

Oslo universitetssykehus HF

Møteinnkalling

Møtenavn: Styremøte 3/2019
Dato møte: 10. mai 2019
Møtetid: Klokken 10.00 – om lag 14.45
Møtested: Radiumhospitalet, seminarrom 1 og 2.

- 26/2019 Godkjenning av innkalling og sakliste
- 27/2019 Rapportering
- 28/2019 Rapport om helse, miljø og sikkerhet 2018
- 29/2019 Økonomisk langtidsplan 2020 - 2023
- 30/2019 Salg av tomt på Dikemark
- 31/2019 Valg av styret i Barnestiftelsen og orientering om stiftelser
- 32/2019 Fremtidens Oslo universitetssykehus – oppfølging av styrebehandling i Helse Sør-Øst RHF
- 33/2019 Presentasjon av Ortopedisk klinikk
- 34/2019 Plan for styret
- 35/2019 Administrerende direktørs orienteringer
- 36/2019 Protokoll fra styremøte 10. mai 2019

Gunnar Bovim
Sign.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 10. mai 2019
Saksbehandler: Direksjonssekretær
Vedlegg: Sakliste
Protokoll fra styremøte 28. mars 2019

SAK 26/2019 GODKJENNING AV INNKALLING OG SAKLISTE

Forslag til vedtak:

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

Oslo, den 3. mai 2019

Gunnar Bovim
Sign.

Oslo universitetssykehus HF

Protokoll

Møtenavn:	Styremøte
Til:	Styrets medlemmer
Dato dok.:	28. mars 2019
Dato møte:	28. mars 2019 kl 10.00 – 14.05 på Radiumhospitalet i Oslo
Offentlighet:	
Referent:	Jørgen Jansen

Tilstede: Gunnar Bovim, Anne Carine Tanum, Tore Eriksen, Else Lise Skjæret-Larsen, Svein Erik Urstrømmen, Berit Kjøll (ikke tilstede under sakene 21, 22, 24 og 25), Aasmund Magnus Bredeli, Svein Stølen

Forfall:

Til stede fra administrasjon: Bjørn Erikstein, Morten Reymert, Kjell Magne Tveit, Susanne Flølo, Erlend Smeland, Børge Einrem m.fl.

Tilstede ellers: observatører fra brukerutvalget og publikum

Sak 13/2019 Godkjenning av innkalling og sakliste

Vedtak:

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

Sak 14/2019 Årsoppgjør

Vedtak:

1. Styret underskriver årsberetning og årsregnskap for 2018.
2. Årsberetning og årsregnskap for 2018 legges frem for godkjenning i foretaksmøte.

Sak 15/2019 Rapportering per februar 2019

Vedtak:

1. Styret tar rapportering for februar 2018 til orientering.
2. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å gjennomføre investeringer knyttet til nyfødtscreening med inntil 50 millioner kroner.
3. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å inngå avtaler om investeringer i medisinskteknisk utstyr og bygg for 150 millioner kroner av investeringsrammen for 2020.

Sak 16/2019 Oppdrag og bestilling 2019

Vedtak:

Styret tar protokoll fra foretaksmøtet 13. februar 2019 i Oslo universitetssykehus HF til etterretning.

Sak 17/2019 Strategi for Oslo universitetssykehus 2019-2022

Vedtak:

Styret vedtar Strategi for Oslo universitetssykehus HF 2019-2022.

Sak 18/2019 Økonomisk langtidsplan 2020-2023

Vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Sak 19/2019 Plan for internrevisjoner 2019-2020

Vedtak:

Styret tar plan for internrevisjoner 2019-2020 for Oslo universitetssykehus HF til etterretning.

Sak 20/2019 Konsernrevisjon av status for tilpasning til ny personvernforordning i foretaksgruppen

Vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Sak 21/2019 Presentasjon av pakkeforløp innen psykisk helse og TSB

Vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Sak 22/2018 Ny spesialistutdanning for leger

Vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Sak 23/2019 Plan for styrets arbeid

Vedtak:

1. Styret tar saken til orientering.
2. Styret vedtar å flytte møtet 13. desember til onsdag 18. desember med oppstart klokken 10.

Sak 24/2019 Administrerende direktørs orienteringer


Vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Sak 25/2019 Godkjenning av protokoll styremøte 28. mars 2019

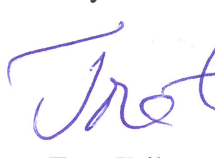
Vedtak:

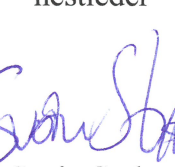
Styret godkjenner protokoll fra styremøte 28. mars 2019.

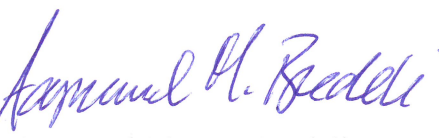

Gunnar Bovim
styreleder


Anne Carine Tanum
nestleder

Berit Kjøll


Tore Eriksen


Svein Stølen


Aasmund Magnus Bredeli


Svein Erik Urstrømmen


Else Lise Skjæret-Larsen

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 10. mai 2019

Saksbehandlere: Visadministrerende direktør økonomi og finans
Direktør fag, pasientsikkerhet og samhandling

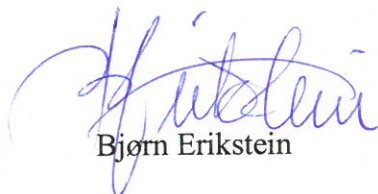
Vedlegg: Rapportvedlegg

SAK 27/2019 RAPPORTERING

Forslag til vedtak:

Styret tar rapporteringen til orientering.

Oslo den 3. mai 2019



Bjørn Erikstein

1. Innledning

I oppdragsdokument 2019 fremgår det at virksomheten i Oslo universitetssykehus HF skal innrettes for å nå følgende overordnede styringsmål:

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

Målene skal nås innenfor vedtatt budsjett. Konkrete styringsmål og resultater inngår i tabellvedlegget.

Resultat for april rapporteres til Helse Sør-Øst RHF fredag 10. mai og vil bli presentert i styremøtet. I styremøtet 10. mai vil det bli gitt en presentasjon av situasjonen for Ortopedisk klinikk ved klinikkleder Rolf Bjarne Riise.

2. Gjennomføring av virksomheten

Tabellen under viser status for gjennomføring av virksomheten i mars, hittil i år og estimat for året for enkelte av indikatorene. De ulike indikatorområdene kommenteres kort i saksfremstillingen.

Status gjennomføring av virksomheten 2019		Denne periode (mars)			Hittil i år			Året	
		Faktisk	Mål	Status	Faktisk	Mål	Status	Estimat	Mål
Ventetid til helsehjelp påstartet	Ventetid somatikk	57	55		59	55			55
	Ventetid VOP	37	40		39	40			40
	Ventetid BUP	60	40		60	40			40
	Ventetid TSB	26	35		27	35			35
Fristbrudd av helsehjelp påstartet	Andel fristbrudd somatikk	1,3 %	0 %		1,4 %	0,0 %			0,0 %
	Andel fristbrudd VOP	0,4 %	0 %		0,5 %	0,0 %			0,0 %
	Andel fristbrudd BUP	4,8 %	0 %		4,0 %	0,0 %			0,0 %
	Andel fristbrudd TSB	1,9 %	0 %		1,2 %	0,0 %			0,0 %
Pakkeforløp kreft	Andel nye pasienter i pakkeforløp kreft	68 %	70 %		70 %	70 %			70 %
	Andel behandlet innen standard forløpstid kreft	69 %	70 %		61 %	70 %			70 %
Aktivitet somatikk	Antall ISF-poeng somatikk	21 329	21 935		64 290	64 166		245 877	245 877
	Antall polikliniske konsultasjoner somatikk	76 651	77 325		225 669	228 242		864 430	864 430
Aktivitet PHV og TSB	Antall ISF-poeng PHV og TSB	3 039	3 207		8 674	9 218		32 377	32 377
	Antall polikliniske konsultasjoner PHV og TSB	15 752	16 416		45 393	47 405		169 269	169 269
Bemanning	Brutto månedsværk (april)	19 175	19 161		19 193	19 178		19 268	19 268
	Sykefravær (februar)	8,2 %			7,9 %				
Økonomi	Resultat (justert for økte pensjonskostnader)	18 163	16 666		41 960	50 000		200 000	200 000
	Investeringer (planlagt gjennomføring)	58 715	105 350		149 810	307 375		1 547 400	1 480 000
	Endring likviditet	-69 766	68 557		-123 011	22 091			-763 199
	Tiltaksgjennomføring	19 418	22 923		49 950	67 976		249 854	307 493

Merknad: For brutto månedsværk og sykefravær viser tallene i kolonnen for "Denne periode" resultater for henholdsvis april 2019 og februar 2019.

Ventetid

Hittil i år er gjennomsnittlig ventetid for alle avviklede pasienter 59 dager innenfor somatikken. Dette er 4 dager mer enn målet for 2019. Ventetiden innenfor voksenpsykiatrien og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er kortere enn målet for 2019. Sammenlignet med samme periode i 2018 er ventetiden redusert både innenfor somatikken, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Gjennomsnittlig ventetid hittil i år viser størst avvik mot mål innenfor barne- og ungdomspsykiatrien hvor gjennomsnittlig ventetid hittil i år er 60 dager, som er 20 dager lengre enn målet for 2019. Det viktigste tiltaket for å få ned ventetiden innenfor barne- og ungdomspsykiatrien er knyttet til overføring av behandlerressurser fra dagbehandling til poliklinisk aktivitet. Dette er under planlegging og forventes å redusere både fristbrudd og ventetider fra høst 2019. Det

arbeides også med gjennomgang av rutiner for fristfastsettelse, innkallingsrutiner og riktig registrering av ventetid slutt.

Fristbrudd

Hittil år er det rapportert at 381 pasienter (1,3 prosent) har fått påbegynt helsehjelpen etter frist. En andel av disse skyldtes mangelfull registrering. I de fleste tilfellene har imidlertid pasienten gitt samtykke til forlenget ventetid innenfor en 14-dagersperiode etter utløpt frist. Dette resulterer likevel i fristbrudd. Det gjennomføres ekstraordinære møter i Ventelisterådet for å sikre riktig registrering av henvisninger for å forebygge og sikre at pasientene blir ivaretatt innen frist start helsehjelp og at meldeplikten til HELFO overholdes. Andel fristbrudd er høyest innenfor barne- og ungdomspsykiatrien, hvor også ventetiden er for lang.

Pakkeforløp kreft

Helseforetaket har ikke tilfredsstillende resultater når det gjelder de nasjonale målsettingene som er satt opp for pakkeforløp for kreft.

Det har imidlertid vært en bedring av resultatene hittil i 2019. For pasienter som har hele forløpet i Oslo universitetssykehus HF var andel innenfor normert forløpstid i januar 49 prosent, i februar 66 prosent og økt til 69 prosent i mars. Resultatet for mars viser en effekt av spesifikke tiltak eller forhold gjennomført innenfor enkelte forløp. For hode/halskreft er forløpstidene for stråleterapi justert. For brystkreft er det nå tilstrekkelig operasjonskapasitet etter at brystkreftkirurgi flyttet til Aker i desember. For mars er andel innen normert forløpstid for hode/halskreft og brystkreft henholdsvis 70 prosent og 75 prosent. For mars er det også tilfredsstillende forløpstider (> 70 prosent) for livmorhalskreft og eggstokkreft. Det arbeides videre med å oppnå bedre resultater, særlig for forløp med lav måloppnåelse og fortsatt er forløpstidene svært lite tilfredsstillende (< 50 prosent) for mars og hittil i år for prostatakreft, nyrekreft eller kreft i bukspyttkjertelen.

Tiltak iverksatt i 2018 for å bidra til bedre resultater for pakkeforløp kreft er videreført i 2019. Det er også etablert en ressursgruppe som rapporterer til administrerende direktør. Ressursgruppen har fått ansvar for utarbeidelse av detaljerte analyser og planlegging av tiltak som kan gi forbedringer av varig karakter fra våren 2019. Tiltakene omhandler blant annet:

- Forbedring av håndtering av første fase i forløpet (håndtering av henvisninger, planlegging)
- Fjerning av flaskehals knyttet til operasjonskapasitet (bryst, gyn.kreft)
- Kompetansebygging og bedring av funksjonen til forløpsleder, forløpsteam og forløpskoordinator
- Videreutvikling av rapportene til forløpsleder, forløpskoordinatorer, og ledermøtet
- Oppfølging/forbedring av pasientforløp som går mellom helseforetakene
- Vurdering av styringsmodell
- Fysisk samling av virksomhet innenfor samme fagområde (brystkirurgi, lunge- og prostataonkologi)

Aktivitet somatikk

ISF-poeng

Samlet viser rapporteringen at antall ISF-poeng innenfor somatikken er om lag som budsjettert etter tre måneder. Dette inkluderer positiv effekt av ISF-regelverk og nye vektorer for 2019, som kompenserer for reelt lavere aktivitet enn budsjettert i noen av klinikkene. Det presiseres at det er noe usikkerhet til den rapporterte aktiviteten som følge av betydelige endringer i ISF-systemet fra 2018 til 2019. Tjenesteforløpsgrupper (nytt aggregert grupperingsnivå) er innført for å beskrive tjenester som innholdsmessig henger sammen og som skal ses i sammenheng for finansieringsformål. Dette innebærer at beregning av finansiering må gjøres på tvers av helseforetak dersom pasienten har fått behandling ved flere sykehus. Denne finansieringsordningen er imidlertid innført i begrenset omfang i 2019, og omfatter i denne omgang kun dialyse og behandling med dyre biologiske legemidler. Det er videre etablert et nytt grunnlag for beregning av ISF-poeng for H-reseptor (legemidler som gis utenfor sykehus) som det så langt ikke er ferdigstilt verktøy for å gruppere (beregne). Omfang av disse forholdene i form av ISF-poeng er rapportert basert på beste skjønn. Dette medfører imidlertid at det er en viss usikkerhet knyttet til det tilhørende inntektsanslaget.

Det er store variasjoner i avvik for ISF-poeng mellom klinikkene. Klinikkene med størst negative avvik er Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi (-5,7 prosent), Ortopedisk klinikk (-9,1 prosent) og Barne- og ungdomsklinikken (-7,5 prosent). Hittil i år har Kvinneklinikken (+2,5 prosent), Klinikk for kirurgi og inflammasjonsmedisin (+1,1 prosent) og Hjerte-, lunge- og karklinikken (+4,1 prosent) flere ISF-poeng enn budsjettert.

Som følge av at påsken i 2018 i hovedsak var i mars mens den i 2019 er i april, vurderes det som ikke relevant å sammenligne utført aktivitet hittil i år med samme periode i fjor basert på data for 3 måneder.

Polikliniske konsultasjoner somatikk

Innenfor somatikken er antall polikliniske konsultasjoner hittil i år lavere enn budsjettert. Det er størst avvik i Ortopedisk klinikk hvor aktiviteten ved Skadelegevakten hittil i år har vært lavere enn budsjettert og redusert sammenlignet med fjoråret på grunn av mindre øyeblikkelig hjelp.

Aktivitet psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

ISF-poeng psykisk helsevern og TSB

Det er rapportert færre ISF-poeng enn budsjettert for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Avviket skyldes hovedsakelig færre konsultasjoner enn budsjettert. Avviket er imidlertid noe større for antall ISF-poeng enn for antall konsultasjoner. Som en del av arbeidet med kvalitetssikring av aktivitetsdata for 1. tertial 2019 vil det være økt oppmerksomhet på kodekvalitet samt gjennomgang av pasientsammensetning og utvidede aktivitetsanalyser.

Polikliniske konsultasjoner psykisk helsevern og TSB

Antall polikliniske konsultasjoner er lavere enn budsjettert både for psykisk

helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Innenfor voksenpsykiatrien forventer klinikken å ha besatt nye fagstillinger i løpet av våren. Både innenfor barne- og ungdomspsykiatrien og rusområdet forklarer fravær lavere aktivitet enn budsjettet. Innenfor barne- og ungdomspsykiatrien arbeides det med å overføre behandlerressurser fra dagtilbud til poliklinisk aktivitet. På årsbasis forventes en aktivitet som budsjettet, og det arbeides for å nå dette målet.

