konsultasjoner:
Dimensjoneringsgrunnlaget er primært benyttet for å beregne areal, og ambulante konsultasjoner er derfor ekskludert. For økonomiske beregninger basert på ressursbruk bør disse inngå. Vi har derfor lagt disse tilbake i grunnlaget og fremskrevet dem med samme endringsfaktor som ligger til grunn i Sykehusbygg sine beregninger.
- Poliklinikk BUP bydel Alna:
Aktivitetsdata i dimensjoneringsgrunnlaget inkluderer aktivitet som ikke skal flyttes til Aker. Dette er primært pasientaktivitet som i OUS sin organisasjon ligger utenfor aktivitet som skal flyttes til Aker (tilsvarer BUP Syd/BUP Nord).
- Liggedøgn BUP bydel Alna:
AHUS har et meget høyt forbruk av private tjenester for døgnaktivitet innenfor BUP. I dimensjoneringsgrunnlaget fremgår det ingen liggedøgn overført fra AHUS til OUS for denne pasientgruppen.

Bemanning

I baseline er brutto årsverk benyttet på kostnadssiden (se avsnitt om økonomi), mens bemanningsplaner er avstemt både mot personalbudsjetter og ressursforbruk i GAT som begge viser et «netto» bemanningsbehov.

Turnusbemanning døgnposter:

I dag er VOP og TSB sin virksomhet spredt på døgnposter med 7 til 16 senger, mens det i Aker-alternativet gjennomgående skulle regnes på sengeposter à 10 senger.

For beregning av gevinster knyttet til turnusbemanning på døgnpostene for VOP og TSB valgte vi derfor å gruppere dagens sengeposter utfra bemanningsfaktor (årsverk i bemanningsplan/antall senger), og videre beregninger ble gjort med en generisk tilnærming basert på overordnet bemanningsfaktor og ikke for det enkelte virksomhetsområde:

- Akutt mottak (bemanningfaktor 4,55)
- Høy bemanningfaktor (2,63)
- Medium bemanningfaktor (2,03)
- Lav bemanningfaktor (1,4)

Figur 1; Grunnlag gruppering etter bemanningfaktor

Seksjon	Enhet	Årsverk i bemannings-		Bemannings-
		plan	Antall senger	
PHA AKUTTPSYKIATRISK SEKSJON	PHA Akuttpsykiatrisk mottaksenhet	31,82	7	4,55
PHA REGIONAL SEKSJON SPISEFORSTYRRELSER	PHA RASP Intensiv døgnbehandlingsenhet	22,82	8	2,85
PHA REGIONAL SEKSJON SPISEFORSTYRRELSER	PHA RASP Barn og unge, døgnbehandlingsenhet	21,55	8	2,69
PHA AKUTTPSYKIATRISK SEKSJON	PHA Akuttpsykiatrisk krise-/traume enhet	24,01	9	2,67
PHA AKUTTPSYKIATRISK SEKSJON	PHA Akuttpsykiatrisk psykose-/rusenhet	24,01	9	2,67
PHA AKUTTPSYKIATRISK SEKSJON	PHA Akuttpsykiatrisk psykoseenhet	24,01	9	2,67
PHA PSYKOSEBEHANDLING, SEKSJON DIKEMARK	PHA Psykoseenhet 2, Dikemark	33,26	13	2,56
PHA ALDERSPSYKIATRISK SEKSJON	PHA Alderspsykiatrisk Døgnet 3, Vardåsen	17,79	7	2,54
PHA PSYKOSEBEHANDLING, SEKSJON DIKEMARK	PHA Psykoseenhet 1, Dikemark	32,19	13	2,48
PHA ALDERSPSYKIATRISK SEKSJON	PHA Alderspsykiatrisk Døgnet 2	21,9	10	2,19
PHA REGIONAL SEKSJON SPISEFORSTYRRELSER	PHA RASP Voksne, døgnbehandlingsenhet	25,67	12	2,14
PHA RUSAKUTTMOTTAK OG AVGIFTNING, SEKSJON	PHA ARAS7 Rusakutt mottak, døgn	26,19	13	2,01
PHA TIDLIG PSYKOSEBEHANDLING, SEKSJON	PHA Tidlig psykosebehandling, døgnet 1	21,83	11	1,98
PHA AKUTTPSYKIATRISK SEKSJON	PHA Akuttpsykiatrisk enhet, affektive lidelser	20,11	11	1,83
PHA RUS- OG AVHENGIGHETSBEHANDLING VOKSEN, SEKSJON	PHA ARAS8 Behandlingsenhet 3*	15,3	6	2,55
PHA RUS- OG AVHENGIGHETSBEHANDLING UNG, SEKSJON	PHA ARAS1 Døgnbehandling Gaustad	23,22	14	1,66
PHA RUSAKUTTMOTTAK OG AVGIFTNING, SEKSJON	PHA ARAS5 Avgiftningsenhet 1	24,51	15	1,63
PHA RUSAKUTTMOTTAK OG AVGIFTNING, SEKSJON	PHA ARAS6 Avgiftningsenhet 2	19,04	15	1,27
PHA RUS- OG AVHENGIGHETSBEHANDLING VOKSEN, SEKSJON	PHA ARAS4 Behandlingsenhet 2	8,6	7	1,23
PHA RUS- OG AVHENGIGHETSBEHANDLING VOKSEN, SEKSJON	PHA ARAS3 Behandlingsenhet 1	11,7	16	0,73
* deler døgnbemannings med øvrige enheter i seksjon voksen.				
	Gruppe - akutt mottak	31,82	7	4,55
	Gruppe - høy bemanningsfaktor	199,64	76	2,63
	Gruppe - medium bemanningsfaktor	115,7	57	2,03
	Gruppe - lav bemanningsfaktor	102,37	73	1,40

BUP ble håndtert separat som egen gruppe.

Bemanning i 2035 alternativ 0 (bli i dagens lokaler):

Dagens bemanningfaktor ble fremskrevet lineært ihht endret sengeantall for hvert fagområde.

Figur 2 Antall senger i OUS i 2017 og framskrevet til 2035

	2017	2035 (HSØ-faktor)			
		OUS	Fra Alna	Totalt	Endring
VOP	127	128	20	148	17 %
BUP	20	24	0	24	20 %
TSB	86	85	6	91	6 %
Totalt	233	237	26	263	13 %

Bemanning i 2035 alternativ 1 (samlokalisering på Aker)

Arbeidsgruppen gjennomgikk og utarbeidet bemanningsplaner på gruppenivå for 10+10 senger:

Figur 3 - eksempel bemanningsplan (høy gruppe)

	Turnusbemanning							Årsverk i turnus FØR	Årsverk i turnus ETTER
	Dag FØR	Dag ETTER	Kveld FØR	Kveld ETTER	Natt FØR	Natt ETTER			
10-er A	8,00	7,00	5,00	4,50	3,00	2,50	24,01	20,98	
10-er B	8,00	7,00	5,00	4,50	3,00	2,50	24,01	20,98	
Helg 10-er A	5,00	4,50	5,00	4,50	3,00	2,50			
Helg 10-er B	5,00	4,50	5,00	4,50	3,00	2,50			
Fellesfunksjoner per kube									
Samlet bemanning virksomhetsområde							48,02	41,96	

Dagens andelsmessige fordeling av yrkesgrupper ble beholdt i framskrivningen for begge alternativer i 2035. Det inngår derved ingen elementer av vridning mellom stillingskategorier.

Årsverk for 10+10 senger ble så direkte omregnet til det antall senger gruppen faktisk skulle ha i 2035.

Figur 4: sammenstilling årsverk baseline, 2035-0 og 2035-1 turnusbemanning (høy gruppe)

Stillingskategori	Årsverk baseline	Fordelingsnøkkel	Årsverk 2035-0	Fordeling 2035-1 per 20'er	Årsverk 2035 - 1
Helsefagarbeider/hjelpepleier	29,78	15,45 %	34,84	6,48	28,82
Pasientrettede stillinger	27,76	14,40 %	32,48	6,04	26,87
Spesial sykepleier	73,17	37,96 %	85,61	15,93	70,82
Sykepleier	62,05	32,19 %	72,60	13,51	60,05
Totalsum	192,75	100,00 %	225,52	41,96	186,55

Effekt beregnet som differanse 2035-0 og 2035-1.

Behandlere og enhetsledere/merkantile støttefunksjoner døgnposter:

Med utgangspunkt i faktiske ressurser i budsjett/bemanningsplan 2017 ble disse håndtert på samme måte som turnuspersonell:

Bemanning i 2035 alternativ 0 (bli i dagens lokaler):

Dagens bemanningsfaktor fremskrevet lineært ihht endret sengeantall innenfor hvert fagområde.

Bemanning i 2035 alternativ 1 (samlokalisering på Aker)

Arbeidsgruppen gjennomgikk bemanningsplaner på gruppenivå. Følgende overordnede beslutninger ble gjort:

- Lederspenn for enhetsledere ble besluttet til å tilsvare drift av 10 senger (ulikt antall ansatte for de ulike 10-er postene). Generisk tilnærming når det gjelder leders støttepersonell for alle døgnposter
- LIS-leger: beholde dagens utdanningskapasitet

Figur 5: sammenstilling årsverk baseline, 2035-0 og 2035-1 - behandlere + adm (høy gruppe)

Stillingskategori	Årsverk baseline	Årsverk 2035-0	Fordeling 2035-1 per 20'er	Årsverk 2035 - 1
Administrasjon/ledelse	8,00	9,36	2,00	8,89
LIS-leger	11,25	13,16	som i dag	13,16
Merkantile stillinger & Helsese	3,00	3,51	1,00	4,45
Overlege	14,04	16,43	2,00	8,89
Pasientrettede stillinger	14,93	17,46	3,00	13,34
Psykolog	3,00	3,51	1,00	4,45
Psykologspesialist	6,50	7,60	1,00	4,45
Spesial sykepleier	9,37	10,96	1,00	4,45
Sykepleier	1,00	1,17		-
Totalsum	71,08	83,16	11,00	62,07

Effekt beregnet som differanse 2035-0 og 2035-1.

BUP:

Ble håndtert som egen gruppe, primært håndtert på samme måte som VOP/TSB, men utfra en samlet vurdering på dagens 20 senger.

Poliklinikk:

Dagens andelsmessige fordeling av yrkesgrupper er beholdt i framskrivingen for begge alternativer:

Bemanning i 2035 alternativ 0 (bli i dagens lokaler):

Dagens bemanningsfaktor fremskrevet lineært ihht endret sengeantall innenfor hvert fagområde.

Bemanning i 2035 alternativ 1 (samlokalisering på Aker)

For behandlere er det lagt inn en gjennomsnittlig effektivisering på 4,4% på VOP, og 3,1% innenfor TSB (beregnet utfra «konsultasjoner per dag»). Det er ikke lagt effektiviseringskrav på BUP, da enheten fra OUS som skal flyttes er en spesialisert enhet for «familie- og nettverksbehandling». Utgangspunktet for vurderingene er klinikkens erfaringer med samlokalisering av poliklinikker ved både Nydalen DPS og Søndre Oslo DPS de siste årene.

Det er gjort en overordnet vurdering og nedjustering av både ledere og merkantile støttefunksjoner.

Økonomi

I utgangspunktet utarbeidet vi en modell for å beregne effekt på de virksomhetsområdene som skulle endres. Alle beregninger skulle gjøres i 2017-kroner.

Arbeidsgruppen jobbet ut en oversikt over endringsfaktorer. Disse ble igjen omsatt til identifiserbare variabler som kunne brukes som kostnadsdrivere.

Følgende variabler ble definert og hentet inn for alle 3 målepunkter (Baseline, 2035-0 og 2035-1):

- Aktivitet
- (Brutto) årsverk
- Vaktkostnader

Baseline:

Regnskap 2017 på forenklet ØBAK-nivå ble så sammenstilt med overnevnte variabler og brukt til å beregne gjennomsnittskostnad for de enkelte kostnadsartene utfra variabelens gjeldende verdi. Beregningene ble gjort på samme gruppenivå som bemanningsframskrivingen.

Følgende grunndata ble lagt inn i beregningsmodellen:

- Aktivitet 2017 fra Nimes (obs: avviker fra dimensjoneringsgrunnlag som er basert på 2015)
- Brutto årsverk hentet fra Proclarity
- Lønnskostnader for 50- og 51-artene hentet fra Proclarity
- Data fra Proclarity er manuelt justert for kostnader og årsverk som gjelder vaktordningen for aktuelle artskonti
- Kostnadsdata fra regnskap
- Felleskostnader fordelt fra OUS er ikke medregnet

Beregnet totalnivå for de enkelte gruppene ble avstemt med regnskapstall. Avvik er vurdert til å være godt innenfor akseptabelt nivå

Ved å legge inn fremskrevet nivå på de enkelte variabler og gjennomsnittskostnad fra baseline, ble kostnadsnivået for begge alternativene i 2035 beregnet.

Det ble gjort en helt egen beregning av vaktlag og tilhørende vaktkostnader.

OBS: modellen gir ikke komplett totaløkonomi/totalregnskap for 2035

- Vakt ikke fullt inkludert
- Fremskrevet bemanning regnet utfra bemanningsplan for døgnhetene som har endret bemanning, og brutto årsverk (som baseline) for uendrede enheter.