Bemanning

Brutto månedsverk

For perioden januar til og med april 2019 er gjennomsnittlig brutto månedsverk 19 193. Dette er i tråd med budsjett for perioden og en økning på 267 eller 1,4 prosent sammenlignet med samme periode i 2018. Oslo universitetssykehus har siden samme periode i 2018 hatt en svak nedgang i bruk av midlertidige ansatte (-1,7 prosent). Veksten det siste året knytter seg til fast ansatte (2,3 prosent) med intern finansiering.

Selv om faktisk antall månedsverk hittil i år samlet er om lag som forutsatt i periodisert budsjett er det betydelige variasjoner mellom klinikkene. For ti av femten klinikker er brutto månedsverk som budsjettet eller lavere, mens de øvrige fem klinikkene har flere månedsverk enn budsjettet hittil i år.

I det periodiserte budsjettet er det planlagt med økt bemanning på enkelte prioriterte områder som så langt i år kun i liten grad er effektivert. Det forventes dermed en økning i antall månedsverk på enkelte områder.

Overordnet er vurderingen at det så langt ikke er planlagt med tilstrekkelig omfang av tiltak for å redusere lønnskostnader og årsverk. En ser imidlertid en forbedring i enkelte klinikker, og det følges tett opp at alle klinikker arbeider videre med tiltak på disse områdene.

Sykefravær

Sykefraværet i februar måned var 8,2 prosent, fordelt på 3,3 prosent korttidsfravær og 4,9 prosent langtidsfravær. Det er noe lavere enn for januar 2018 (8,8 prosent). Sykefraværet totalt for årets to første måneder var 7,9 prosent, ned fra 8,5 prosent i samme perioden i 2018.

Økonomi

Økonomisk resultat

Oppdaterte beregninger over samlet pensjonskostnad for 2019 viser at pensjonskostnaden i 2019 forventes å bli 268 millioner kroner høyere enn det som er lagt til grunn i budsjettet. Det legges til grunn at merkostnaden blir håndtert på samme måte som tidligere år, dvs. gjennom endrede bevilgninger i revidert nasjonalbudsjett. Helse Sør-Øst RHF har bedt helseforetakene om inntil videre å korrigere det rapporterte resultatet med effekten av økt pensjonskostnad. Dersom Stortinget vedtar ny offentlig tjenstepensjon forventes det ytterligere endringer i pensjonskostnaden i 2019.

Justert for økte pensjonskostnader som beskrevet ovenfor viser det økonomiske resultatet for Oslo universitetssykehus HF etter mars 2019 et positivt resultat på 42 millioner kroner. Budsjetterte resultatet for perioden var 50 millioner kroner som gir et negativt budsjettavvik på 8 millioner kroner hittil i år. Klinikkenes samlede resultater var bedre i mars enn i de to foregående månedene og viser et resultat for måneden er om lag 2 millioner kroner bedre enn budsjettert. Hittil i år har flere av klinikkene likevel betydelige merforbruk.

Hovedårsaken til det negative avviket hittil i år skyldes høyere lønns- og innleiekostnader enn budsjettert i flere av klinikkene, blant annet som følge av manglende tiltaksgjennomføring. På inntektssiden er det fortsatt noe usikkerhet knyttet til ISF-poeng som følge av endringer i ISF-regelverket for 2019. De beregnede inntektene er noe redusert for å ta høyde for denne usikkerheten. Det kan videre nevnes at betalingsordning for utskrivningsklare pasienter innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, innført fra årsskiftet, ser ut til å gi mindre inntekter enn lagt til grunn i budsjettet. Dette vil bli fulgt nærmere opp i månedene fremover.

I tabellvedlegget er det tatt inn en tabell som viser avvikene hittil i 2019 for ulike inntekts- og kostnadstyper tilknyttet ordinær drift med korte kommentarer.

Investeringer

Ved utgangen av mars var regnskapsførte investeringer, eksklusive egenkapital til pensjonskasser og IKT, 150 millioner kroner. Dette er 158 millioner kroner lavere enn opprinnelig planlagt, hvorav investeringer i bygg utgjør 140 millioner kroner. Dette skyldes at prosessen for å komme i gang med prosjekter innenfor bygg tar lenger tid enn antatt. Det forventes imidlertid høyere pådrag senere i året. Årsestimatet for investeringer er økt i forhold til opprinnelig planlagt, i hovedsak gjelder dette investeringer knyttet til nyfødtscreeningen (jamfør styresak 15/2019).

Likviditet

Kontantstrømbudsjettet for 2019 innebærer et økt trekk på bevilget driftskreditt med 763 millioner kroner gjennom året. Ved utgangen av mars var benyttet driftskreditt 145 millioner kroner høyere enn budsjettert. Lavere investeringspådrag bedret isolert sett likviditeten ved utgangen av måneden, mens forsinket oppgjør for aktivitet i januar og februar bidro negativt. Oppgjøret for aktivitet i disse månedene ble imidlertid innbetalt primo april.

Gjennomføring av omstillingstiltak

Klinikkene har planlagt kostnadsreducerende og inntektsøkende tiltak (unntatt DRG) med en effekt i 2019 på 307 millioner kroner. Hittil i år er det rapportert gjennomført tiltak med en samlet verdi på 50 millioner kroner. Dette tilsvarer en gjennomføringsgrad på 73 prosent. Klinikker som etter mars har negative årsprognoser for 2019, er bedt om å utarbeide nye tiltak for å klare budsjettkravet for 2019.

3. Nærmere om status og utvikling på enkelte områder

Prioriteringsregelen

Prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er et av

de overordnede målene for 2019. Prioriteringsregelen omfatter ventetid, polikliniske opphold og ressursbruk. Etter mars foreligger status for ventetid og polikliniske opphold. Ressursbruk fordelt på tjenesteområdene rapporteres kun hvert tertial.

Det er stilt nye målkrav for ventetid i Oppdrag og bestilling 2019. For Oslo universitetssykehus HF er ventetidsmålet innfridd hittil i år for voksenpsykiatrien ved at ventetiden er under 40 dager og for tverrfaglig spesialisert rusbehandling hvor ventetiden er under 35 dager. For somatikken og barne- og ungdomspsykiatrien er ventetiden som tidligere nevnt i saken lengre enn målet. Det er størst avvik innenfor barne- og ungdomspsykiatrien, hvor målet er 40 dager og gjennomsnittlig ventetid hittil i år er 60 dager. Som beskrevet tidligere i saken er det viktigste tiltaket for å få ned ventetiden innenfor barne- og ungdomspsykiatrien knyttet til overføring av behandlerressurser fra dagbehandling til poliklinisk aktivitet. Vedtak om dette ble fattet primo april 2019. Gjennomføring er påbegynt og forventes å redusere både fristbrudd og ventetider fra høst 2019. Det arbeides også med gjennomgang av rutiner for fristfastsettelse, innkallingsrutiner og riktig registrering av ventetid slutt. Det vil være økt oppmerksomhet på dette området inntil resultatene er bedret.

Antall polikliniske opphold er økt fra 2018 for alle tjenesteområdene. Økningen er større innenfor psykisk helsevern og tverrefaglig spesialisert rusbehandling enn innenfor somatikken. Prioriteringsregelen er dermed innfridd på dette området.

Pakkeforløp psykisk helse og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Pakkeforløp innenfor psykisk helse (barn og unge, samt voksne) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling ble innført fra 1. januar 2019. Det er satt mål for:

- Andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid for utredning
- Andel pakkeforløp gjennomført for evaluering av behandling

Målet med disse pakkeforløpene er å sikre økt brukerinnflytelse, sammenhengende pasientforløp og oppfølging uten unødig ventetid. Pakkeforløpene er også et redskap for styrket ledelse og styring av virksomheten.

Oslo universitetssykehus HF registrerer pakkeforløpsdata i DIPS Arena. Det arbeides sammen med DIPS for å få på plass pålagt rapportering til Norsk pasientregister, slik at rapportering av andel pakkeforløp og forløpstider kan måles og følges opp. Så langt har det kun vært mulig å følge med på antall aktive og antall avsluttede pakkeforløp innenfor de ulike områdene. Kravet er at alle pasienter som henvises til utredning og behandling skal inkluderes i pakkeforløp. Det er utarbeidet mal for henvisning av pasienter inn i pakkeforløpene og det er etablert samarbeidsarenaer mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten for å bedre samarbeidet om pasientene. Øyeblikkelig-hjelp-pasienter skal ikke inkluderes i de nye pakkeforløpene.

Oslo universitetssykehus HF arbeider også for å få på plass et tilbakemeldingsverktøy for pasienter og pårørende for å kunne arbeide systematisk med oppfølging av evaluering av behandling mv.

Avvisningsrater innenfor psykisk helsevern

Helse Sør-Øst RHF har etablert særskilt oppfølging av avvisningsrater innen psykisk helsevern i perioden med innføring av pakkeforløp.

For Oslo universitetssykehus HF samlet er avvisningsratene innenfor voksenpsykiatrien noe redusert i første kvartal 2019 sammenlignet med samme periode i 2018. Ved Nydalen DPS er avvisningsraten relativt stabil, samtidig som antall henvisninger er økt. Ved Søndre Oslo DPS er antall henvisninger økt, samtidig som avvisningsraten er redusert. Det arbeides med å ansette flere behandlere ved DPS'ene. Dette forventes å gi økt aktivitet uten at avvisningsraten forventes å endres vesentlig. Avvisningsraten forventes å være 15-20 prosent etter at de nye stillingene er besatt.

Avvisningsraten ved poliklinikkene innenfor barne- og ungdomspsykiatrien er for høye og har økt i 2019. De beskrevne tiltakene for å redusere ventetid og fristbrudd forventes også å bidra til at avvisningsraten reduseres i 2. halvår 2019.

Antibiotikastyring

Antibiotikaresistens er en alvorlig trussel for framtidig medisinsk behandling. Uten tiltak kan situasjoner oppstå der infeksjonsrisikoen ved å gjennomføre standardoperasjoner blir for stor. I Norge er ikke resistensutviklingen kommet så langt som i mange andre land. Overordnede mål i årene fremover er å redusere den totale bruken av antibiotika, at riktig antibiotika gis til rett pasient, og at det er en kontrollert, restriktiv bruk basert på faglige begrunnelser. I nasjonal handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten (2016) har som mål å redusere antibiotikabruken i befolkningen med 30 prosent innen utløpet av 2020.

I Oppdrag og bestilling for 2019 står det at helseforetak skal, som del av det langsiktige arbeidet med å redusere sykehusinfeksjoner, prioritere å oppnå 20 % reduksjon i bruk av bredspektrede antibiotika i 2019 sammenliknet med 2012.

Sykehusapotekene HF har på vegne av Helse Sør Øst RHF utarbeidet statistikk som gir oversikt over kjøp av bredspektret antibiotika. For Oslo universitetssykehus HF viser statistikken en reduksjon i kjøp av bredspektret antibiotika både sammenlignet med 2012 og samme periode i fjor. Det vil bli arbeidet videre med målrettede tiltak internt i sykehuset.

4. Administrerende direktørs vurderinger og anbefalinger

Det er mange oppgaver som skal gjennomføres for å nå målene for 2019. Det er særlig oppmerksomhet på innfrielse av prioriteringsregelen for psykisk helsevern og rusbehandling, pakkeforløpene innenfor kreftområdet samt de nye pakkeforeløpene innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Både for pasientene og for omdømmet er det viktig å lykkes på disse to områdene.

Det arbeides for å nå resultat som budsjettert for 2019. Dette er krevende, og det vurderes på dette tidspunkt å være en risiko knyttet til det økonomiske resultatet. Før påske ble det gjennomført oppfølgingsmøter med alle klinikkene hvor resultater og prognoser ble gjennomgått. Det er flere av klinikkene som har betydelige underskudd i driften etter tre måneder og som ikke har en klar plan for å hente dette inn i løpet av året. De klinikkene som har størst utfordringer følges opp tett og de som har meldt negative resultatprognoser for 2019 er bedt om å planlegge ytterligere tiltak for å nå årets budsjettkrav.

Administrerende direktør anbefaler at styret tar rapporteringen etter mars til orientering.

Styresak 27/2019 Tabellvedlegg – månedssrapport mars 2019

Oslo universitetssykehus HF
OUS HF

Rapporteringsperiode: Mars 2019
(bemanning for april)

Tabellvedlegg

Rapporten viser enkelte indikatorer for driften ved Oslo universitetssykehus HF

1. Målekort

2. Pasientbehandling

- 2.1 Aktivitet
- 2.2 Ventelisteutvikling
- 2.3 Fristbrudd
- 2.4 Pakkeforløp

3. Økonomi og finans

- 3.1 Økonomisk resultat OUS
- 3.2 Økonomisk resultat klinikker
- 3.3 Investeringer og likviditet

4 Bemanning

- 4.1 Bemanningsutvikling – graf OUS
 - 4.2 Bemanningsindikatorer, internt finansierte
 - 4.3 Utvikling sykefravær
 - 4.4 Sykefravær per klinikk
- Definisjoner årsverksindikatorer

Følgende klinikkbetegnelser er brukt i tabeller/graffer:

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

Andre forkortelser og begrep:

HIÅ: Hittil i år Status per mnd: Akkumulerte tall
PHV: Psykisk helsevern
VOP: Voksenpsykiatri
BUP: Barne- og ungdomspsykiatri
TSB: Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

1. Styringsmål 2019 (fra oppdrag og bestilling)

Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelse	Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling	Bedre kvalitet og pasientsikkerhet
<p>Mål 2019</p> <ul style="list-style-type: none">• Redusere gjennomsnittlig ventetid sammenliknet med 2018. Under 55 dager i alle helseforetak innen 2019• Redusere median tid til tjeneste start sammenliknet med 2018• Overholde en større andel av pasientavtalene sammenliknet med 2018 (pasientplanlagt tid). Overholde minst 93% av avtalene innen 2019• Andel pakkeforløp innenfor standardforløps tid skal være minst 70% for hver kretzform. Variasjonen mellom helseforetakene skal reduseres• Minst 60% av pasienter med hjerteinfarkt som er trombolysed behandlet, får denne behandlingen innen 40 minutter etter innleggelse	<p>Mål 2019</p> <ul style="list-style-type: none">• Høyere vekst innen psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) enn for som atikk på regionnivå• Andel pakkeforløp gjennomført innen forløps tid for rutefølg skal være minst 80% (for PHBU og PHV)• Andel pakkeforløp gjennomført for behandling i poliklinikk skal være minst 80% (for PHBU, PHV og TSB)• Andel pakkeforløp gjennomført innen forløps tid fra avsluttet avrusning til påbegynt behandling TSB i døgnet hets skal være minst 60%• Minst 50% av epikrisene sendt innen 1 dag etter utskrivning fra PHV og TSB• Antall pasienter med tvangs middeledtak i PH (døgnbehandling) skal reduseres i 2019	<p>Mål 2019</p> <ul style="list-style-type: none">• Redusere andel pasientskader på regionalt nivå i 2019 sammenliknet med 2017 (GTT-undersøkelsene)• Arbeidet med HMS og pasientsikkerhet må ses i sammenheng. Andel "enheter med moderate sikkerhets klimaverd" hvert helseforetak skal være minst 60%• 20% reduksjon i forbruk av bredspektret antibiotika i sykehusene i 2019 sammenliknet med 2012• Ingen korridor pasienter• Minst 70% av epikrisene sendt innen 1 dag etter utskrivning fra somatisk helse tjeneste• Antall nye kliniske behandlingsstudier økt med 5% i 2019 sammenliknet med i 2017
<ul style="list-style-type: none">• Understøtte god drift og oppnå resultatkrav, for å kunne investere i utstyr, teknologi og bygg	<ul style="list-style-type: none">• Redusere gjennomsnittlig ventetid til under 40 dager innen PHBU og PHV, og under 35 dager i TSB• Redusere avvinsingsrate ved poliklinikkene innen psykisk helsevern	<ul style="list-style-type: none">• Styrke arbeidet med å utdanne, rekruttere, beholde og utvikle medarbeidere i et trygt og stimulerende arbeidsmiljø• Arbeide med IKT- standardisering for å understøtte informasjons-sikkerhet, informasjon side ling, mobile og brukervennlige løsninger

Igangsette tiltak som understøtter satsingsområdene i regional utviklingsplan:

1. Nye arbeidsformer – bedre bruk av teknologi og mer brukerstyring
2. Samarbeid om de som trenger det mest – integrerte helse tjenester
3. Redusere uønsket variasjon
4. Mer tid til pasientrettet arbeid
5. Forskning og innovasjon for en bedre helse tjeneste

1. Målekort

Status gjennomføring av virksomheten 2019		Denne periode (mars)			Hittil i år			Året	
Resultat		Faktisk	Mål	Status	Faktisk	Mål	Status	Estimat	Mål
Ventetid til helsehjelp påstartet	Ventetid somatikk	57	55		59	55			55
	Ventetid VOP	37	40		39	40			40
	Ventetid BUP	60	40		60	40			40
	Ventetid TSB	26	35		27	35			35
Fristbrudd av helsehjelp påstartet	Andel fristbrudd somatikk	1,3 %	0 %		1,4 %	0,0 %			0,0 %
	Andel fristbrudd VOP	0,4 %	0 %		0,5 %	0,0 %			0,0 %
	Andel fristbrudd BUP	4,8 %	0 %		4,0 %	0,0 %			0,0 %
	Andel fristbrudd TSB	1,9 %	0 %		1,2 %	0,0 %			0,0 %
Pakkeforløp kreft	Andel nye pasienter i pakkeforløp kreft	68 %	70 %		70 %	70 %			70 %
	Andel behandlet innen standard forløpstid kreft	69 %	70 %		61 %	70 %			70 %
Aktivitet somatikk	Antall ISF-poeng somatikk	21 329	21 935		64 290	64 166		245 877	245 877
	Antall polikliniske konsultasjoner somatikk	76 651	77 325		225 669	228 242		864 430	864 430
Aktivitet PHV og TSB	Antall ISF-poeng PHV og TSB	3 039	3 207		8 674	9 218		32 377	32 377
	Antall polikliniske konsultasjoner PHV og TSB	15 752	16 416		45 393	47 405		169 269	169 269
Bemanning	Brutto månedsverk (april)	19 175	19 161		19 193	19 178		19 268	19 268
	Sykefravær (februar)	8,2 %			7,9 %				
Økonomi	Resultat (justert for økte pensjonskostnader)	18 163	16 666		41 960	50 000		200 000	200 000
	Investeringer (planlagt gjennomføring)	58 715	105 350		149 810	307 375		1 547 400	1 480 000
	Endring likviditet	-69 766	68 557		-123 011	22 091			-763 199
	Tiltaksgjennomføring	19 418	22 923		49 950	67 976		249 854	307 493

2.1 Aktivitet somatikk (ISF-poeng)

Periode: MARS 2019	Rapportert per mars				Sammenligning 2018	
Klinikk	Budsjett	Resultat	Avvik	Avvik i %	Endring	i %
Medisinsk klinikk	6 795	6 672	-123	-1,8 %	129	2,0 %
Hode, hals og rekonstruktiv kirurgi	5 172	4 875	-297	-5,7 %	70	1,5 %
Nevroklubikken	6 832	6 703	-129	-1,9 %	0	0,0 %
Ortopedisk klinikk	6 714	6 105	-609	-9,1 %	-232	-3,9 %
Barn- og ungdomsklubikken	4 297	3 974	-323	-7,5 %	-26	-0,7 %
Kvinneklubikken	5 768	5 914	146	2,5 %	388	7,0 %
Kirurgi, inflammasjonsmedisin og transpl	10 098	10 210	112	1,1 %	630	6,6 %
Kreftklubikken	7 643	7 428	-215	-2,8 %	-97	-1,3 %
Hjerte-, lunge- og karklubikken	9 406	9 793	387	4,1 %	1 146	13,3 %
Akuttklubikken	401	514	113	28,2 %	183	55,3 %
Laboratoriemedisin	54	58	4	7,4 %	3	5,5 %
SUM KLINIKKER	63 180	62 246	-934	-1,5 %	2 194	3,7 %
Fellesposter (H-resepter, grupper mv)	987	2 046	1 059	107,3 %		
SUM TOTALT	64 167	64 292	125	0,2 %	2 194	3,7 %

Merknad: Sammenligning med 2018 er gjort ut fra gjeldende ISF-regelverk og vektorer for 2019.

2.1 Aktivitet – psykisk helsevern

Rapporteringsperiode: Mars 2019	Denne periode				Hittil i år				2019 mot 2018			
Oslo universitetssykehus HF	Resultat	Budsjett	Awik	%	Hittil i år	Budsjett	Awik	%	HiÅ 2019	HiÅ 2018	Ending	%
Psykisk helsevern - voksen												
Antall utskrevne pasienter døgnbehandling	199	184	15	8,2 %	549	544	5	0,9 %	549	570	-21	-3,7 %
Antall liggedøgn døgnbehandling	6 090	6 097	-7	-0,1 %	17 898	17 973	-75	-0,4 %	17 898	18 319	-421	-2,3 %
Antall polikliniske konsultasjoner	8 708	9 055	-347	-3,8 %	25 192	26 315	-1 123	-4,3 %	25 192	23 555	1 637	6,9 %
Psykisk helsevern - barn og unge												
Antall utskrevne pasienter døgnbehandling	11	15	-4	-26,7 %	58	52	6	11,5 %	58	61	-3	-4,9 %
Antall liggedøgn døgnbehandling	740	871	-131	-15,0 %	2 555	2 617	-62	-2,4 %	2 555	2 932	-377	-12,9 %
Antall oppholdsdager dagbehandling	299	328	-29	-8,8 %	862	920	-58	-6,3 %	862	921	-59	-6,4 %
Antall polikliniske konsultasjoner	4 737	4 924	-187	-3,8 %	13 409	14 047	-638	-4,5 %	13 409	11 113	2 296	20,7 %
Antall polikliniske konsultasjoner PHA	3 885	4 065	-180	-4,4 %	10 788	11 514	-726	-6,3 %	10 788	9 540	1 248	13,1 %
Antall polikliniske konsultasjoner BAR	852	859	-7	-0,8 %	2 621	2 533	88	3,5 %	2 621	1 573	1 048	66,6 %
TSB												
Antall utskrevne pasienter døgnbehandling	209	212	-3	-1,4 %	545	583	-38	-6,5 %	545	574	-29	-5,1 %
Antall liggedøgn døgnbehandling	2 303	2 189	114	5,2 %	6 549	6 362	187	2,9 %	6 549	6 323	226	3,6 %
Antall polikliniske konsultasjoner	2 307	2 437	-130	-5,3 %	6 792	7 043	-251	-3,6 %	6 792	5 989	803	13,4 %

2.1 Aktivitet radiologi per modalitet

Vektete aktivitetstall

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

	Vekter (NCRP-vekt)	Mnd 2018	Mnd 2019	HiÅ 2018	HiÅ 2019	%-vis endring 2018-2019 Mnd	%-vis endring 2018-2019 HiÅ
Modalitet		H	H	H	H	H	H
Angio	25,8	6 347	7 869	19 634	22 678	24,0 %	15,5 %
CT	9,9	54 430	61 291	170 161	180 249	12,6 %	5,9 %
MG	18,3	5 984	8 253	20 642	23 882	37,9 %	15,7 %
MR	17,1	47 743	55 472	146 598	159 235	16,2 %	8,6 %
NM	12,3	6 138	6 248	20 418	19 803	1,8 %	-3,0 %
PET	37,1	16 510	18 105	47 340	55 131	9,7 %	16,5 %
RG	1	14 045	14 663	44 037	43 789	4,4 %	-0,6 %
UL	1,9	6 240	6 684	19 236	19 692	7,1 %	2,4 %
MG - screen	18,3	34 880	35 795	115 802	118 291	2,6 %	2,1 %
TS	1	2 681	2 938	8 313	8 585	9,6 %	3,3 %
Totalt		194 997	217 319	612 181	651 335	11,4 %	6,4 %

H - henvisninger, MG - mammografi, NM - nukleærmedisin, RG - konvensjonell røntgen, TS - tilsendte undersøkelser

Mer informasjon finnes i LISet under rapportmeny OUS RIS

2.1 Intensivaktivitet

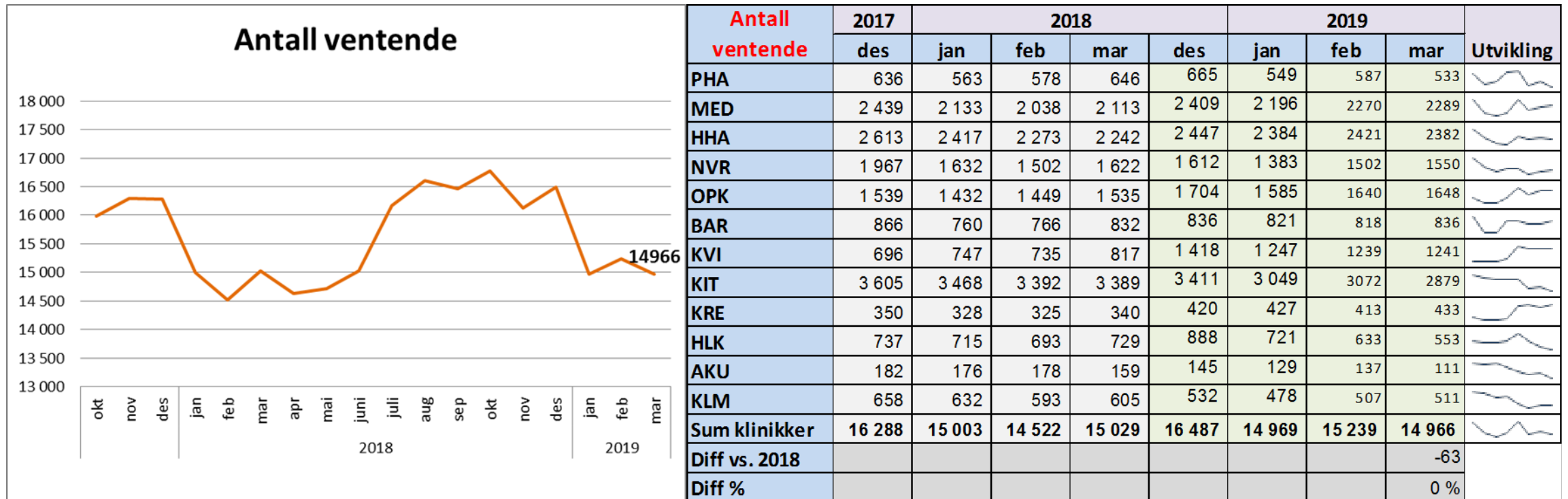
Aktivitet	Mar 2019	Akkumulert Mar 2019	Mar 2018	Akkumulert Mar 2018	Endring 2018-2019	Endring i %
Antall intensivpasienter						
AKU	315	909	284	877	32	3,6 %
BAR	67	224	85	224	0	0,0 %
MED	81	235	83	226	9	4,0 %
Antall intensivdøgn						
AKU	1 395	4 149	1 330	3 661	488	13,3 %
BAR	598	1 988	931	2 523	-535	-21,2 %
MED	366	1 091	309	914	177	19,4 %
Antall respiratordøgn						
AKU	707	2 242	717	1 927	315	16,3 %
BAR	363	1 170	618	1 802	-632	-35,1 %
MED	106	442	159	472	-30	-6,4 %

Merknad: Rapporteringsgrunnlaget er under utvikling får å kunne inkludere aktivitet også på intensivheter i andre klinikker.

2.1 Aktivitet PO/Intensiv (Akuttklinikken)

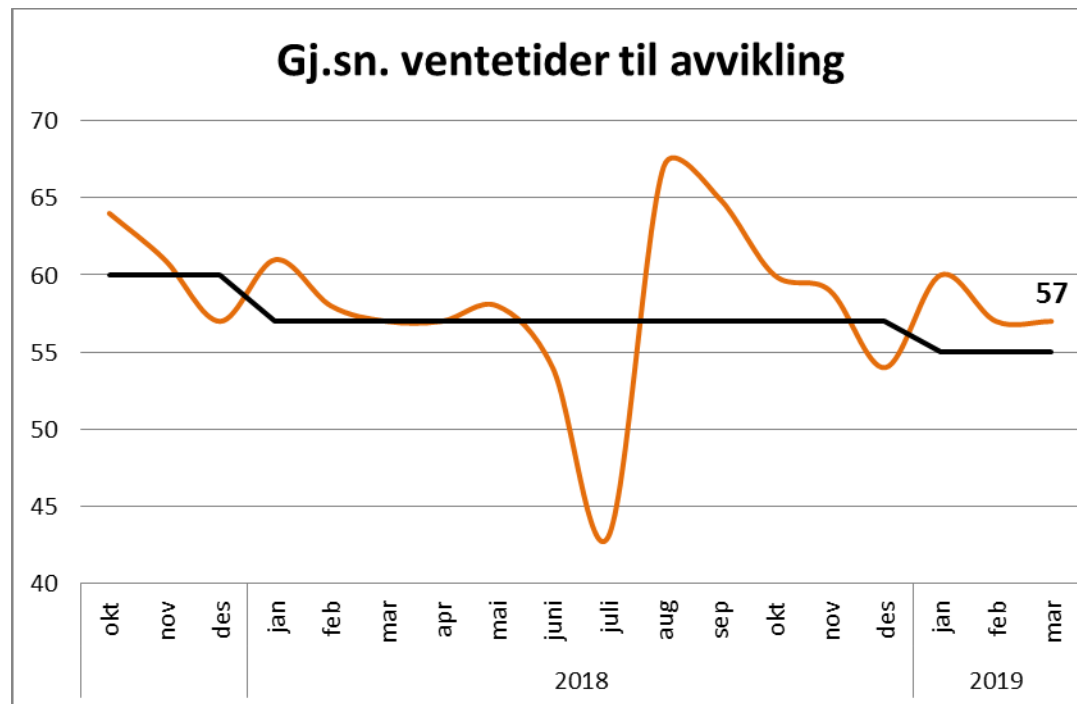
Aktivitet	Mar 2019	Akkumulert Mar 2019	Mar 2018	Akkumulert Mar 2018	Endring 2018-2019	Endring i %
Antall PO-pasienter AKU						
Barneintensiv, RH	50	146	50	126	20	15,9 %
Barneintensiv US	48	121	35	93	28	30,1 %
Generell Intensiv US	11	25	27	68	-43	-63,2 %
Generell int 1, RH	24	74	31	82	-8	-9,8 %
Generell int 2, RH	20	78	26	98	-20	-20,4 %
Nevrointensiv, Ullevål	14	33	7	46	-13	-28,3 %
PO, Aker	530	1 588	443	1 417	171	12,1 %
PO, Radium	265	797	252	781	16	2,0 %
PO, RH	1 022	2 934	822	2 737	197	7,2 %
PO, Ullevål	415	1 183	381	1 189	-6	-0,5 %
Sum antall PO-pasienter AKU	2 399	6 979	2 074	6 637	342	5,2 %
Liggedøgn PO-pasienter AKU						
Barneintensiv, RH	11	36	11	32	4	12,5 %
Barneintensiv US	12	33	9	29	4	13,8 %
Generell Intensiv US	4	10	10	27	-17	-63,0 %
Generell int 1, RH	9	26	6	24	2	8,3 %
Generell int 2, RH	4	14	5	24	-10	-41,7 %
Nevrointensiv, Ullevål	7	19	3	23	-4	-17,4 %
PO, Aker	86	260	75	240	20	8,3 %
PO, Radium	60	168	52	170	-2	-1,2 %
PO, RH	116	339	90	301	38	12,6 %
PO, Ullevål	110	315	111	337	-22	-6,5 %
Sum antall liggedøgn PO-pasienter AKU	419	1 220	372	1 207	13	1,1 %