Figur 6: kopi av modell - gruppe høy bemanningsfaktor

Artsgruppe	Variabel	Baseline			2035 - 0			2035 - 1			
		Antall	Gj.snitt.kost.	Tot. kost	Antall	Gj.snitt.kost.	Tot. kost	Antall	Gj.snitt.kost.	Tot. kost	
4 Medikament og varekost	Aktivitet	21 342	107	2 273 413	24 976	107	2 660 482	24 976	107	2 660 482	
4 Kjøp av helsetjenester	Aktivitet	21 342	13	285 390	24 976	13	333 981	24 976	13	333 981	
5 Lønnskost fast											
	Administrasjon/Ledelse	Årsverk	10,5	643 557	6 783 299	9,36	643 557	6 023 694	8,89	643 557	5 721 222
	Diagnostisk personell	Årsverk	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Drifts/teknisk personell	Årsverk	2,0	409 831	811 950		409 831	-		409 831	-
	Forskning	Årsverk	-	-	547	-	-	-	-	-	-
	Helsefagarbeider/hjelpepleier	Årsverk	30,0	583 511	17 483 676	34,84	583 511	20 329 509	28,82	583 511	16 816 775
	LIS-leger	Årsverk	2,9	633 981	1 860 751	13,16	633 981	8 343 189	13,16	633 981	8 343 189
	Merkantile stillinger & Helsesek	Årsverk	2,5	407 150	1 017 875	3,51	407 150	1 429 096	4,45	407 150	1 811 817
	Overleger	Årsverk	2,7	1 209 297	3 228 219	16,43	1 209 297	19 868 755	8,89	1 209 297	10 750 653
	Pasientrettede stillinger	Årsverk	39,0	712 839	27 828 035	49,94	712 839	35 599 176	40,21	712 839	28 663 253
	Psykolog	Årsverk	4,7	546 127	2 558 084	3,51	546 127	1 916 904	4,45	546 127	2 430 263
	Psykologspesialist	Årsverk	3,8	743 862	2 851 472	7,60	743 862	5 653 353	4,45	743 862	3 310 187
	Spesial sykepleier	Årsverk	61,7	646 754	39 916 623	96,57	646 754	62 457 039	75,27	646 754	48 681 178
	Sykepleier	Årsverk	68,4	561 046	38 379 892	73,77	561 046	41 388 345	60,05	561 046	33 690 797
5 Vakt (fast)	Antall vakter			996 406							
5 Vakt (utrykning)	Aktivitet	21 342	2	36 521	24 976	2	42 739	24 976	2	42 739	
5 Lønnskost variabel	Årsverk	64	413 292	26 394 119	86	413 292	35 692 695	49	413 292	20 304 311	
5 AGA/pensjon				57 888 368			84 603 171			63 986 769	
5 Refusjoner	Sum faste års	228	-59 810	-13 652 788	309	-59 810	-18 462 627	249	-59 810	-14 871 060	
5 Lønn øvrig	Sum faste års	228	3 027	691 036	309	3 027	934 485	249	3 027	752 698	
Driftskostnader, Åv	Sum faste års	228	5 213	1 189 988	309	5 213	1 609 218	249	5 213	1 296 174	
Driftskostnader, bygg				-							
SUM				218 822 876			310 423 205			234 725 429	

Forankringen i klinikken

Bestillingen til økonomileder ved klinikken har vært forankret hos klinikkleder og i klinikkens ledergruppe ved beslutning om å etablere en bred sammensatt arbeidsgruppe. Arbeidsgruppen har bestått av klinikkleder, berørte avdelingsledere, fagpersoner fra alle tre spesialiteter; voksen psykiatri, barne- og ungdomspsykiatri og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, samt klinikktilitsvalgte og representanter fra klinikkens vernetjeneste.

Alternativ 2035 – 0. Fortsatt virksomhet i dagens lokaler

Beregningene i dette alternativet er gjort under forutsetning av at driften fortsetter i eksisterende lokaler, hvis klinikken ikke flytter til Aker. Arbeidsgruppen samlet vil presisere at dette ikke er et realistisk alternativ. Deler av bygningsmassen er så dårlig vedlikeholdt, uten hensyn til

pasientsikkerhet og samfunnsvern, samt mangelfullt tilpasset pasientbehandlingen, at det ikke vil være mulig å fortsette i eksisterende lokaler framover. Dagens lokaler gir heller ikke mulighet for å øke aktiviteten, slik framskrivningen i dimensjoneringsgrunnlaget forutsetter.

Beregningene av kostnadene for alternativene tar utgangspunkt i Baseline 2017 som er klinikkens driftskostnader i regnskapet for 2017. I dette ligger kun begrensede kostnader for drift og vedlikehold av bygningsmassen. Ansvaret for dette ligger utenfor klinikken, inkludert kostnader til bygningsmessig vedlikehold og investeringer.

Fra et driftsøkonomisk perspektiv er Baseline 2017 kostnadmessig for forsiktig vurdert som grunnlag for framskrivning til 2035. Dette resulterer i at Alternativ 2035 – 0 er undervurderte rent kostnadmessige i de driftsøkonomiske beregningene som er foretatt.

For å gi en total økonomisk fullstendig sammenligning mellom Alternativ 2035-0: Fortsatt virksomhet i dagens lokaler og Alternativ 2035-1: Samling av nær 60 % av klinikkens virksomhet på Aker i 2035, må kostnader knyttet til nødvendige investeringer, vedlikehold og oppgraderinger av dagens bygninger og lokaler inkluderes i Alternativ 2035-0. Dette er vesentlig både med hensyn til drift og investeringer og vil forbedre den driftsøkonomiske gevinsten fra ren drift.

Areal

De kostnadmessige beregningene av drift på Aker gjør ingen vurdering av arealet, men forutsetter at det stilles tilstrekkelig areal til all virksomhet for klinikken på Aker, både til all pasientbehandling med nødvendig areal til lovfestet rett til skole, samt ulike aktiviteter og forskning, undervisning og administrativt formål.

Det er uklart for arbeidsgruppen som har beregnet de driftsøkonomiske gevinster, om det beregnede arealet i hovedprogrammet Konseptfase Aker, inkluderer det totale arealet til all virksomhet som skal flyttes til Aker.

Dimensjoneringsgrunnlaget tar utgangspunkt i rapportert aktivitet i 2015, 2017, som framskrives i modellen til en beregnet aktivitet i 2035. Dette gir grunnlaget til et kalkulert arealbehov for de ulike pasientbehandlingene. Det øvrige arealbehovet baseres på arbeidet i de ulike arealgruppene.

Den økonomiske arbeidsgruppen registrerer at dette er et særdeles krevende arbeid og stiller spørsmål om målt framskrevet pasientaktivitet, er et godt nok grunnlag for å beregne et tilstrekkelig arealbehov for pasientbehandling.

Klinikken har i dag et betydelig areal som ikke inngår i beregningsgrunnlaget fra pasientaktivitet. Dette gjelder ulike aktivitetsrom; trykkeri, verksted, gymsaler og treningsrom. I tillegg er Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling pliktig til å stille betydelige skolelokaler til rådighet for Utdanningsetaten i Oslo kommune.

Enten det er døgndrift eller poliklinikk, så har klinikkens virksomhet behov for mer spesialiserte rom. I dag ligger disse lokalt, basert på de byggene vi har til rådighet. I fremtiden vil det være mulig å ha en del av disse arealene «på deling» mellom forskjellige deler av klinikken, men det vil fortsatt være behov for slikt som f.eks:

- Treningskjøkken + stue til behandling /utredning/rehabilitering
- Speilrom, brukes i BUP
- Aktivitetsrom – minst et stort rom på minimum 30 kvm for lek, leketerapi /observasjon, spe- og småbarnstilpasninger, fysisk aktivitet/lek for større barn, med tilstøtende observasjonsrom med mulighet for å observere gjennom speil.
- Videorum – må være videokamera på både speilrom og aktivitetsrom, til opptak av pasienter
- Testrom – som er godt utstyrt for gjennomføring av ulike psykologiske tester
- Flere større møterom med plass til minimum 35/40 personer (utstrakt møtevirksomhet, ansvarsgrupper, interne fagutviklingsmøter, personalmøter, undervisning til samarbeidspartnere m.m)
- Videokonferanserom. Vil bli benyttet i større grad i tiden fremover.

Det gjøres i tillegg oppmerksom på at alle barn som legges inn har krav på å ha forelder/pårørende med seg. Dette gjør at både RASP sin BUP-enhet og BUPs døgnbehandling må bestå av dubletter, dvs barn og foreldre / pårørende på hver sine soverom.

Erfaringer fra andre nybygg

Psykisk helsevern ved St. Olav i Trondheim flyttet inn i nytt bygg høsten 2017. Klinikken har søkt erfaringer derfra fra drift etter ett år. En evalueringsrapport vil foreligge i slutten av oktober 2018. Denne vil bli ettersendt så fort den foreligger.