2.2 Ventelisteutvikling – antall ventende



Antall ventende = ikke avviklede henvisningsperioder

2.2 Gjennomsnittlige ventetider til avvikling

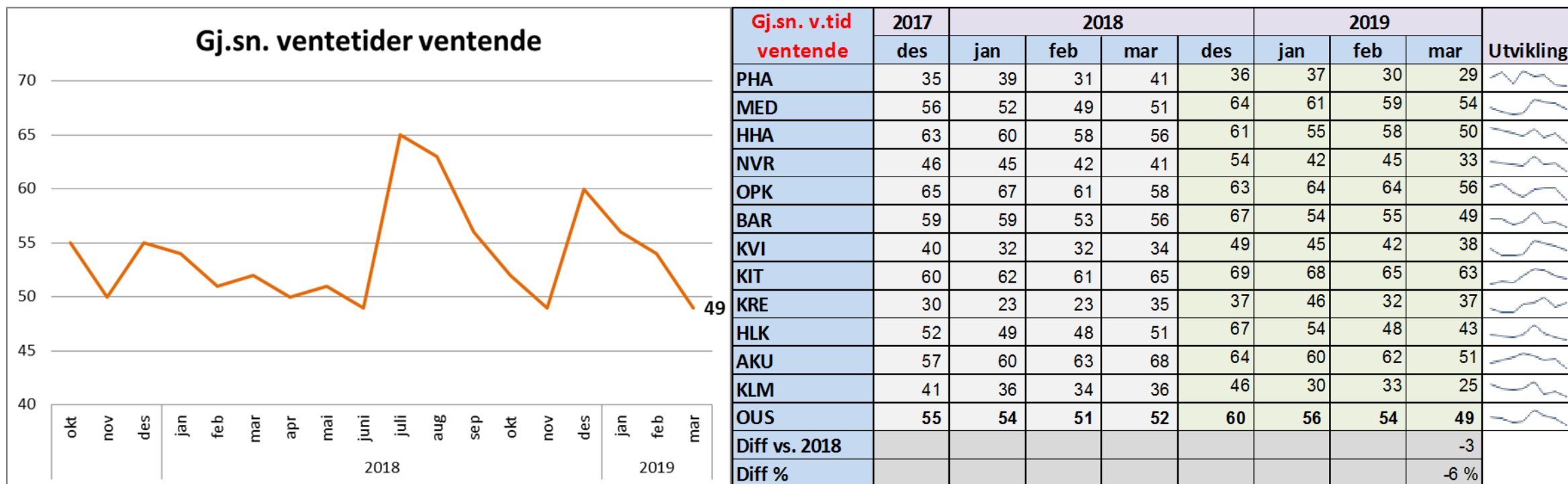


Gj.sn. v.tid til avvikling	2017	2018			2019			Utvikling	
	des	jan	feb	mar	des	jan	feb		mar
PHA	42	49	43	43	40	45	42	37	
MED	56	74	62	57	55	68	65	64	
HHA	64	66	64	65	49	57	60	58	
NVR	57	58	59	54	63	54	50	52	
OPK	80	70	83	72	73	70	78	78	
BAR	60	71	64	57	53	77	66	71	
KVI	41	46	38	35	41	45	40	41	
KIT	67	64	67	69	64	74	76	70	
KRE	27	28	27	28	27	40	27	35	
HLK	66	65	58	59	93	77	68	53	
AKU	77	73	73	101	82	88	75	94	
KLM	32	39	37	34	29	29	29	30	
OUS	57	61	58	57	54	60	57	57	
Diff vs. 2018								0	
Diff %								0 %	

Gjennomsnittlig ventetid er oppgitt i dager.

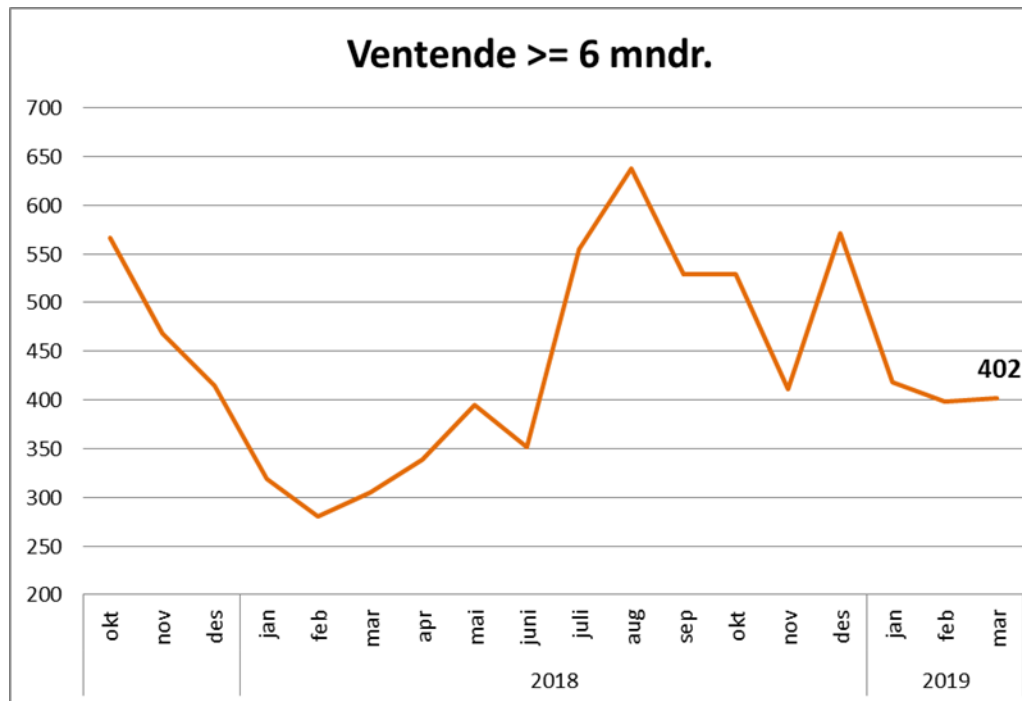
For 2019 er det et nasjonalt mål at gjennomsnittlig ventetid til avvikling skal reduseres til under 55 dager. I Helse Sør-Øst skal gjennomsnittlig ventetid til avvikling være under 40 dager for psykisk helsevern og under 35 dager for tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

2.2 Gjennomsnittlige ventetider ventende



Gjennomsnittlig ventetid er oppgitt i dager.

2.2 Langtidsventende (≥ 6 mnd)



Antall ventet ≥ 6 mnd	2017	2018				2019			Utvikling	Herav ≥ 1 år
	des	jan	feb	mar	des	jan	feb	mar		
PHA	1	2	5	3	3	2	2	1		0
MED	30	34	15	16	112	82	84	94		2
HHA	110	79	62	54	95	49	55	54		6
NVR	12	11	15	11	16	4	10	6		0
OPK	61	24	36	33	35	33	29	36		1
BAR	45	35	27	31	48	29	25	20		0
KVI	4	4	3	2	14	9	7	7		0
KIT	118	84	84	102	206	177	161	165		12
KRE	-	5	5	6	7	10	8	7		3
HLK	9	13	15	15	20	13	6	9		0
AKU	7	7	5	6	3	1	1	0		0
KLM	2	8	7	7	12	9	10	3		0
Sum	399	306	279	286	571	418	398	402		24
Diff vs. 2018								116		
Diff %								41 %		

2.3 Fristbrudd

Fristbrudd ordinært avviklede	2017	2018				2019				Utvikling	Fristbrudd ventende	2017	2018				2019				Utvikling		
	Antall	Antall				Antall						Andel	antall	antall				Antall				Andel	
	des	jan	feb	mar	des	jan	feb	mar	mar			des	jan	feb	mar	des	jan	feb	mar	mar			
PHA	2	1	1	1	3	4	6	5	1,4%		PHA	-	-	1	7	2	4	-	4	0,8%			
MED	1	1	1	2	4	9	13	5	0,5%		MED	1	-	5	5	9	2	1	1	0%			
HHA	2	4	4	7	5	14	9	4	0,3%		HHA	3	2	2	11	6	3	5	4	0,2%			
NVR	6	7	1	4	1	1	-	5	0,6%		NVR	4	4	4	5	-	-	9	1	0,1%			
OPK	1	2	1	3	-	1	-	1	0,1%		OPK	3	4	-	4	-	3	4	3	0,2%			
BAR	5	25	18	10	-	28	25	26	6,3%		BAR	31	26	15	13	9	10	21	13	1,6%			
KVI	7	4	3	-	5	17	9	16	1,7%		KVI	-	-	-	-	12	7	-	-	0%			
KIT	17	35	29	26	18	61	58	40	2,8%		KIT	37	13	26	43	62	53	27	29	1%			
KRE	3	6	4	5	7	4	3	2	0,4%		KRE	12	-	3	10	1	9	5	7	1,6%			
HLK	5	4	4	6	1	2	5	4	0,9%		HLK	4	4	2	5	5	2	5	8	1,4%			
AKU	-	-	-	1	-	-	-	-	0%		AKU	-	-	-	-	-	-	-	-	0%			
KLM	-	-	-	-	-	-	-	1	0,2%		KLM	-	-	1	-	-	-	-	-	0%			
Sum	49	89	66	65	44	141	131	109	1,3%		Sum	95	53	59	103	106	93	77	70	0,5%			
Endr fra 2018								44			Endr fra 2018									-33			
Endr i %								68 %			Endr i %									-32 %			

Fristbrudd avviklede: Frist var overskredet på tidspunkt for avvikling.

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

2.4 Pakkeforløp

OF4 Pasienter som har hele forløpet i OUS (HF1)

Forløp	Mnd	2019		2018		2017	
		%	N	%	N	%	N
Alle forløp	Jan	49	315	52	326	68	328
Alle forløp	Feb	66	322	69	253	71	315
Alle forløp	Mars	69	293	65	299	66	362
Alle forløp	Apr			50	309	65	264
Alle forløp	Mai			59	332	59	325
Alle forløp	Jun			56	332	56	333
Alle forløp	Jul			64	274	61	279
Alle forløp	Aug			47	300	45	295
Alle forløp	Sept			64	298	69	298
Alle forløp	Okt			58	296	66	299
Alle forløp	Nov			60	312	66	317
Alle forløp	Des			65	242	74	289
Alle forløp	Total	61	930	59	3573	64	3704

OF4 Pasienter som har hele forløpet i OUS (HF1)

Forløp	Mnd	2019		2018		2017	
		%	N	%	N	%	N
Akutt leukem	Total	100	7	94	51	98	42
Galleveis	Total	100	6	62	21	86	36
Kreft hos barn	Total	100	14	88	76	83	64
Nevroendokr	Total	100	4	94	18	84	38
Spiserør og m	Total	100	1	89	54	82	57
Blære	Total	85	53	74	147	82	119
Føflekk	Total	83	103	75	366	86	326
Tykk- og ende	Total	80	35	73	165	67	181
Myelomatose	Total	75	2	79	14	64	11
Penis	Total	75	4	100	3	89	9
Hjerne	Total	74	23	89	85	87	77
Sarkom	Total	73	30	75	102	76	108
Testikkel	Total	71	17	60	92	83	114
Alle forløp	Total	61	930	59	3573	64	3704
Brystkreft	Total	60	134	49	409	63	438
Lunge	Total	60	55	59	186	63	176
Eggstokk	Total	58	24	41	80	58	99
Lymfom	Total	56	43	73	143	76	165
Livmorhals	Total	53	15	58	81	75	65
Hode-hals	Total	52	125	50	542	58	524
Skjoldbruskkj	Total	50	16	46	56	75	51
Bukspyttkjert	Total	43	7	62	46	62	60
Livmor	Total	42	36	38	97	45	126
Prostata	Total	42	156	44	660	40	708
Primær lever	Total	33	3	22	18	47	38
Nyre	Total	13	15	48	60	59	68
KLL	Total			90	10	100	4

Merknad: Tabellene viser andel pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstid, målt fra start pakkeforløp til start behandling (OF4) for pasienter som har hele forløpet ved OUS.

3.1 Økonomisk resultat

Tall i hele 1000 kr	Budsjett 2019	Mars				Hittil i 2019			
		Resultat	Budsjett	Avvik budsjett	Avvik i %	Resultat	Budsjett	Avvik budsjett	Avvik i %
Basisramme	11 907 034	994 298	994 298	0	0,0 %	3 029 991	3 029 991	0	0,0 %
Aktivitetsbaserte inntekter	9 169 683	838 201	820 066	18 135	2,2 %	2 406 768	2 396 957	9 811	0,4 %
Andre inntekter	3 053 205	280 346	264 273	16 074	6,1 %	758 036	781 783	-23 747	-3,0 %
Sum driftsinntekter	24 129 922	2 112 845	2 078 637	34 209	1,6 %	6 194 794	6 208 730	-13 936	-0,2 %
Lønn -og innleiekostnader	16 477 266	1 459 105	1 419 916	-39 189	-2,8 %	4 342 455	4 257 102	-85 353	-2,0 %
Kjøp av helsejenester	526 057	58 573	44 382	-14 191	-32,0 %	144 736	132 026	-12 710	-9,6 %
Varekostnader mv	2 736 627	248 906	240 189	-8 716	-3,6 %	695 761	701 760	5 999	0,9 %
Andre driftskostnader	4 214 351	354 229	359 817	5 588	1,6 %	1 047 316	1 074 153	26 837	2,5 %
Sum driftskostnader	23 954 301	2 120 812	2 064 304	-56 508	-2,7 %	6 230 268	6 165 041	-65 226	-1,1 %
Driftsresultat	175 621	-7 967	14 333	-22 300	-1,1 %	-35 473	43 689	-79 162	-1,3 %
Netto finans	24 379	3 770	2 333	1 437	61,6 %	10 475	6 311	4 164	66,0 %
Resultat OUS	200 000	-4 197	16 666	-20 863	-1,0 %	-24 998	50 000	-74 998	-1,2 %
Endrede pensjonskostnader	0	-22 360	0	-22 360		-66 958	0	-66 958	
Resultat justert for endret pensj.kost	200 000	18 163	16 666	1 497	0,1 %	41 960	50 000	-8 040	-0,1 %

3.1 Økonomisk resultat – eksklusiv avvik øremerkede midler

Tall i MNOK	Budsjett 2019	Hittil i 2019		Kommentarer til avvik justert for avvik ØM og pensjon
		Rapportert avvik	Justert avvik	
Basisramme	11 907	0	-	i/a
Aktivitetsbaserte inntekter	9 170	10	11	Høyere gjestepasientinntekter innenfor laboratorieområdet enn lagt til grunn i budsjettet.
Andre inntekter	3 053	-24	-17	Mindre omfang av viderefakturering medikamenter, mindre omfang av judisielle observasjoner PHA sfa redusert kapasitet, overført RSKI til HSØ samt små avvik i flere klinikker.
Sum driftsinntekter	24 130	-14	-6	
Lønn- og innleiekostnader	16 477	-85	-16	Høyere lønnskostnader enn budsjettet i flere av klinikkene.
Kjøp av helse tjenester	526	-13	-4	Om lag som budsjettet.
Varekostnader mv	2 737	6	-0	Om lag som budsjettet.
Andre driftskostnader	4 214	27	14	Avskrivningskostnadene er lavere enn budsjettet. Flere små avvik i mange klinikker. Høye energikostnader.
Sum driftskostnader	23 954	-65	-6	
Driftsresultat	176	-79	-12	
Netto finans	24	4	4	Positivt bidrag fra datterselskapene på 1,7 mnok.
Resultat OUS	200	-75	-8	Justert avvik er korrigert for økte pensjonskostnader med 67 mnok.
Endrede pensjonskostnader		-67	-0	
Resultat justert for endret pe	200	-8	-8	