Tilleggsbestillinger

Klinikken har besvart følgende tilleggsbestillinger:

- **Periodisert gevinstrealisering Aker**

Det vises til notat datert 27.9.2018

For døgnbehandling viser Dimensjoneringgrunnlaget at det er marginal forskjell på aktivitet i 2015, 2030 og 2035. For poliklinisk drift kan aktivitetsendringene for perioden 2015 til 2035 forutsettes å være lineære og beregnes til å være 1,8 % i året. Gevinsten er beregnet med utgangspunkt i en økning av «konsultasjoner per dag» hos behandlere i poliklinikk, og kan derved antas å variere tilsvarende lineært.

Dette gir en samlet årsgevinst som er tilnærmet lik for årene 2027 til 2035. Det vil si at beregnet gevinst på 197,9 mill. kr tas tilnærmet ut i sin helhet allerede første året.

Det vil si at en faseforskyvning for klinikken fra etappe 1 til etappe 2, vil koste tilnærmet 198 mill kr i året i tapt gevinst ved ikke å flytte i sin helhet i etappe 1.

- **Lokal sikkerhet (LS) og Regional seksjon psykiatri, utviklingshemming / autisme (PUA)**

Det vises til notat datert 24.9.2018

Vurdering av driftsøkonomiske effekter for flytting av disse to seksjoner til Aker, fremfor samlokalisering med Regional sikkerhetsseksjon (RSA) og Regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri (KPS) på Ila.

Den samlede negative effekten ved en delt lokalisering vil være:

- for RSA og KPS 21,5 mill. kr
- for LS og PUA 21,2 mill. kr
- **Total negativ effekt 42,7 mill. kr**
- Effekten på årsverk er negativ med 51 årsverk.

- **Kun Akutt psykiatrisk avdeling innen voksen psykiatri flyttes til Aker i etappe 1**

Det vises til notat datert 10.10.2018

Av den totale driftsøkonomiske gevinsten på 197,9 mill. kroner er akuttpsykiatri (voksne) beregnet til å stå for 48,3 mill. kr og 58 årsverk. Det vurderes at denne gevinsten vil kunne videreføres ved fasefordelt innflytting.

Det er heller ikke disse beregningene tatt inn kostnader knyttet til vedlikehold, oppgradering og utvidelse av dagens areal for å kunne ivareta den fremskrevne aktiviteten for 2035 i dagens lokaler. Nevnte kostnader antas å være betydelige.

- **Nøkkeltall – driftsøkonomiske gevinster konseptfase Aker**

Det vises til notat av 15.10.2018. Det er gjort beregninger på:

- Totaløkonomi
- Kostnad per justert opphold
- Endring i årsverk
- Årsverk per justert opphold

Tilleggsrapport 2

Nøkkeltall

Klinikken har ikke tilgjengelig datagrunnlag for å gjøre nøkkeltallanalyser på klinikknivå for 2035 tilsvarende beregninger i inntektsmodellarbeidet tidligere i år:

- Ikke fremskrevet aktivitet for virksomhet som ikke skal flyttes; Søndre Oslo DPS, Nydalen DPS og virksomhet planlagt til Ila (RSA, KPS, PUA, lokal sikkerhet)
- Ikke tilgjengelig endrede felleskostnader til fordeling fra OUS for 2035 gitt alternativ 1 el 0

Nøkkeltall beregnes derfor kun for virksomheten som planlegges flyttet til Aker, og tar utgangspunkt i beregninger og forutsetninger gitt i rapporten «Konseptfase Aker – Driftsøkonomiske gevinster» levert 24. september

Totaløkonomi

Tabell 1 nedenfor viser totaløkonomi i Baseline (2017), og i 2035 for alternativ 0 (lokalisering som i dag) og alternativ 1 (samtidig flytting til Aker).

Framskrivning baseline til 2035-0:

- Enheter med pasientaktivitet fremskrevet ihht aktivitetsvekst
- Enheter uten pasientrelatert virksomhet (staber, foU etc) er beholdt på 2017-nivå
- LAR-kostnader er beholdt på 2017-nivå

Effekter 2035-0 til 2035-1:

- Endringer i bemanning ihht beskrivelser i hovedrapport og metodetillegg
- LAR-kostnader er beholdt på 2017-nivå

Når det gjelder døgnenheter med endret bemanning fra 2017 til 2035 er alle gevinstberegninger i hovedrapporten gjort med utgangspunkt i bemanningsplaner og ikke endring i brutto årsverk.

Som beskrevet i metodegrunnlaget er det for BUP kun en mindre spesialpoliklinikk som skal flyttes til Aker (1583 konsultasjoner i 2017). Dette er en ressurskrevende poliklinikk der kostnader per konsultasjon er vesentlig høyere enn gjennomsnittsnivået for VOP og TSB. I tillegg er det i dimensjoneringsgrunnlaget overført en for høy poliklinisk aktivitet for BUP fra Alna (totalt dimensjonert i 2035: 16872 konsultasjoner). Det er ikke beregnet økonomisk gevinst for dette virksomhetsområdet fra 2035-0 til 2035-1. Imidlertid blir det totale kostnadsnivået vesentlig for høyt i 2035 for begge alternativer når de inngår i videre kostnadsanalyser og nøkkeltallsberegninger.

Vi viser derfor i tabell 1 nedenfor effekter både med (tabell 1a) og uten (tabell 1b) kostnader allokert til BUP poliklinikk. For videre analyser benyttes data fra tabell 1b.

Tabell 19A; Beregnet totaløkonomi ink BUP poliklinikk

Artsklasse	Baseline 2017	2035-0	2035-1
Personalkostnader	1 155 581 339	1 581 707 769	1 388 137 291
Varekost	109 604 029	112 018 647	112 018 647
Drifts- og finanskostnader	70 370 932	77 110 704	72 772 528
Totalt	1 335 556 300	1 770 837 120	1 572 928 466

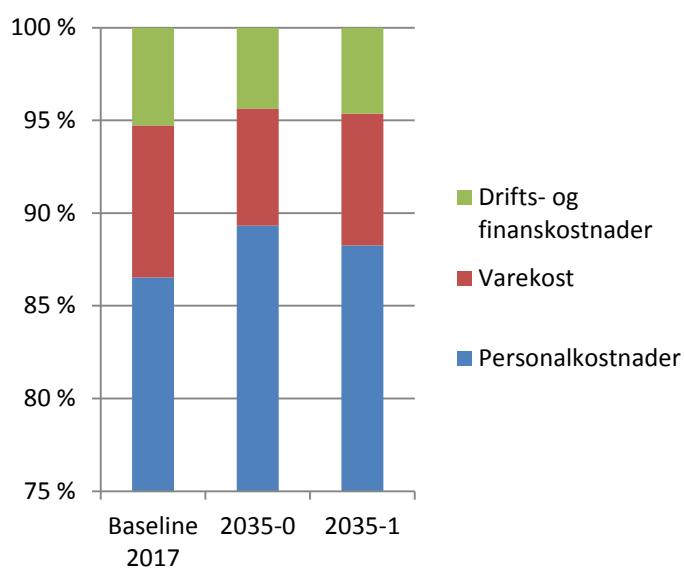
Endring kr		435 280 820	-197 908 654
Endring %		32,59 %	-11,18 %