3.1 Kommentarer til resultat per ØBAK-linje

Art_ØBAK	Resultat	Budsjett	Avvik	Kommentarer til de største avvikene
Basisramme	3 009 024	3 009 024	0	Inntektsført som budsjett.
Kvalitetsbasert finansiering	20 967	20 967	0	Inntektsført som budsjett.
ISF-refusjon dag- og døgnbehandling	1 040 952	1 063 162	-22 210	De totale ISF-inntektene er om lag 1 mnok lavere enn budsjettet per mars. Innen somatikken er reell aktivitet noe lavere enn budsjettet for enkelte klinikker, men kompenseres av positiv effekt av ISF-regelverk/væker for 2019, slik at antall rapporterte ISF-poeng er om lag som budsjettet (+ 0,2 %). Innen PHA er det et negativt avvik som skyldes lavere aktivitet/konsultasjoner enn forutsatt i budsjett på BUP og TSB.
ISF somatisk poliklinisk aktivitet	255 338	232 981	22 357	
ISF-refusjon fritt behandlingsvalg	0	0	0	
ISF refusjon poliklinisk PVH/TSB	23 267	24 722	-1 455	
ISF-refusjon pasientadministrerte legemidler	29 360	29 361	-1	
Utskrivningsklare pasienter	4 678	6 134	-1 456	Antall utskrivningsklare pasienter er noe lavere enn forventet, derfor også noe lavere inntekt. Gjelder i hovedsak PHA.
Gjestepasienter	200 020	199 122	898	Det er et positivt avvik på om lag 2,5 mnok for somatikken, mens det er negative avvik på PHA, samt salg av kurdøgn ved SSE. Totalt gir dette et positivt avvik på om lag 1 mnok på salg av gjestepasienter til andre regioner.
Salg av konserninterne helsetjenester	701 845	696 494	5 351	Salg av helsetjenester til andre i egen region er om lag 5 mnok høyere enn budsjettet per mars. Det er negativt avvik på døgnbehandling innen somatikken (13 mnok), mens det er positivt avvik på lab/rtg (13 mnok) og salg av kurdøgn (2 mnok). Innen PHA og TSB er det også et lite positivt avvik (1,5 mnok). Det er også et positivt avvik knyttet til viderefakturering av Spinraza til andre foretak i regionen.
Polikliniske inntekter	151 307	144 981	6 326	Polikliniske inntekter er om lag 6 mnok høyere enn budsjettet per mars. Dette kan i all hovedsak relateres til lab/rtg.
Andre øremerkede tilskudd	392 758	417 598	-24 840	Inntektene føres i takt med faktisk forbruk (kostnadene).
Andre driftsinntekter	365 278	364 184	1 094	Flere små, både positive og negative avvik, gjør at andre driftsinntekter er om lag i balanse per mars.
Sum driftsinntekter	6 194 794	6 208 730	-13 936	
Kjøp av off helsetjenester	19 780	11 874	-7 906	Det er et positivt avvik på om lag 3 mnok som gjelder kjøp av dag- og døgnbehandling fra andre regioner, mens det er et negativt avvik knyttet til kjøpe av laboratorietjenester på om lag 7 mnok. I tillegg er det flere små negative avvik som totalt gir et negativt avvik på 8 mnok.
Kjøp av private helsetjenester	103 991	98 766	-5 225	Det negative aviket gjelder i hovedsak kjøp av tjenester fra apotek, samt kjøp av lab.tjenester (bl.a. knyttet til stamcellebehandling).
Varekostnader	695 761	701 760	5 999	Det positive aviket gjelder i stor grad lavere medikamentkostnader enn budsjettet. Dette kan knyttes til lavere aktivitet enn forutsatt i enkelte klinikker.
Innleid arbeidskraft	54 190	39 223	-14 968	Innleiekostnadene er om lag 15 mnok høyere enn budsjettet. Det er spesielt høye kostnader ved PHA, Barnemedisinsk avdeling og Kardiologisk avdeling. Totalt er innleiekostnadene om lag 6 % høyere enn på samme tid i fjor.
Kjøp av konserninterne helsetjenester	20 965	21 387	421	Kostnader til kjøp av konserninterne helsetjenester er om lag som budsjettet.
Lønn til fast ansatte	3 066 214	3 062 404	-3 810	De samlede lønnskostnadene er om lag 70 mnok høyere enn budsjettet. I dette aviket inngår 67 mnok i høyere pensjonskostnader enn forutsatt i budsjettet. Aviket eksl. pensjonseffekt er således negativt med 3 mnok. Lønnsrefusjonene er høyere enn budsjettet, men må sees i sammenheng med negativt avvik på innleie og variabel lønn.
Overtid og ekstrahjelp	332 684	301 913	-30 772	
Pensjon	563 756	496 798	-66 958	
Off tilskudd og ref vedr arbeidskraft	-213 414	-183 982	29 432	
Annen lønn	539 024	540 747	1 723	
Avskrivninger	231 584	239 300	7 716	Avskrivninger henger sammen med fremdrift i investeringer.
Nedskrivninger	0	0	0	
Andre driftskostnader	815 733	834 853	19 120	Det er per mars høyere energikostnader enn budsjettet, mens noe lavere IKT-kostnader enn forutsatt bidrar positivt. Kostnader på prosjekter med øremerket finansiering har et positivt avvik på om lag 12 mnok. I tillegg er det flere små positive avvik på flere poster som totalt gir et positivt avvik på om lag 19 mnok.
Sum driftskostnader	6 230 268	6 165 041	-65 226	
Finansinntekter	-24 398	-22 066	2 332	Det er et positivt avvik på finansinntektene som i all hovedsak kommer som følge av lavere trekk på driftskreditt gjennom perioden, samt positivt bidrag fra datterselskapene (0,5 mnok). Positivt avvik på finanskostnadene har sammenheng med noe lavere rentesats enn forutsatt i budsjettet.
Finanskostnader	13 923	15 755	1 832	
Netto finans	-10 475	-6 311	4 164	
TOTALT	-24 998	50 000	-74 998	
AVVIK JUSTERT FOR MERKOSTNAD			-8 040	

3.2 Økonomisk resultat – per klinikk

Rapportering Mars 2019 tall i hele 1000 kr	Mars				Hittil i år			
Økonomisk resultat	Resultat	Budsjett	Avvik	Avvik i %	Resultat	Budsjett	Avvik	Avvik i %
Klinikk psykisk helse og avhengighet	1 462	0	1 462	0,8 %	2 272	0	2 272	0,4 %
Medisinsk klinikk	-1 764	-25	-1 740	-1,5 %	-10 310	-81	-10 228	-2,9 %
Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi	-3 494	0	-3 494	-4,6 %	-16 543	0	-16 543	-7,3 %
Nevroklubnikken	-9 562	0	-9 562	-10,0 %	-14 877	0	-14 877	-5,4 %
Ortopedisk klinikk	-3 426	0	-3 426	-5,5 %	-26 037	0	-26 037	-13,9 %
Barne- og ungdomsklubnikken	-3 981	0	-3 981	-3,6 %	-5 317	0	-5 317	-1,6 %
Kvinnklubnikken	3 370	0	3 370	5,6 %	7 008	0	7 008	4,0 %
Klubnikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon	705	0	705	0,7 %	-5 528	0	-5 528	-1,7 %
Kreftklubnikken	-4 369	-173	-4 196	-2,4 %	-9 514	-553	-8 961	-1,8 %
Hjerte-, lunge- og karklubnikken	5 881	0	5 881	5,1 %	9 772	0	9 772	2,9 %
Akuttklubnikken	-3 399	0	-3 399	-1,9 %	-9 074	0	-9 074	-1,8 %
Prehospital klubnikk	423	0	423	0,4 %	946	0	946	0,4 %
Klubnikk for laboratoriemedisin	15 410	0	15 410	8,7 %	21 753	0	21 753	4,2 %
Klubnikk for radiologi og nuklearmedisin	-592	0	-592	-0,8 %	-822	0	-822	-0,4 %
Oslo sykehusservice	556	0	556	0,2 %	-5 867	0	-5 867	-0,9 %
Direktorens stab	938	0	938	0,6 %	3 528	0	3 528	0,8 %
Fellesposter	-5 120	14 640	-19 760	-14,6 %	26 147	44 736	-18 588	-4,7 %
Konsern	2 765	2 223	542		7 614	5 899	1 715	
Sum OUS	-4 197	16 666	-20 863	-1,0 %	-24 998	50 000	-74 998	-1,2 %
Sum OUS justert for endret pensj.kostnad	18 163	16 666	1 497	0,1 %	41 960	50 000	-8 040	-0,1 %

3.2 Kommentarer til klinikkens resultater

Klinikk	Avvik i mill kr	Overordnet beskrivelse av avvik
Klinikk psykisk helse og avhengighet	2	Klinikken har lavere aktivitetsbaserte inntekter enn budsjettert, bla som følge av lavere aktivitet og færre utskrivingsklare pasienter enn forutsatt. Klinikken driftskostnader er 8 mnok lavere enn budsjettert. Dette skyldes bla et positivt avvik på lønnsområdet som følge av vakante stillinger og at nyopprettede stillinger for 2019 ikke er besatt.
Medisinsk klinikk	-10	Klinikken har noe lavere aktivitet enn plan. Dette gir et negativt inntektsavvik på 3,2 mnok. Klinikken har samtidig 7 mnok høyere kostnader enn budsjettert hvorav 4,7 mnok er knyttet til lønn og 2 mnok gjelder økning i andre driftskostnader, blant annet vaktkostnader for voldelige pasienter, tolketjeneste og innleie av administrativt personell grunnet sykefravær.
Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi	-17	Klinikken har lavere aktivitet enn plan som gir en negativt inntektsavvik på 9,9 mnok. Dette gjelder i hovedsak Plastikkirurgisk avdeling og ØNH-avdelingen. Klinikken har 8 mnok høyere lønnskostnader enn budsjettert.
Nevroklinikken	-15	Det negative avviket hittil i år skyldes i hovedsak lavere DRG-aktivitet enn plan, samt manglende tiltak på reduksjon av lønnsutgifter.
Ortopedisk klinikk	-26	Klinikken har gjennomført færre operasjoner enn planlagt ved Rikshospitalet og Aker, blant annet som følge av begrenset tilgang til anesthesi- og operasjonssykepleiere. Den polikliniske aktiviteten ved Legevakten i Storgata er også lavere enn budsjettert. Aktivitetsavviket gir et negativt inntektsavvik på 18 mnok. Klinikken har 8 mnok høyere kostnader enn budsjettert. Dette gjelder både lønns- og varekostnader.
Barne- og ungdomsklinikken	-5	Klinikken har hatt en stor aktivitetsvekst på flere områder og inntektene er 3,9 mnok høyere enn budsjettert. Klinikken har høyere lønns- og innleiekostnader enn budsjettert som følge av høy aktivitet.
Kvinneklinikken	7	Klinikkens gode resultatet er først og fremst knyttet til økt DRG-indeks hos føden (bedre koding og mer komplekse pasienter) og høyere labinntekter enn budsjettert hos reproduksjonsmedisinsk avdeling. På kostnadssiden har klinikken et tilhørende negativt avvik på innleie og variabel lønn, først og fremst knyttet til barsel på Rikshospitalet.
Klinikk for kirurgi, inflammasjons-medisin og transplantasjon	-6	Klinikkens DRG-aktivitet er 1% foran plan. Dette gir et positivt inntektsavvik. Høy aktivitet gir høyere kostnader knyttet til blodprodukter, høyere lønnskostnader samt at andre driftskostnader også er høyere enn budsjettert.
Kreftklinikken	-9	Inntektene er lavere enn budsjettert så langt i år fordi aktiviteten, målt som DRG, er under budsjettert nivå. På kostnadssiden er medikamentkostnadene og kostnadene til søk og henting av stamceller høyere enn budsjettert, spesielt i mars.
Hjerte-, lunge- og karklinikken	10	Klinikken har høyere DRG-aktivitet enn plan og et positivt inntektsavvik på 14,6 mnok. Høy aktivitet gir høyere varekostnader enn budsjettert. Det er også noe høyere kostnader til lønn og innleie enn budsjettert. Samlet er utgiftene 4,8 mnok høyere enn budsjettert.
Akuttklinikken	-9	Klinikken har et negativt resultat som i hovedsak skyldes merforbruk på varekostnader og personalkostnader.
Prehospital klinikk	1	Klinikken er om lag i balanse. Arbeid med vridning fra variabel lønnskostnader til fast lønn har gitt ønsket effekt for ambulansområdet.
Klinikk for laboratoriemedisin	22	Klinikken har høyere inntekter enn budsjettert, hovedsakelig knyttet til nytt poliklinisk gjestepasientoppfølging. Det er også høyere inntekter fra kliniske studier mv.
Klinikk for radiologi og nukleærmedisin	-1	Samlet sett har klinikken et mindre underskudd. Årsaken er sammensatt. Det er størst merforbruk på lønnsområdet.
Oslo sykehusservice	-6	Klinikkens negative avvik skyldes i hovedsak merkostnader knyttet til energi på 6,5 mnok.
Stab	4	Avviket knyttet til IKT-området er 0,3 mnok mens øvrig stab har et mindreforbruk på om lag 3,3 mnok. Dette skyldes i stor grad lavere lønnskostnader enn budsjettert.
Fellesposter / konsern mv	-17	Økte pensjonskostnader er bokført på fellesposter med 67 mnok. Budsjettert reserve, merinntekter knyttet til groupereffekt mv gir isolert sett et positivt avvik.
Samlet avvik	-75	
Avvik justert for endrede pensjonskostnader	-8	

3.2 Gjennomføring av tiltak

KLINIKK (tall i 1000 kr)	Budsjett tiltak per Mars	Effekt tiltak per Mars	Gjennomførings- % tiltak pr Mars	Årsbudsjett tiltak	Årsprognose tiltak	Gjennomførings- % tiltak årsprognose
PHA	2 741	2 741	100 %	16 601	16 601	100 %
MED	7 755	4 432	57 %	31 021	18 998	61 %
HHA	3 375	1 600	47 %	13 500	8 500	63 %
NVR	2 119	1 599	75 %	12 490	8 155	65 %
OPK	1 162	178	15 %	9 380	8 136	87 %
BAR	5 999	5 198	87 %	27 600	20 700	75 %
KVI	822	740	90 %	4 870	4 630	95 %
KIT	1 250	623	50 %	11 400	4 533	40 %
KRE	2 869	4 847	169 %	14 821	11 865	80 %
HLK	6 952	5 545	80 %	27 846	27 846	100 %
AKU	7 176	3 193	44 %	31 560	24 034	76 %
PRE	3 749	3 123	83 %	15 900	14 100	89 %
KLM	8 734	5 524	63 %	34 935	33 935	97 %
KRN	728	561	77 %	5 410	3 161	58 %
OSS	12 546	10 047	80 %	50 160	44 660	89 %
SUM	67 976	49 950	73 %	307 493	249 854	81 %