Tabell 1B: Beregnet totaløkonomi eks BUP poliklinikk

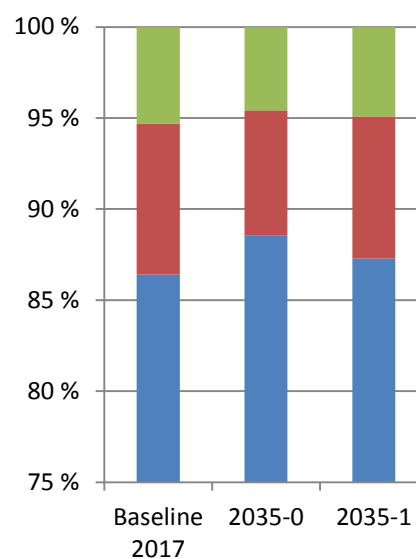
Artsklasse	Baseline 2017	2035-0	2035-1
Personalkostnader	1 142 220 250	1 441 525 442	1 247 954 963
Varekost	109 552 169	111 465 910	111 465 910
Drifts- og finanskostnader	70 139 859	74 647 871	70 309 695
Totalt	1 321 912 277	1 627 639 222	1 429 730 568

Endring kr		305 726 945	-197 908 654
Endring %		23,13 %	-12,16 %

Tabell 2A; Andel kostnadsgrupper - totaløkonomi



Tabell 20B; Andel kostnadsgrupper eks BUP pol.



Aktivitet

For å kunne gjøre sammenligninger på tvers av omsorgsnivå og fagområde omregner vi aktivitet til justerte opphold, og bruker faktoren 0,24³ for poliklinikk og dagbehandling. I tabellene nedenfor vises aktivitet som skal flyttes til Aker med (tabell 3A) og uten (tabell 3B) poliklinikk for BUP:

Tabell 21A Justerte opphold - totalaktivitet

Aktivitet	Baseline 2017	2035
Poliklinikk	62 805	107 454
Dag	3 699	5 206
Omregnet poliklinikk og dag (0,24)	15 961	27 038
Liggedøgn	68 358	76 227
Sum justerte opphold	84 319	103 265

³ Faktor benyttet i inntektsmodellarbeidet sist vinter. Benyttes på både dagbehandling og poliklinikk, til tross for skjevheten i å likestille ressursanvendelsen for disse omsorgsnivåene.

Tabell 3B Justerte opphold - aktivitet eks poliklinikk BUP

Aktivitet	Baseline 2017	2035
Poliklinikk	61 222	90 582
Dag	3 699	5 206
Omregnet poliklinikk og dag (0,24)	15 581	22 989
Liggedøgn	68 358	76 227
Sum justerte opphold	83 939	99 216

Når vi sammenstiller kostnader og aktivitet får vi følgende relasjonstall når kostnader og aktivitet for BUP poliklinikk er ekskludert:

Tabell 22 Kostnad per justerte opphold

	Baseline 2017	2035-0	2035-1
Justerte opphold	83 939	99 216	99 216
Totalkostnader	1 321 912 277	1 627 639 222	1 429 730 568
Kostnad per justerte opphold	15 748	16 405	14 410

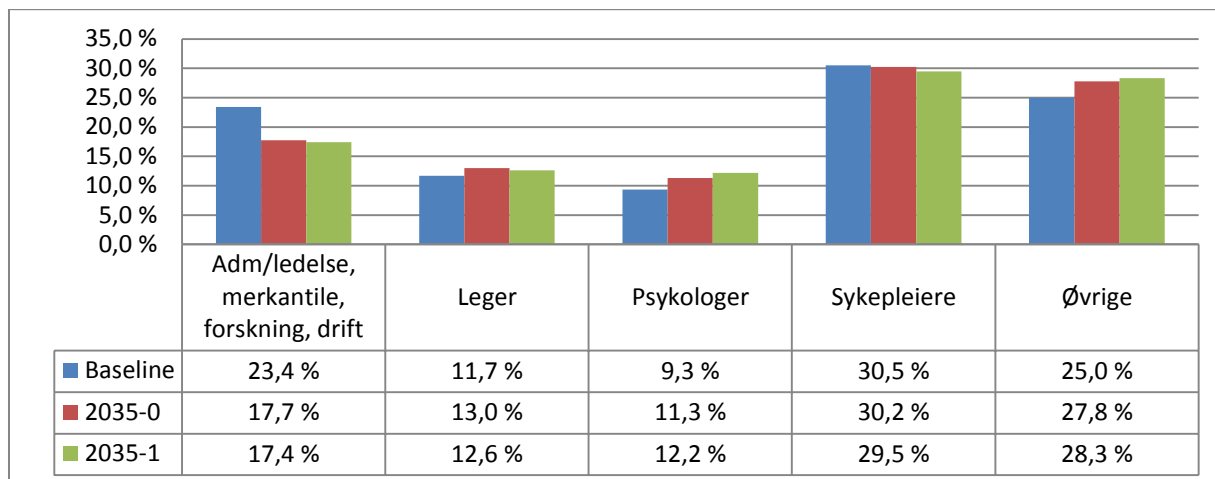
Bemanning

Som beskrevet er beregning av gevinst på døgnenhetene gjort med utgangspunkt i endring i bemanningsplan. Dette avviker fra «brutto årsverk». Nedenfor vises derfor kun en andelsmessig fordeling av de ulike bemanningsgruppene for alle tre målepunktene:

Tabell 5; Fordeling årsverk i prosent

	Baseline 2017	2035-0	2035-1
Administrasjon/Ledelse	8,2 %	7,3 %	6,8 %
Diagnostisk personell	0,1 %	0,1 %	0,1 %
Drifts/teknisk personell	1,0 %	0,4 %	0,4 %
Forskning	3,1 %	2,2 %	2,5 %
Helsefagarbeider/hjelpepleier	4,0 %	3,5 %	3,3 %
LIS-leger	6,2 %	6,2 %	6,8 %
Merkantile stillinger & Helsesekretærer	10,9 %	7,7 %	7,5 %
Overleger	5,5 %	6,8 %	6,4 %
Pasientrettede stillinger	21,0 %	24,3 %	25,1 %
Psykolog	4,1 %	3,1 %	3,5 %
Psykologspesialist	5,2 %	8,2 %	8,7 %
Spesial sykepleier	16,6 %	19,2 %	18,8 %
Sykepleier	13,9 %	11,0 %	10,6 %
Endring leger pga vakt	0,0 %	0,0 %	-0,6 %

Tabell 6; grafisk fremstilling endring



Tabell 7; Endring årsverk i 2035-alternativene

Stillingskategori / faste og variable	2035-0	2035-1	Endring
Faste årsverk			
Administrasjon/Ledelse	121	102	-19
Diagnostisk personell	2	2	0
Drifts/teknisk personell	7	7	0
Forskning	37	37	0
Helsefagarbeider/hjelpepleier	57	48	-9
LIS-leger	102	97	-5
Merkantile stillinger & Helsesekretærer	127	112	-14
Overleger	112	91	-21
Pasientrettede stillinger	400	373	-27
Psykolog	51	52	1
Psykologspesialist	135	130	-5
Spesial sykepleier	317	280	-37
Sykepleier	181	158	-23
Sum faste årsverk	1 647	1 489	-159
			0
Variable årsverk	228	148	-80
			0
Totalsum	1 875	1 637	-238

Hvis vi sammenstiller det totale antall årsverk med aktivitet får vi følgende relasjonstall:

Tabell 8: Årsverk per justerte opphold

	Baseline 2017	2035-0	2035-1
Justerte opphold	83 939	99 216	99 216
Totale årsverk	1 356	1 875	1 637
Totale årsverk eks BUP poliklinikk	1 340	1 701	1 463
Årsverk per opphold totalt	0,0162	0,0189	0,0165
Årsverk per opphold eks BUP poliklinikk	0,0160	0,0171	0,0147

Tilleggsrapport 3

Periodisert gevinstrealisering

I rapporten «Konseptfase Aker – Driftsøkonomiske gevinster» levert 24. september er de driftsøkonomiske gevinstene for samlokalisert drift på Aker beregnet for aktivitet fremskrevet til 2035:

	Endring kroner	Endring årsverk
Gruppe 1 Lav pleiefaktor TSB	-6 795 192	-10
Gruppe 2 Medium pleiefaktor VOP+TSB	-35 322 968	-47
Gruppe 3 Høy pleiefaktor VOP	-75 697 775	-97
Gruppe 4 Akutt mottak VOP	-2 705 789	-5
Gruppe 5 BUP	-19 979 896	-25
Poliklinikk VOP+TSB	-16 548 844	-18
Poliklinikk BUP	-	-
Vaktlag	-7 417 304	-9
Organisatoriske endringer	-33 440 887	-27
Totalt	-197 908 655	-237

Som beskrevet i rapporten vil de økonomiske driftsgevinstene ved innflytting på Aker avledes av to effekter:

- Samlokalisering
- Nye og virksomhetstilpassede lokaler

Det er valgt en generisk tilnærming til aktivitet og antall senger gruppert på pleiefaktor i beregningen for drift i både dagens lokaler og på Aker. På klinikknivå vil vi da kunne forutsette at periodisert gevinst vil variere over år etter pasientaktivitet.

Vi kan gruppere gevinstene i tre hovedgrupper:

	Endring kroner	Endring årsverk
Gevinster knyttet til døgndrift (ink vakt)	-147 918 924	-192
Gevinster knyttet til poliklinikk	-16 548 844	-18
Gevinster knyttet til organisatoriske endringer	-33 440 887	-27
Totalt	-197 908 655	-237

Periodisert effekt organisatoriske endringer

De organisatoriske endringene kommer som en konsekvens av samlokalisering og antas å gi full effekt ved innflytting, og vil ikke variere årlig fra innflytting i 2027 og frem til 2035.

Organisatoriske endringer	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035
Beløp (i 1000-kroner)	-33 441	-33 441	-33 441	-33 441	-33 441	-33 441	-33 441	-33 441	-33 441
Årsverk	-27	-27	-27	-27	-27	-27	-27	-27	-27

Periodisert effekt døgndrift

Med utgangspunkt i Sykehusbygg sine framskrivinger i dimensjoneringsgrunnlag «En oppdatering av dimensjoneringsgrunnlag for virksomhetsmodell OUS etappe 1, V5» (pr august 2018) har vi følgende målepunkter og døgnavtallet:

	Baseline (2015 fra sykehusbygg)				2030		2035	
	OUS	Herav LS/DS	AHUS (Alna)	Totalt til Aker	Standard-faktorer	HSØ-faktorer	Standard-faktorer	HSØ-faktorer
VOP	39 812	555	5 670	46 037	45 875		44 651	45 544
BUP	6 645	-	-	6 645	6 508		6 388	6 516
TSB	24 526	-	1 441	25 967	26 496		25 507	26 018
Totalt	70 983	555	7 111	78 649	78 879	-	76 546	78 078

Det foreligger ikke fremskrevet aktivitet etter HSØ-faktorer for andre målepunkter enn 2035. Tabellen viser at det er marginal forskjell på aktivitet i 2015, 2030 og 2035. Eventuelt er den noe høyere i 2030 enn 2035.

Det antas derfor at de økonomiske gevinstene ved døgntilretteliggelse ikke vil variere merkbart og kan periodiseres flatt fra innflytting til 2035.

Døgndrift	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035
Beløp (i 1000-kroner)	-147 919	-147 919	-147 919	-147 919	-147 919	-147 919	-147 919	-147 919	-147 919
Årsverk	-192	-192	-192	-192	-192	-192	-192	-192	-192

Periodisert effekt poliklinikk

Med utgangspunkt i Sykehusbygg sine framskrivinger i dimensjoneringsgrunnlag «En oppdatering av dimensjoneringsgrunnlag for virksomhetsmodell OUS etappe 1, V5» (pr august 2018) har vi følgende målepunkter for poliklinikk inkludert ambulante konsultasjoner:

	OUS		Bydel Alna		Sum OUS og Alna	
	Baseline 2015	Framskrevet 2035	Baseline 2015	Framskrevet 2035	Baseline 2015	Framskrevet 2035
VOP (eks LS & DS)	41 282	58 484	861	1 616	42 143	60 100
BUP	2 746	4 171	9 575	12 701	12 321	16 872
TSB	21 215	30 524	2 218	3 217	23 433	33 741
Totalt	65 243	93 179	12 654	17 534	77 897	110 713
VOP+TSB	62 497	89 008	3 079	4 833	65 576	93 841

OBS: For Barn og unge i Bydel Alna i poliklinisk behandling ligger også behandling som gjennomføres av lokale BUPer, og som ikke skal overføres til virksomheten lokalisert på Aker.

Det er kun på poliklinikkdrift innenfor VOP og TSB det er beregnet en driftsøkonomisk gevinst ved flytting. Videre beregninger er derfor knyttet til endring innenfor disse fagområdene.

Aktivitetens endringen for perioden 2015 til 2035 forutsettes å være lineær, og beregnes da til å være 1,8% i året. Gevinsten er beregnet med utgangspunkt i en økning av «konsultasjoner per dag» hos behandlere i poliklinikk, og kan derved antas å variere tilsvarende lineært.

	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035
Aktivitet	81 307	82 777	84 274	85 798	87 349	88 928	90 536	92 173	93 841
Gevinst beløp	-14 301	-14 564	-14 833	-15 106	-15 384	-15 667	-15 956	-16 250	-16 549
Årsverk	-15,56	-15,84	-16,13	-16,43	-16,73	-17,04	-17,35	-17,67	-18

Samlet periodisert driftsøkonomisk gevinst fra innflytting 2027 til 2035

Tabellen nedenfor viser samlet årseffekt for de tre hovedgruppene:

	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035
Org. endringer	-33 441	-33 441	-33 441	-33 441	-33 441	-33 441	-33 441	-33 441	-33 441
Døgndrift	-147 919	-147 919	-147 919	-147 919	-147 919	-147 919	-147 919	-147 919	-147 919
Poliklinikk	-14 301	-14 564	-14 833	-15 106	-15 384	-15 667	-15 956	-16 250	-16 549
Samlet	-195 661	-195 924	-196 193	-196 466	-196 744	-197 027	-197 316	-197 610	-197 909

Tilleggsrapport 4

Lokal sikkerhet og Regional seksjon psykiatri, utviklingshemming/autisme til Aker fremfor Ila

I forbindelse med konseptfase Aker har klinikken fått i tilleggsoppdrag å vurdere driftsøkonomiske gevinster for flytting av Lokal sikkerhet (LS) og Regional seksjon for psykiatri, utviklingshemming/autisme (PUA) til nybygg på Aker fremfor samlokalisering med Regional sikkerhetsseksjon (RSA) og Regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri (KPS) på Ila.