3.3 Investeringer

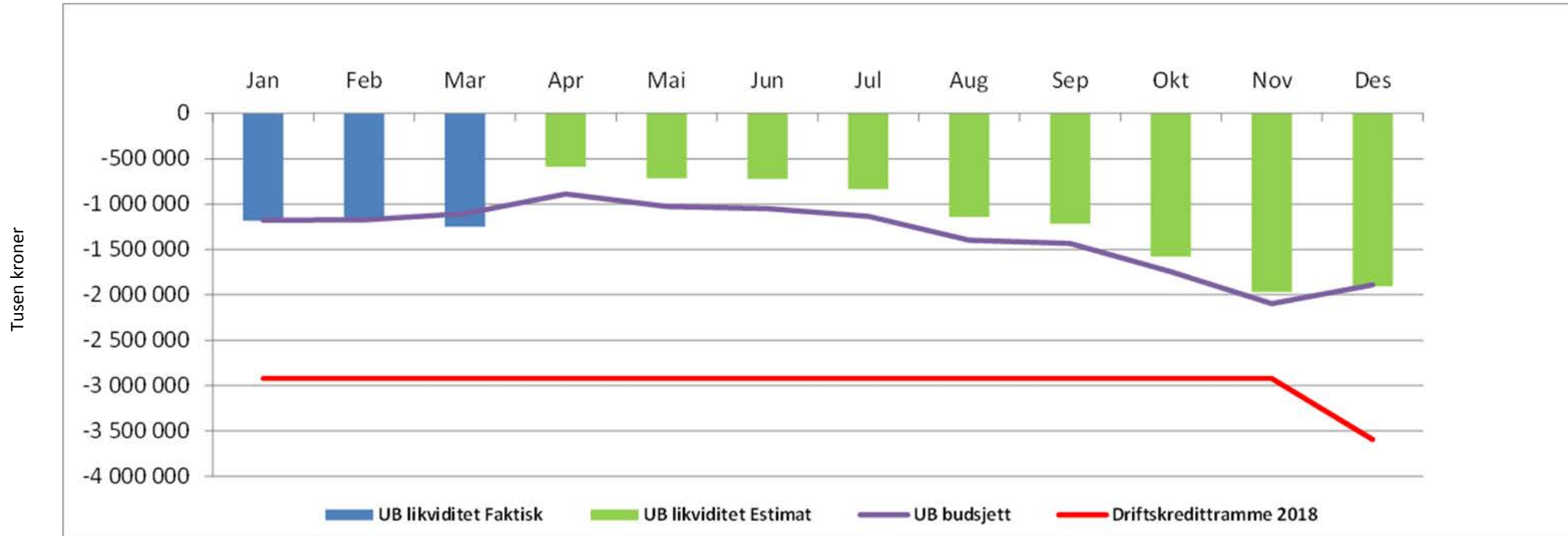
		Planlagt gjennomføring i 2019	Planlagt gjennomføring hiå.	Bokførte investeringer hiå.	Avvik hiå.	Prognose gjennomføring 2019	Endring i ft. planlagt gjennomføring 2019
<i>(Beløp i millioner kroner)</i>							
Investeringer	MTU	471	55	46	-9	505	34
	Bygg	761	223	83	-140	802	41
	Annet	100	29	21	-8	92	-7
	Sum investeringer i bygg og utstyr	1 332	307	150	-158	1 399	68
	Egenkapital pensjon	65	0	0	0	65	0
	IKT ²⁾	83	21	5	-16	83	0
	SUM	1 480	328	155	-174	1 547	68
Finansiering	Ordinær likviditet	338	111	32	-79	338	0
	Driftsresultat	527	109	54	-55	543	16
	Fordring på HSØ RHF	0	0	0	0	56	56
	Lån	189	68	33	-35	190	1
	Øremerkede tilskudd	0	0	0	0	0	0
	Finansiell leie	402	41	36	-4	396	-6
	Annen finansiering	24	0	0	0	24	0
	SUM	1 480	328	155	-174	1 547	68

1) I styremøtet 14. desember 2018 vedtok styret et investeringsbudsjett for 2019 på 1 351 millioner kroner, jmfør styresak 81/2018. I styresak 2/2019 ble styret informert om hva som ble planlagt gjennomført i 2019. Gjennomførte investeringer i 2018 finansiert av investeringsrammen for 2019 kommer til fradrag i 2019. Det vurderes som sannsynlig at det også i 2019 kan det bli nødvendig å igangsette anskaffelser finansiert av neste års ramme og dette er anslått til 50 millioner kroner. Overhenget fra 2018 er estimert til 371 millioner kroner og planlegges gjennomført i 2019. Av investeringsbudsjett for 2019 vedtatt av styret forventes det at anskaffelser for 244 millioner kroner blir regnskapsført etter utgangen av 2019. Tidsforskyvningene innebærer et anslag for gjennomføring i 2019 på 1 480 millioner kroner. Rapportering av gjennomføring av investeringer i 2019 er med referanse til planlagt gjennomføring.

2) Investeringer i IKT regnskapsføres i Sykehuspartner sitt regnskap. Anskaffelsene finansieres ved utbetaling av lån fra Oslo universitetssykehus til Sykehuspartner.

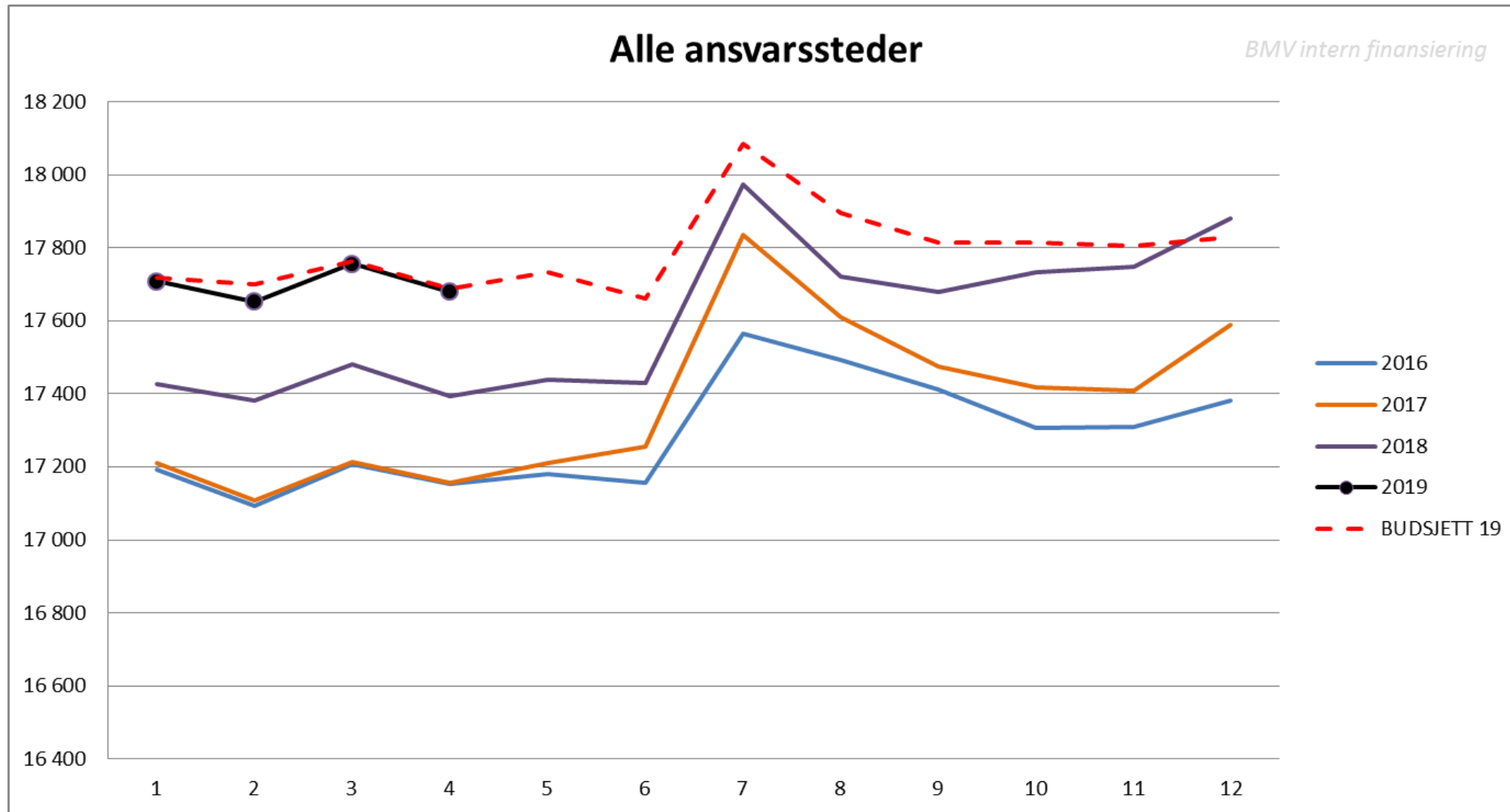
3.3 Likviditet

Utvikling likviditet
(utgående saldo ved periodeslutt)



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

4.1 Bemanningsutvikling (intern finansiering)



4.2 Bemanningsindikatorer

OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF	Denne måned			Hittil i 2019				2019 mot 2018			
	APRIL 2019	Budsjett	Avvik fra budsjett	Pr APRIL	Budsjett	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Δ APRIL 2019 mot APRIL 2018	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor	%-vis endring
Brutto månedsverk, herav:	19 175	19 168	7	19 193	19 199	-6	0,0 %	278	1,5 %	267	1,4 %
- internt finansierte	17 679	17 689	-10	17 699	17 718	-19	-0,1 %	286	1,6 %	278	1,6 %
- eksternt finansierte	1 496	1 479	17	1 494	1 481	13	0,9 %	-8	-0,5 %	-11	-0,7 %
- månedslønnede	18 039	18 181	-142	17 987	18 183	-197	-1,1 %	329	1,9 %	295	1,7 %
- variabelønnede	1 136	987	149	1 206	1 016	191	18,8 %	-51	-4,3 %	-27	-2,2 %
- fast ansatte	15 013			15 007				349	2,4 %	341	2,3 %
- midlertidig ansatte	4 162			4 185				-69	-1,6 %	-72	-1,7 %

4.2 Detalj internt finansierte

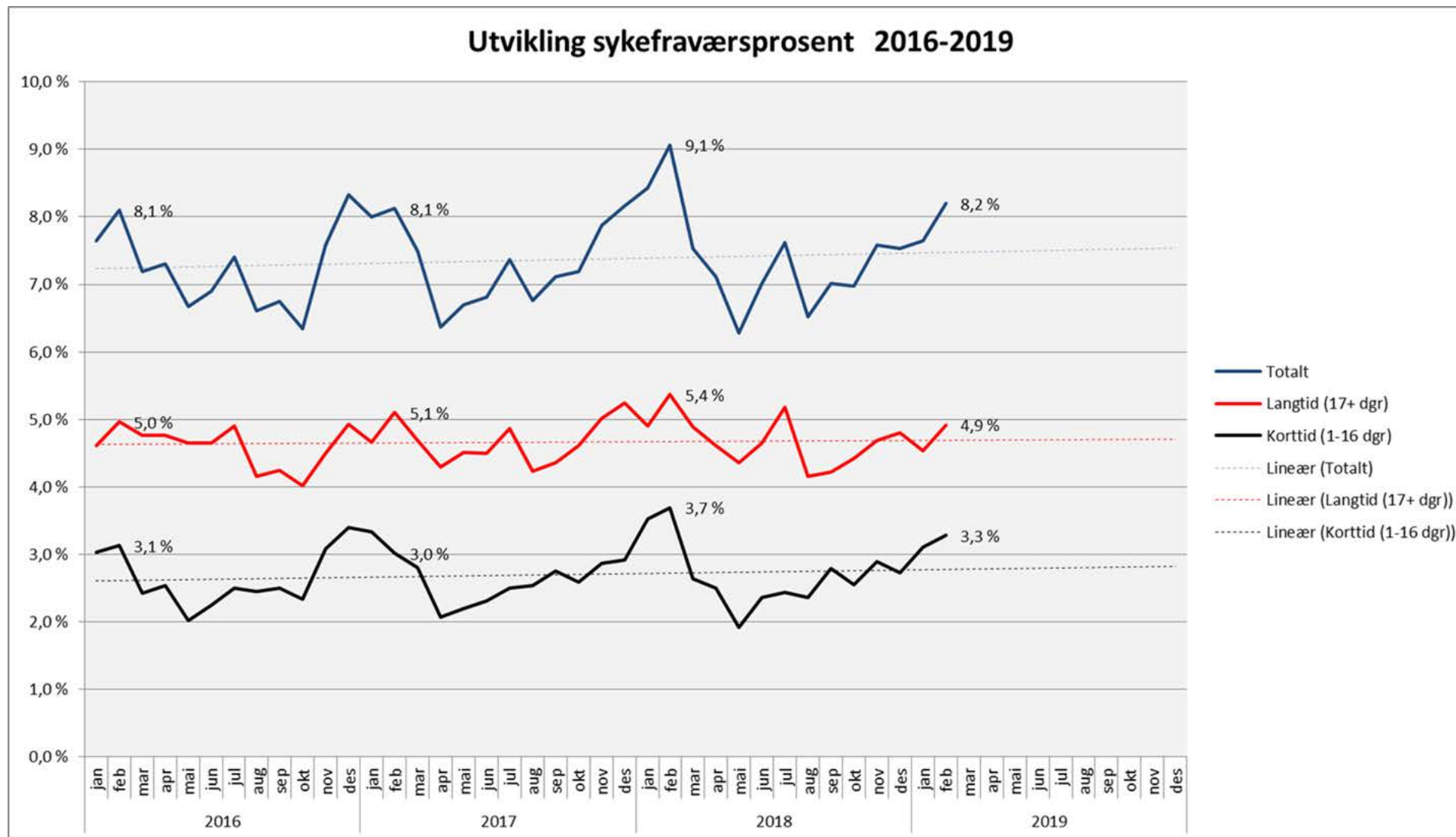
INTERNT FINANSIERTE	Denne måned			Hittil i 2019				2019 mot 2018			
	Funksjonsområde	APRIL 2019	Budsjett	Avvik fra budsjett	Pr APRIL	Budsjett	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Δ APRIL 2019 mot APRIL 2018	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor
Psykisk helse og rus	2 236	2 251	-15	2 239	2 256	-16	-0,7 %	-29	-1,3 %	-13	-0,6 %
Somatiske kliniske klinikker	8 535	8 423	112	8 532	8 431	102	1,2 %	161	1,9 %	164	2,0 %
Medisinske støttefunksjoner	4 855	4 817	38	4 865	4 817	48	1,0 %	167	3,6 %	150	3,2 %
Stab og OSS	2 051	2 098	-47	2 062	2 115	-53	-2,5 %	-14	-0,7 %	-23	-1,1 %
OUS	17 677	17 689	-10	17 699	17 718	-19	0	286	0	278	0

INTERNT FINANSIERTE	Denne måned			Hittil i 2019				2019 mot 2018			
	Klinikk	APRIL 2019	Budsjett	Avvik fra budsjett	Pr APRIL	Budsjett	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Δ APRIL 2019 mot APRIL 2018	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor
AKU	1 837	1 813	24	1 842	1 813	29	1,6 %	44	2,4 %	40	2,2 %
PRE	881	858	23	874	856	18	2,1 %	102	13,1 %	79	9,9 %
PHA	2 236	2 251	-15	2 239	2 256	-16	-0,7 %	-29	-1,3 %	-13	-0,6 %
MED	1 243	1 276	-32	1 264	1 275	-11	-0,8 %	0	0,0 %	22	1,8 %
HLK	878	881	-2	877	880	-3	-0,3 %	22	2,5 %	19	2,3 %
KIT	1 018	981	37	1 017	986	31	3,1 %	24	2,5 %	13	1,3 %
KLM	1 326	1 347	-21	1 338	1 350	-13	-0,9 %	-1	-0,1 %	5	0,3 %
KRE	1 369	1 375	-6	1 369	1 376	-8	-0,6 %	23	1,7 %	25	1,8 %
KRN	812	799	12	811	798	13	1,7 %	22	2,8 %	26	3,3 %
KVI	664	657	7	658	658	0	0,0 %	10	1,5 %	-2	-0,3 %
NVR	968	896	72	957	895	62	6,9 %	20	2,1 %	11	1,1 %
OPK	611	602	9	615	601	14	2,4 %	1	0,2 %	6	1,0 %
HHA	778	770	7	777	770	7	0,8 %	6	0,8 %	10	1,3 %
BAR	1 006	985	21	997	989	9	0,9 %	55	5,8 %	60	6,5 %
OSS	1 849	1 874	-25	1 852	1 891	-39	-2,1 %	-18	-1,0 %	-32	-1,7 %
DST	202	224	-22	210	224	-14	-6,2 %	4	2,2 %	9	4,4 %
OUS	17 679	17 689	-10	17 699	17 718	-19	-0,1 %	286	1,6 %	278	1,6 %