Analysen er foretatt av klinikkens økonomistab i samarbeid med avdelingsleder ved Avdeling psykisk helse, nasjonale og regionale funksjoner, og forankret hos klinikkleder.

Utgangspunkt

I forbindelse med konseptfaseutredningen av Regional sikkerhetsavdeling (2017) ble det foretatt beregninger av driftsøkonomiske gevinster ved å samle RSA, LS, PUA og KPS.

Disse er benyttet som grunnlag, og følgende forutsetninger er gjort i tillegg:

- Framskrivningene gikk til 2030. Dette beholdes som framskrivingsperiode selv om Konseptfase Aker angir 2035.
- Det ble gjennomført en analyse av ulempekostnadene ved ikke å ta med LS og PUA i et nytt bygg på Ila sammen med RSA og KPS. Disse tallene er lagt til grunn i videre arbeid.
- Vurderingene er gjort uten tilgjengelige arealskisser for drift av disse plassene på Aker. Det forutsettes at sikkerhetsnivå og lokalenes utforming er tilsvarende det som er planlagt på Ila.
- Det er ikke gjort beregninger på effekt av bydel 12, Alna

Som i Konseptfase Aker vurderes økonomiske gevinster også her etter følgende endringsfaktorer:

- Samlokalisering
- Virksomhetstilpassede arealer

Samlokalisering

LS Dikemark og PUA er allerede samlokalisert i Verkensveien på Dikemark. Samtidig er LS Gaustad samlokalisert med Ahus-plassene på Gaustad. Vi vurderer derved at gevinstene ved samlokalisering på Aker allerede er tatt ut. Ved flytting til Aker må LS og PUA inngå i vaktordningene beregnet i hovedprosjektet. Tilleggskostnader vurderes å være ca 3 millioner kroner.

Virksomhetstilpassede arealer

Samlokalisering av fagmiljøene vurderes som viktigere enn lokalenes utforming. Hver for seg blir miljøene små og lite robuste. Enhetene har stabilt høy bemanningsfaktor uavhengig av lokaliteter pga sikringsbehov. Vi vurderer andelen av de driftsøkonomiske gevinstene knyttet til virksomhetstilpassede bygg til å være 25 % av tidligere beregnet gevinst for LS og PUA ved flytting til Ila.

Vi er ikke kjent med at Aker er planlagt med det utendørs fysiske sikkerhetsnivået som er nødvendig for både sikkerhetsplasser og pasienter ved PUA. Dette vil øke byggekostnadene ved Aker, uten at de reduseres tilsvarende på Ila. Denne type kostnad er ikke inkludert i våre beregninger, men antas å være betydelige.

Beregninger

Kostnadene knyttet til tilleggsoppdraget er todelt:

- RSA og KPS blir dyrere dersom LS og PUA ikke inkluderes i nybygg på Ila
- LS og PUA blir dyrere dersom de ikke lokaliseres sammen med øvrige sikkerhetsplasser (RSA og KPS)

Driftsøkonomisk effekt for RSA-prosjektet dersom LS og PUA ikke inkluderes:

I rapport fra RSA-prosjektet ble det beregnet at merkostnaden for RSA og KPS dersom de ikke samlokaliseres med PUA og LS, er på 21,5 millioner kroner og 16 årsverk.

Alternativ 1A i RSA-prosjekt 2017 (samtidig innflytting av RSA+KPS+PUA+LS på Ila):

	Kost 2030	ÅV 2030
RSA	163 414	152
KPS	23 515	18
Andel fellesfunksjoner	8 606	12
Totalt	195 535	182

Alternativ 2 i RSA-prosjekt 2017 (kun RSA+KPS til Ila, LS+PUA dagens beliggenhet)

	Kost 2030	ÅV 2030
RSA	193 499	180
KPS	23 515	18
Andel fellesfunksjoner		
Totalt	217 014	198

Oppsummert effekt RSA+KPS = forskjell fra alt 2 til 1a

	Kostnader	Årsverk
Merkostnader	21 479	16

Driftsøkonomisk effekt for LS og PUA dersom de ikke samlokaliseres med RSA og KPS

I rapport fra RSA-prosjektet ble det beregnet at merkostnaden for RSA og KPS dersom de ikke samlokaliseres med PUA og LS, er på 21,5 millioner kroner og 16 årsverk.

Alternativ 1A i RSA-prosjekt 2017 (samtidig innflytting av RSA+KPS+PUA+LS på Ila)

2030 på Ila	Kostnader	Årsverk
LS-G+D	103 365	100
PUA	71 890	79
Andel fellesfunksjoner	9 062	13
Totalt	184 317	192

Alternativ 2 i RSA-prosjekt 2017 (kun RSA+KPS til Ila, LS+PUA dagens beliggenhet)

2030 på Dikemark/Gaustad	Kostnader	Årsverk
LS-G+D	122 519	135
PUA	86 062	104
Andel fellesfunksjoner	-	-
Totalt	208 581	239

Vi vurderer som tidligere sagt andelen av de driftsøkonomiske gevinstene knyttet til virksomhetstilpassede bygg til å være 25 % av tidligere beregnet gevinst for LS og PUA ved flytting til Ila. Tidligere beregnet gevinst er å forstå som differansen mellom alternativ 1a og 2.

Flytte LS+PUA fra Dikemark & Gaustad til Aker

2030 på aker	Kostnader	Årsverk
75 % av tidligere beregnet gevinst	202 515	227
Antatte vakkostnader	3 000	-
Totalt	205 515	227

Når vi sammenligner gevinstene mellom å flytte LS og PUA til Aker i forhold til Ila, ser vi at Aker har redusert gevinst med kr 21,2 millioner kroner og 35 årsverk. Effekten ved flytting til Aker ligger i at det vil være nye og virksomhetstilpassede lokaler.

	Kostnader	Årsverk
Gaustad/Dikemark vs Aker	3 066	12
Gaustad/Dikemark vs Ila	24 264	47
Redusert gevinst Aker vs Ila	21 198	35

Samlet økonomisk effekt

Den samlede økonomiske effekten ved å flytte LS og PUA til Aker fremfor Ila blir summen av den negative effekten for RSA og KPS og den betydelig lavere gevinsten for LS og PUA.

Samlet betyr dette at flytting av LS og PUA til Aker fremfor Ila vil ha en årlig negativ effekt med kr 42,7 millioner.

- herav RSA/KPS 21,5 millioner
- herav PUA/LS 21,2 millioner

	Kostnader		Årsverk	
	RSA+KPS	LS+PUA	RSA+KPS	LS+PUA
RSA+KPS+LS+PUA til Ila	195 535	184 317	182	192
RSA+KPS til Ila og LS+PUA til Aker	217 014	205 515	198	227
Redusert gevinst alternativ 1	21 479	21 198	16	35
Samlet		42 677		51

Tilleggsrapport 5

Kun akuttpsykiatri (voksne) til Aker i fase 1

I rapporten «Konseptfase Aker – Driftsøkonomiske gevinster» levert 24. september er det beregnet driftsøkonomiske gevinst for samlet flytting til Aker i fase 1 for PHV & TSB.

Et av tilleggsoppdragene var å beregne isolert effekt ved å flytte akuttpsykiatri (voksne) i fase 1, mens øvrig virksomhet blir flyttet til fase to.

Vurderingene er foretatt av klinikkens økonomistab i samarbeid med representanter for tjenesteområdet, og er forankret hos klinikkleder.

Oppsummering

Av den totale driftsøkonomiske gevinsten på 198 millioner kroner er akuttpsykiatri (voksne) beregnet til å stå for 48 millioner og 58 årsverk. Det vurderes at denne gevinsten vil kunne videreføres ved fasefordelt innflytting.

Tabell 23: Oppsummert driftsøkonomisk gevinst akuttpsykiatri (voksne) til Aker fase 1

Artsgruppe	Gevinst	Effekt årsverk
Personalkostnader akuttpsykiatri (voksne)	47 940 436	-58
Vare- og driftskostnader akuttpsykiatri (voksne)	367 636	0
Organisatoriske forhold	0	0
Vaktkostnader Ullevål +Aker	0	0
Økte kostnader restdrift Ullevål	0	0
Totalt	48 308 072	-58

Som beskrevet i notat fra 27. september vurderes det at gevinsten er konstant i planperioden (2027-2035).

Det er heller ikke disse beregningene tatt inn kostnader knyttet til vedlikehold, oppgradering og utvidelse av dagens areal for å kunne ivareta den fremskrevne aktiviteten for 2035 i dagens lokaler. Nevnte kostnader antas å være betydelige.

Forutsetninger og beregninger

Det ble for hovedprosjektet valgt en generisk tilnærming der beregninger ble gjort på gruppenivå for tjenesteområder med sammenfallende pleiefaktor både for drift i både dagens lokaler og på Aker. Vi bemerker at det kan være en svakhet å trekke beregningene ned på et enkelt tjenesteområde.

I dimensjoneringsgrunnlaget⁴ som er lagt til grunn for analysen er voksenpsykiatrien beregnet til å øke med 17 % inkludert overføring fra bydel Alna. Det vises ingen resultater for det enkelte tjenesteområde, og det forutsettes at den samme dimensjoneringen kan brukes for akuttpsykiatri (voksne) alene. Det betyr at dagens 45 senger innenfor tjenesteområdet øker til 52 senger i 2035.

Kostnadene knyttet til fasefordelt innflytting er vurdert utfra to forhold:

- Redusert gevinst ved å flytte kun akuttpsykiatri (voksne) til Aker (økte kostnader i alternativ 2035-1)

⁴ «En oppdatering av dimensjoneringsgrunnlag for virksomhetsmodell OUS etappe 1» (Sykehusbygg V5 pr august 2018)

b. Økte kostnader for restdrift på Ullevål (økte kostnader i alternativ 2035-0)

Det forutsettes at nødvendig og hensiktsmessig areal stilles til disposisjon for begge alternativer. Hvordan et eventuelt felles akuttmottak for alle fagområder på Aker vil kunne påvirke kostnadene er ikke tatt i betraktning.

Effekt på gevinst akuttpsykiatri (voksne)

Som beskrevet i rapporten vil de økonomiske driftsgevinstene ved innflytting på Aker avledes av to effekter:

- Samlokalisering
- Nye og virksomhetstilpassede lokaler

Effekten knyttet til nye og virksomhetstilpassede lokaler kan tas ut i sin helhet uavhengig av i hvilket omfang klinikkens tjenesteområder flyttes. Gevinster avledet av samlokalisering må imidlertid vurderes utfra hvorvidt virksomhetens størrelse gir tilstrekkelig robusthet i nye bemanningsplaner.

Avdeling for akuttpsykiatri har i dag 45 senger (7 i mottak og 38 på post). Med 17 % økning gir dette 53 senger i 2035. Dette sengeantallet vurderes til å være tilstrekkelig for å hente fulle gevinster av samlokalisering.

Når det gjelder gevinster beregnet i hovedprosjektet knyttet til vaktordninger og organisatoriske forhold vil disse ikke gi effekt før all virksomhets er samlet.

Vi ønsker å bemerke at personalkostnadene i 2035-1-alternativet muligens er vurdert noe høyt, da de er basert på en lineær fremskriving av dagens bemanningsfaktor (bemanning/senger), og ikke hensyntar eventuelle terskelverdier. Det er imidlertid ikke kapasitet i dagens lokaler til å bære den økte aktiviteten, så det økte sengeantallet må ivaretas av en separat sengepost lokalisert utenfor nåværende bygg.

Begge disse forholdene tatt i betraktning gjør at de beregnede personalkostnadene i alternativ 2035-1 vurderes å være OK.

Effekt kostnader restdrift Ullevål

Dersom akuttpsykiatri (voksen) flytter før øvrig virksomhet fra Ullevål, vil det av klinisk virksomhet være TSB sin døgnseksjon for voksne, Lar-poliklinikker, Regional seksjon for spiseforstyrrelser (døgn+pol) og Personlighetspoliklinikken som ligger tilbake på Ullevål.

Vi finner imidlertid ingen områder der delt flytting til Aker vil gi økte kostnader for virksomheter med restdrift på Ullevål.

Tabell 24 Økonomiske beregninger akuttpsykiatri (voksne)

Artsklasse / Beskrivelse	Variabel	Baseline 2017		2035-0		2035-1	
		Antall	Kostnad	Antall	Kostnad	Antall	Kostnad
4 Kjøp av helsetjenester	Aktivitet	13 313	288 878	15 620	338 936	15 620	338 936
4 Medikament og varekost	Aktivitet	13 313	1 512 181	15 620	1 729 918	15 620	1 729 918
5 Lønnskost fast Administrasjon/Ledelse	Faste årsverk	10	7 465 914	10	6 962 114	9	6 802 545
5 Lønnskost fast Diagnostisk personell	Faste årsverk	0	0		0		0
5 Lønnskost fast Drifts/teknisk personale	Faste årsverk	0	0		0		0
5 Lønnskost fast Forskning	Faste årsverk	0	0		0		0
5 Lønnskost fast Helsefagarbeider/hjelpere	Faste årsverk	7	3 647 980	10	5 651 562	9	4 877 068
5 Lønnskost fast LIS-leger	Faste årsverk	12	8 766 364	13	9 803 506	13	9 803 506
5 Lønnskost fast Merkantile stillinger & teknisk	Faste årsverk	9	3 998 018	9	3 998 018	6	2 701 740
5 Lønnskost fast Overleger	Faste årsverk	11	15 048 810	12	16 643 148	10	12 930 888
5 Lønnskost fast Pasientrettede stillinger	Faste årsverk	17	14 634 148	23	20 230 665	17	14 431 789
5 Lønnskost fast Psykolog	Faste årsverk	3	1 773 208	2	1 168 167	3	1 791 354
5 Lønnskost fast Psykologspesialist	Faste årsverk	3	1 819 778	4	3 086 483	3	2 332 153
5 Lønnskost fast Spesial sykepleier	Faste årsverk	51	34 141 971	86	57 684 732	71	47 570 518
5 Lønnskost fast Sykepleier	Faste årsverk	52	29 749 059	48	27 301 438	41	23 498 168
5 Lønnskost variabel	Vairable årsverk	49	21 513 332	63	27 428 288	41	17 671 057
5 AGA/pensjon			50 671 685		63 771 219		51 174 417
5 Refusjoner	Sum faste årsverk	174	-9 352 065	217	-11 785 218	181	-9 856 766
5 Lønn øvrig	Sum faste årsverk	174	8 363 070	217	10 541 180	181	8 816 428
6+7 Driftskostnader	Sum faste årsverk	174	1 839 360	217	2 206 444	181	1 838 808
Totalsum			195 881 691		246 760 597		198 452 525

Gevinst kroner	48 308 072
Effekt årsverk	58