4.2 Månedssverk fordelt på stillingskategorier

Alle ansvarssteder											
Brutto månedssverk ekskl eksternt finansiert	Førrige periode	Denne periode	Hittil 2018	Hittil 2019	2019 mot 2018				Stillingskategoriernes gjennomsnittlige andel		
	MAR 2018	APR 2019	Pr. APR 2018	Pr. APR 2019	Δ APR 2019 mot APR 2018	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor	%-vis endring	Andel 2018	Andel 2019	Relativ endring
(1) Administrasjon/Ledelse	2 881	2 858	2 888	2 876	-40	-1,4 %	-12	-0,4 %	16,6 %	16,2 %	-2,0 %
(2) Pasientrettede stillinger	1 480	1 461	1 484	1 471	-27	-1,8 %	-13	-0,8 %	8,5 %	8,3 %	-2,4 %
(3) Leger	2 626	2 640	2 518	2 612	120	4,8 %	94	3,7 %	14,5 %	14,8 %	2,1 %
(3a) Overleger	1 635	1 646	1 560	1 634	80	5,1 %	74	4,7 %	9,0 %	9,2 %	3,1 %
(3b) LIS-leger	937	942	908	928	32	3,5 %	20	2,2 %	5,2 %	5,2 %	0,6 %
(3c) Turnusleger	-	-	-	-	-	0,0 %	-	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
(4) Psykologer	310	312	298	310	7	2,3 %	12	3,9 %	1,7 %	1,8 %	2,2 %
(5) Sykepleier	6 036	6 014	5 931	6 034	93	1,6 %	103	1,7 %	34,0 %	34,1 %	0,1 %
(6) Helsefagarbeider/hjelpepleier	498	495	503	499	-3	-0,6 %	-5	-0,9 %	2,9 %	2,8 %	-2,5 %
(7) Diagnostisk personell	1 570	1 551	1 469	1 537	87	6,0 %	68	4,6 %	8,4 %	8,7 %	3,0 %
(8) Apotekstillinger	3	3	2	3	0	14,4 %	0	13,4 %	0,0 %	0,0 %	11,6 %
(9) Drifts/teknisk personell	1 378	1 373	1 420	1 393	-37	-2,6 %	-27	-1,9 %	8,2 %	7,9 %	-3,5 %
(10) Ambulansepersonell	620	620	553	614	82	15,3 %	61	11,0 %	3,2 %	3,5 %	9,3 %
(11) Forskning	355	351	355	349	1	0,2 %	-5	-1,5 %	2,0 %	2,0 %	-3,0 %
(99) Ukjente	-	-	0	-	-1	-100,0 %	-0	-100,0 %	0,0 %	0,0 %	-100,0 %
Alle stillingsgrupper	17 757	17 679	17 421	17 699	286	1,6 %	278	1,6 %	100,0 %	100 %	0,0 %

4.3 Sykefravær



4.4 Sykefravær per klinikk

Sykefraværslengde per februar 2019							
Denne periode	Korttid (1-16 dgr)			Langtid (17+ dgr)			Totalt sykefravær i %
	1-3 dager	4-16 dager	Korttid	17-56 dager	> 56 dager	Langtid	
AKU	1,8	1,7	3,5	2,0	2,8	4,7	8,2
PRE	1,6	1,8	3,4	1,4	4,0	5,4	8,8
PHA	1,7	1,5	3,2	1,6	4,3	5,9	9,1
MED	1,7	1,2	2,9	1,6	3,5	5,1	7,9
HLK	1,7	1,6	3,3	1,9	4,2	6,1	9,3
KIT	1,8	1,7	3,4	0,9	2,9	3,8	7,2
KLM	1,7	1,6	3,3	1,3	3,2	4,6	7,9
KRE	1,6	1,6	3,2	1,7	2,6	4,3	7,5
KRN	2,1	1,7	3,8	1,6	2,7	4,3	8,1
KVI	1,6	1,1	2,6	2,1	4,4	6,4	9,1
NVR	1,3	1,6	2,9	1,3	2,6	3,9	6,8
OPK	1,3	1,3	2,7	0,7	2,0	2,7	5,4
HHA	2,1	1,7	3,8	2,5	3,4	5,9	9,7
BAR	1,5	1,4	2,8	1,4	3,5	4,9	7,8
OSS	1,8	2,2	4,0	1,8	3,9	5,7	9,7
DST	0,5	0,9	1,4	0,6	0,9	1,6	3,0
OUS	1,7	1,6	3,3	1,6	3,3	4,9	8,2

Definisjoner årsverksindikatorer

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

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 10. mai 2019

Saksbehandler: Direktør Oslo sykehusservice

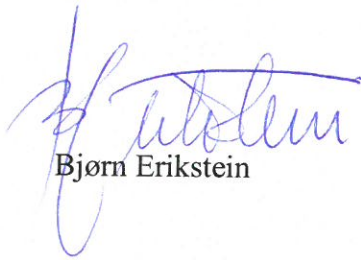
Vedlegg: Del 1 av HMS-årsrapport 2018

**SAK 28/2019 RAPPORT OM HELSE, MILJØ OG
SIKKERHET 2018**

Forslag til vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Oslo, den 3. mai 2019



Bjørn Erikstein

1. Innledning

HMS-årsrapport 2018 er et omfattende dokument som beskriver helseforetakets status innen HMS-området på klinikknivå og foretaksnivå. Dokumentet er lagt ut på foretakets hjemmeside. Del 1 – Overordnet HMS-rapport for Oslo universitetssykehus vil bli presentert i styremøtet.

2. Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

I 2017 la Oslo universitetssykehus om til ny prosess for HMS-årsrapportering med utvidet samarbeid mellom alle HMS-faginstansene, mellom Arbeidsmiljøavdelingen og klinikkene, og med faktabaserte vurderingskriterier. Etter omleggingen bygger rapporten på data fra alle ansatte (ForBedring undersøkelsen) og alle enheter (systematisk og enhetlig HMS-runde) i tillegg til avviksdata og andre kilder, og gir bedret forståelse og deltagelse i eget HMS-arbeid for klinikkene.

Evaluering viser at klinikkene er fornøyde med en strukturert prosess som fører fram til håndfaste handlingsplaner. For sykehusets øverste ledelse gir prosessen og de faktabaserte vurderingskriteriene trygghet for troverdig og tilstrekkelig oversikt over egen HMS-tilstand.

De største arbeidsmiljøutfordringene i Oslo universitetssykehus er fysisk arbeidsmiljø (bygninger), medvirkning og negativt stress, smittevern (manglende bruk av sikkerhetskanyler og manglende enhetlig system for smittemerking), ergonomi og fysisk helse, forebygging av vold og trusler, samt lite enhetlig organisering av HMS på klinikknivå.

Nytt av året er at en arbeidsgruppe med blant annet begge foretaksverneombud, har sammenfattet foretakets HMS-status i *Del 1 – Overordnet HMS-rapport for Oslo universitetssykehus*. Rapporten ble tidligere utarbeidet av Arbeidsmiljøavdelingen alene.

De høyest prioriterte satsningsområdene er lagt fram i Oslo universitetssykehus' ledermøte. De viktigste satsningsområdene og tiltakene for 2019 er:

- Negativt stress: Organisatoriske grep for å redusere negativt stress. Kontinuerlig forbedring, medvirkning, bruk av sykehusets anbefalte verktøy, og god ressursplanlegging
- Systematisk HMS-arbeid: Organisasjonsendring på klinikknivå – lederfunksjon i alle klinikker med ansvar for HMS, pasientsikkerhet og kvalitet
- Ergonomi og fysisk helse: Utdanning av helsemotivatorer i alle enheter, og fortsatt oppmerksomhet om forflytningskompetanse
- *Vold og trusler*: Vurdere PHA systematikk for voldsforebygging i alle klinikker.
- *Smittevern*: Overgang til sikkerhetskanyler som førstevalg i innkjøpssystemene. Sentralt prosjekt for enhetlig smittemerking

3. Faktabeskrivelse

Oppskriften på godt helse, miljø og sikkerhetsarbeid er at hele organisasjonen har en felles forståelse av hva som fører til god helse og sikkerhet for både ansatte og pasienter. Den årlige prosessen med HMS-årsrapport er en systematisk og transparent tilnærming til å vurdere oss selv. Den minner oss på hvilke utfordringer vi har, og hvor vi er på veien mot stadig forbedring.

Data fra ForBedring undersøkelsen, fra alle verneområders HMS-runder, HMS-avvik, kompetansekartlegging, og andre relevante datakilder er lagt til grunn for prosessen og har dannet grunnlag for en stor og omfattende indikatorpakke som utarbeides for hver klinikk. HMS-faginstanser vurderer klinikkens score innenfor hvert enkelt tema (23 tema), før klinikken bruker indikatorpakken, inkludert faglig vurdering, til å lage klinikkens egen HMS-årsrapport og HMS-handlingsplan.

Overordnet HMS-rapport for Oslo universitetssykehus med utpekte satsningsområder utarbeides av en overordnet arbeidsgruppe bestående av begge foretaksverneombud og stabsdirektørene for henholdsvis pasientsikkerhet, kvalitet og samhandling, og HR.

I 2018 har klinikkene trukket frem plassforhold og luft som to av de aller største utfordringene. Som kjent har Oslo universitetssykehus en variert bygningsmasse med mange behov for fornyelse. De siste årenes investeringer i bygg har vært nødvendige, men ikke tilstrekkelige til å bedre tilstanden totalt sett. Frem til nye sykehusbygg er på plass må sykehuset gjøre sitt beste for å oppjustere der det er mest behov, jobbe kontinuerlig sammen med vernetjenesten for å finne de beste løsningene i eksisterende bygningsmasse, og ha evnen til å se på tvers av klinikkene for å optimalisere bruk av areal. Disse tiltakene tas ikke med blant de høyest prioriterte tiltakene i 2019, fordi dette er et langsiktig arbeid som allerede pågår frem mot nye bygg.

De viktigste utfordringene etter oppsummert HMS-årsrapport 2018

Nr.	Tema	Beskrivelse av utfordring
1	Fysisk arbeidsmiljø (plass / luft)	Gamle og uhensiktsmessige bygg, samt fortetning. Utfordringer med bruk av eksisterende bygg på Radiumhospitalet under rivning og nybygg fremheves spesielt, både med tanke på luft, plassforhold, støy og brannvern.
2	Medvirkning og stress	Økt oppdragsmengde og kompleksitet sammen med manglende medvirkning, internkulturutvikling, samarbeid på tvers av profesjoner, og bruk av essensielle verktøy innenfor pasientsikkerhet, kvalitet og HMS.
3	Smittevern	Manglende enhetlig tilnærming til smittermerking. Manglende bruk av sikkerhetskanyle. For få isolater.
4	Ergonomi og fysisk helse	Majoriteten av legemeldt sykefravær er på grunn av muskel - skjelettplager. Manglende mulighet til riktige ergonomiske tiltak (plasshensyn, utstyr), stykkevis oppmerksomhet i hverdagen, manglende kompetanse om sammenheng mellom arbeidskapasitet og arbeidskrav (fysisk helse). Manglende kultur i Oslo universitetssykehus for å vektlegge fysisk helse hos ansatte.
5	Vold og trusler	Manglende risikovurdering og systematisk tilnærming i somatikken spesielt.
6	Systematisk HMS arbeid	Manglende enhetlig organisering innen HMS / pasientsikkerhet / kvalitet i sykehuset er godt dokumentert.

De høyest prioriterte satsningsområdene/tiltakene for 2019 gjengis nedenfor. Disse føres inn i helseforetakets overordnede handlingsplan.

Nr.	Tema	Beskrivelse av mål/forbedringstiltak
1	Medvirkning og stress	<p>Utvikling av en synergisk forståelse hos ledelse og ansatte beskrevet under er det viktigste tiltaket for å bedre opplevelsen av negativt stress hos ansatte;</p> <p>1) Integrering av foretakets viktige verktøy innen pasientsikkerhet, HMS og kvalitet (det grønne korset, tavlemøter, åpen forbedringsstruktur, avvikshåndtering, samarbeid, og møteplasser på tvers av rapporteringslinjene).</p> <p>2) Utstrakt medvirkning fra ansatte, verneombud og tillitsvalgte.</p> <p>3) Klare rolleforventninger, klare spilleregler, systematisk arbeid med egen kultur.</p> <p>4) Håndtering av plikt til å fordele belastning sammen med ansatte.</p> <p>5) Erkjennelse av at sykehusdrift betyr kontinuerlig forbedring.</p> <p>I tillegg er transparens og forståelse for utjevning og fordeling av ressurser i hele foretaket en nødvendighet.</p>
2	Systematisk HMS arbeid	<p>Gjennomføre organisasjonsendring på klinikknivå for å optimalisere kvalitet, utvikling og effektivitet, på lik linje med HR og Økonomi. Lederfunksjon i alle klinikker med ansvar for HMS, pasientsikkerhet og kvalitet.</p>
3	Ergonomi og fysisk helse	<p>Fortsatt satsing på forflytningsnettverk og utvikling av helsefremmende / forebyggende kultur innen området fysisk helse.</p> <p>Utdanne flere helsemotivatorer.</p>
4	Vold og trusler	<p>Vurdere system for risikovurdering og gradering av risikonivå med tilhørende kompetanseprofil / opplærings- og treningskrav fra PHA for resten av sykehuset.</p> <p>E-læringskurs for alle ansatte.</p>
5	Smittevern	<p>Innføre sikkerhetskanyler som førstevalg / eneste valg i innkjøpsportal.</p> <p>Sentralt prosjekt med tanke på gjennomførte rutiner for smittemerking og informasjon om smitte.</p>



Overordnet HMS-årsrapport

2018



Introduksjon

Denne årsrapporten skal gi innsikt i Oslo universitetssykehus HF (OUS) sitt arbeid og status innen helse, miljø og sikkerhet (HMS).

Hovedoppgavene til OUS er relatert til pasientbehandling, men det drives også forskning og utdanning. Ansatte skal i dette arbeidet ha et fullt forsvarlig arbeidsmiljø når det gjelder fysiske og psykiske faktorer. OUS har som målsetning at arbeidssituasjonen til den enkelte skal være meningsfylt og helsefremmende.

Et arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt er en forutsetning for god pasientbehandling i en travel hverdag. OUS skal være en arbeidsplass ansatte er stolte av og hvor de trives med å jobbe. Arbeidsmiljøet påvirkes av omgivelsene og menneskene i samspill. Helseforetaket har ansvar for å skape et godt arbeidsmiljø i samarbeid med de ansatte. OUS har tro på at et godt arbeidsmiljø gir god pasientbehandling.

Årets HMS-årsrapport er resultatet av en prosess som involverer innspill fra alle nivåer i virksomheten:

Del 3: Verneområdene gjennomfører HMS-runden og de ansatte svarer på ForBedring. Resultatene fra dette, i tillegg til annen relevant data, blir brukt som grunnlag av klinikkene til å utarbeide sine egne HMS-årsrapporter. Disse rapportene er godkjente og forankret i de forskjellige klinikk-AMU.

Del 2: HMS-faginstansene og -gruppene i OUS bruker klinikkens HMS-årsrapporter (del 3) sammen med annen relevant data til å vurdere OUS sin tilstand for de forskjellige temaene. Det blir også gitt anbefalinger til forbedringstiltak.

Del 1: Den sentrale arbeidsgruppen bruker del 3 og del 2 til å gjøre statusvurderinger og sette satsingsområder, mål og tiltak for HMS for hele OUS. Arbeidsgruppen har i år bestått av Sølvi Andersen (stabsdirektør fag, pasientsikkerhet og samhandling), Susanne Flølo (direktør for HR og personal), Per Oddvar Synnes (foretakshovedverneombud) og Bergljot Fuhr Lunde (stedfortredende foretakshovedverneombud). Jill Jahrmann (leder av Arbeidsmiljøavdelingen) har vært med som sekretær i arbeidsgruppen.

Denne forkortede versjonen av årsrapporten inneholder:

Del 1: Den sentrale arbeidsgruppens vurderinger, mål og tiltak for HMS i OUS
Kapittel 1: OUS sin overordnede HMS-årsrapport

Full årsrapport inneholder også følgende

Del 2: HMS-faginstansenes/-gruppenes vurderinger av temaene

Kapittel 2: Systematisk HMS

Kapittel 3: Fysisk arbeidsmiljø

Kapittel 4: Psykososialt arbeidsmiljø

Del 3: Klinikkenes arbeidsgrupper sine vurderinger og forbedringstiltak

Kapittel 5: Klinikkenes HMS-årsrapporter

1. Overordnet HMS-årsrapport for OUS

1.1. Status, mål og tiltak for HMS i OUS

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Mål	Forbedringstiltak OUS	Forbedringstiltak klinikk
1. Systematisk HMS-arbeid		<p>Sykehuset har gode HMS systemer som integreres i Achilles. Dette gir mulighet for overblikk og systematisk tilnærming. For optimal effekt av systemene må flest mulig ansatte svare på ForBedring undersøkelsen, og alle verneområder/enheter gjennomføre oppfølging av undersøkelsen, samt HMS runde. De beste enhetene/lederne mestrer å integrere Lean/forbedringstankegang.</p> <p>Oppdragsdokumenter fra 2016 til 2019 ber om integrering av pasientsikkerhet, kvalitet og HMS. I samme periode har OUS gjennomført internrevisjon av HMS og gjennomført et arbeid med utpekte utfordringer og tiltak for å kunne integrere de nevnte områdene. Rapporter fra de interne arbeidene og revisjonene peker i samme retning - mot at OUS mangler en organisering på foretaks- og klinikknivå som synliggjør kompetanse og ansvar innen HMS, pasientsikkerhet og kvalitet.</p>	<p>Øke svarprosent på ForBedring. Flere gjennomførte HMS runder.</p> <p>Synliggjøre sammenhenger mellom HMS runde, avvik, ForBedring-resultater, tavlemøter, grønne korset, personalmøter, medvirkning - HMS, kvalitet og pasientsikkerhet.</p> <p><i>Enhetlig</i> organisering på klinikknivå som ivaretar synergier mellom pasientsikkerhet, HMS og kvalitet og sikrer mulighet for HMS arbeid på tvers i organisasjonen.</p>	<p>Gjennomføre organisasjonsendring på klinikknivå for å optimalisere kvalitet, utvikling og effektivitet (på lik linje med HR og Økonomi).</p>	<p>Tiltak for optimal svardeltagelse på ForBedring.</p> <p>Oppfølging av alle ledere som ikke gjennomfører tilbakemeldingsmøter og HMS runde.</p>

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Mål	Forbedringstiltak OUS	Forbedringstiltak klinikk
2. Plassforhold		OUS har en variert og aldrende bygningsmasse som gir utfordringer for moderne sykehusdrift. Mange av klinikkene opplever utfordringer med tanke på plassforhold - både på grunn av fortetning og rom som ikke er hensiktsmessige for bruksområdet.	Optimal bruk av eksisterende bygningsmasse. Medvirkning i fremtidens OUS for å sikre fleksible og hensiktsmessige plassforhold.	Ombygginger og tilpasninger der dette er mulig og hensiktsmessig, samt deling og vurdering av totalfordeling av areal.	Ledere og vernetjeneste må sammen følge nøye med, inkludere ansatte i forbedringsprosesser, og vurdere endringer.
3. Luftkvalitet		Variert og gammel bygningsmasse - varierende kvalitet på, og tilstedeværelse av ventilasjonsanlegg og solavskjerming.	Best mulig inneklimateforhold alle årstider.	Ombygginger og tilpasninger der dette er mulig og hensiktsmessig.	Arbeidssteder uten kjølesystemer bør planlegge for midlertidige tiltak om sommeren (mobile enheter). Orden og renhold kan redusere oppsamling av støv, og felles rengjøring bør være en del av hver enhets årsplan.
4. Støy		Støy forekommer i kontorlandskap, ofte som følge av fortetning, på grunn av støyende utstyr, og som følge av byggestøy.	Minimere plager og dårlige arbeidsforhold som følge av støy.	Radiumhospitalet vil være spesielt utsatt for støy de nærmeste årene på grunn av riving og bygging. Løpende vurdering og tiltak er nødvendig.	Løpende vurdering og tiltak leder og verneombud.

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Mål	Forbedringstiltak OUS	Forbedringstiltak klinikk
5. Lysforhold		Klinikkene er i all hovedsak tilfredse med lysforholdene.			Løpende vurdering og tiltak leder og verneombud.
6. Ergonomi og fysisk helse		<p>Klinikkene skårer seg selv dårligere enn i 2017. Majoriteten av legemeldt sykefravær er på grunn av muskel - skjelettplager.</p> <p>Manglende mulighet til riktige ergonomiske tiltak (plasshensyn, utstyr), stykkevis oppmerksomhet i hverdagen, manglende kompetanse om sammenheng mellom arbeidskapasitet og arbeidskrav (fysisk helse).</p> <p>Manglende kultur i OUS for å vektlegge fysisk helse hos ansatte.</p>	<p>God lokal kompetanse innen forflytningsteknikk og ergonomi.</p> <p>Innføring av helsemotivator som ressursperson(er) i enheter innen 2021.</p>	<p>Fortsatt satsning på forflytningsnettverk og utvikling av helsefremmende / forebyggende kultur.</p> <p>Utdanne flere helsemotivatorer.</p>	<p>Opprettholde kompetanse ved å ha fungerende ergonomiveiledere og / eller forflytningsveiledere i alle enheter.</p> <p>Velge helsemotivator og sende vedkommende på kurs.</p> <p>Risikovurdere arbeidskrav / arbeidshelse og anerkjenne at ansattes helse er av betydning. Spesielt aktuelt for ansatte i</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) stillesittende yrker 2) i yrker med mye daglig bevegelseskrav og 3) i yrker med tunge løft / forflytningssituasjoner.
7. Kjemisk arbeidsmiljø		Stort antall kjemikalier gjør det svært tidkrevende og utfordrende å utføre påkrevd risikovurdering og substitusjonsvurdering. I en travel driftshverdag glipper det på løpende, systematisk oppfølging.	Bedre kjennskap til stoffkartoteket blant ansatte som har kjemikalier i sin arbeidshverdag.	Oppdatert, levende oversikt over kjemikaliekontakter.	Etablere klinikkontakt for kjemikalier.

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Mål	Forbedringstiltak OUS	Forbedringstiltak klinikk
8. Smittevern		Ikke gjennomført krav til sikkerhetskanyler Manglende smittemerking, plassmessige utfordringer med flersengsrom og manglende isolater. Fremdeles manglende etterlevelse av basale smittevernrutiner.	Bruk av sikkerhetskanyler i hele sykehuset, der det ikke finnes klare grunner for dispensasjon.	Innføre sikkerhetskanyler som førstevalg / eneste valg i innkjøpsportal. Prosjekt med tanke på gjennomførte rutiner for smittemerking og informasjon om smitte.	Informasjon og opplæring om sikkerhetskanyler.
9. Strålevern		I all hovedsak godt forebyggende arbeid innen strålevern. En klinikk har skåret seg selv rødt fordi 3 personer fikk akkumulert dose > 20 mSv, dette er en økning fra en i 2017 og utløser rød indikator. Samme klinikk forebyggende arbeid med strålevern skårer grønt.	Opprettholde godt strålevern i hele OUS.	OUS lager supplerende kurs i strålevern sammen med Helse Sør-Øst.	Videreføring av gode rutiner og opplæring av nyansatte.
10. Brannvern		Klinikkenes egenervurderinger er ikke sammenlignbare fra 2017 til 2018. I 2017 ble kun opplæring vurdert, mens i 2018 vurderes brannvern som helhet. Brannvernseksjonen er ikke enig i de mange grønne tilstandsvurderingene hos klinikkene. De mener at øvelses- og opplæringsbehov ikke prioriteres. Oppstart av rokade / forberedelse til riving og nybygg på Radiumhospitalet har avdekket manglende infrastruktur og rutiner innen brannvern.	80% av ansatte ved OUS skal ha gjennomført obligatorisk opplæring. Tilfredsstillende nivå på brannvern på Radiumhospitalet i rive- og byggeperioden.	Spesiell oppmerksomhet om rutiner og infrastruktur i forbindelse med riving og nybygg på Radiumhospitalet.	Sikre at alle ansatte gjennomfører obligatorisk opplæring.

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Mål	Forbedringstiltak OUS	Forbedringstiltak klinikk
11. Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)		<p>Tendensen blant klinikkene er en bedring i HMS forhold knyttet til MTU. Én klinikk skårer fremdeles rødt, på bakgrunn av mye gammelt utstyr og manglende oppmerksomhet om kassasjon.</p> <p>Opplæring og bruk er primære HMS forhold knyttet til MTU, men gammelt utstyr / usikkerhet om driftssikkerhet vil også ha en reell arbeidsmiljømessig effekt.</p>	<p>Strukturert oversikt over opplæringsbehov, eksisterende kompetanse, krav fra produsent, og alder på utstyr.</p>	<p>Innføring av kompetanseregistrerings verktøy for å muliggjøre oversikt over opplærings-/kompetansekrav.</p>	<p>Ta hensyn til leverandørens brukeropplæring.</p> <p>Systematisk tilnærming til kassasjon.</p>

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Mål	Forbedringstiltak OUS	Forbedringstiltak klinikk
12. Elektro		<p>Tilstanden innen elektro ved OUS er i bedring. De seneste år har internkontrollen blitt forbedret, blant annet ved årlig kontroll av Gruppe 2 rom, og nødstrøm er sikret til sentrale bygg og tjenester.</p> <p>Lukking av avvik er satt i system ved prioritering av de mest alvorlige avvikene. Elektro har fremstått som noe usammenhengende og med manglende struktur på tvers av lokasjonene gjennom flere år.</p> <p>Merking av elektriske støpsler er utført på fire ulike måter (en per hovedlokasjon), og arbeidsmetoder og systematikk er ikke enhetlig.</p> <p>Videre var det i 2018 fremdeles ikke oppdatert obligatorisk sentral opplæring av ansatte i medisinske områder.</p> <p>Til tross for mye og godt utført arbeid i 2018 vurderes tilstanden fremdeles som oransje, av grunner allerede nevnt, i tillegg til mange eksisterende avvik.</p> <p>På Radiumhospitalet oppdages det branntavler som ikke fungerer tilfredsstillende.</p>	<p>En elektroavdeling med lik arbeidsmetodikk.</p> <p>Kontroll på elektro ved Radiumhospitalet i byggeperioden.</p> <p>Obligatorisk e-læringskurs for medisinske områder ferdig og implementert.</p> <p>Beslutning om enhetlig merking for elektro i OUS.</p>	<p>Fortsette påbegynt arbeid med standardisering og lik leveranse på tvers av elektroavdelingen.</p> <p>Gjennomgang av elektrosikkerhet ved alle steg i rive- og byggeprosess på Radiumhospitalet.</p> <p>Ferdigstille, lansere og informere om obligatorisk e-læringskurs.</p> <p>Gjennomføre kostnads- og risikoanalyse av ulik merking på de fire hovedlokasjonene, og finne rett tidspunkt for overgang til én standard.</p>	<p>Sørge for gjennomføring av obligatorisk e-læringskurs for alt personell som jobber i medisinske områder når dette er lansert.</p>

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Mål	Forbedringstiltak OUS	Forbedringstiltak klinikk
13. Vold og trusler		<p>Fem klinikker skårer dårligere i 2018 enn i 2017. Både somatikk og psykiatri opplever økt antall avvik på området. Intern revisjon innen vold og trusler i 2018 avdekket flere svake områder med risiko for hendelser.</p> <p>Ambulansetjenesten fikk avvik med pålegg innen forebygging av vold og trusler på 13 av 14 stasjoner ved Arbeidstilsyn, mens PHA gjennomgikk 6 Arbeidstilsyn og fikk få pålegg. Ledelsens gjennomgang avdekket manglende risikovurdering i mange klinikker.</p>	<p>Enhetlig system for risikovurdering og kompetanseprofil relatert til vold og trusler.</p>	<p>Kopiere system for risikovurdering og gradering av risikonivå med tilhørende kompetanseprofil / opplærings- og treningskrav fra PHA til resten av sykehuset.</p> <p>E-læringskurs for alle ansatte.</p>	<p>Gjennomføre risikovurdering i alle relevante enheter, med påfølgende kompetansekrav.</p>
14. Inkluderende arbeidsliv		<p>Sykefraværet i OUS er på linje med, og noe høyere enn, i 2017. Alle klinikker har IA handlingsplan med tiltak.</p> <p>"Gravid og trygg i jobb" har fått fotfeste og kan vise til en nedgang i sykefravær hos gravide i OUS med to prosentpoeng siden oppstart.</p>	<p>Verktøy for oppfølging av alle ansattes fravær, med vekt på langtidsfravær og hyppig korttidsfravær.</p> <p>Tilpasse "Gravid og trygg i jobb" ressurs til etterspørsel.</p>	<p>Systematisk oppfølging av langtids fravær og hyppig korttids fravær.</p> <p>Videreføre "Gravid og trygg i jobb" med ekstra ressurs på grunn av stor etterspørsel og ventetid.</p> <p>Sette i verk spesifikke tiltak for å redusere muskel - skjelettskader.</p>	<p>Systematisk oppfølging av langtids fravær og hyppig korttids fravær.</p> <p>Sette i verk spesifikke tiltak for å redusere muskel - skjelettskader.</p>
15. Rus- og avhengighetsproblematikk		<p>OUS har et velfungerende AKAN opplegg, men antall AKAN avtaler er for få vurdert mot estimert rus / avhengighetsproblematikk i befolkningen.</p>	<p>Kunnskap om rusmiddelavhengighet blant alle ledere.</p> <p>Økt antall AKAN avtaler - og avtaler i alle klinikker.</p>		<p>Sørge for informasjonsmøter med AKAN, og løpende oppmerksomhet om rusavhengighet. Gjøre kjent interne rutiner for prøvetaking ved mistanke om rus.</p>

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Mål	Forbedringstiltak OUS	Forbedringstiltak klinikk
16. Ytre miljø		OUS ble miljøsertifisert i 2018, og dette året var første gang klinikkene gjennomførte en egen vurdering på området.	Implementert OUS handlingsplan med miljømål og tiltak.	Implementere OUS handlingsplan med miljømål og tiltak, og bidra til å øke bruk av utslippsregistrering i EcoOnline (stoffkartoteket).	Ta i bruk EcoOnline til å registrere utslipp i avløp. Øke kildesortering.
17. Åpenhetskultur og respektfullt arbeidsmiljø		Man kan håpe at mye oppmerksomhet om åpenhet og respekt har gitt avkastning i sykehuset. Åpenhetskultur og respektfullt arbeidsmiljø er de to psykososiale faktorene der klinikkene skårer seg høyest. Har klare samvariasjoner med temaene mobbing og trakassering, konflikter og medvirkning.	Beholde høy skår på spørsmål innen temaene i ForBedring.	Fortsatt tydelige holdninger fra øverste ledelse.	Selv om alle klinikkene skårer seg selv på gult eller grønt er det viktig å fortsatt holde oppmerksomhet om videreutvikling av vår egen åpenhetskultur og et respektfullt arbeidsmiljø.
18. Mobbing og trakassering		Klinikkene har ikke mottatt indikatorer for mobbing og trakassering i 2018, fordi spørsmålene om dette temaet i ForBedring vurderes som usikre og med altfor stort tolkningsrom. Dermed har fem klinikker valgt å ikke sette farge på temaet. Av de som har satt fargevurdering har tre valgt å endre fra grønt til gult, og resten er uendret. De samme tre klinikkene har satt opp temaet blant de høyest prioriterte utfordringene eller tiltak.	Kunnskap om varsling / melderutiner og håndtering blant alle ledere.	Ny nivå 1 prosedyre på området må implementeres bredt.	Ny nivå 1 prosedyre på området må implementeres bredt.

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Mål	Forbedringstiltak OUS	Forbedringstiltak klinikk
19. Samarbeid (mellom yrkesgrupper og andre enheter)		Samarbeid mellom yrkesgrupper og på tvers av rapporteringslinjer er avgjørende for pasientsikkerhet og arbeidsmiljø. Organisering i rene faglinjer utfordrer samarbeidet. Det er stor variasjon mellom enhetene når det gjelder hierarki og samarbeid. Fem av klinikkene har samarbeid blant de viktigste satsningsområdene for 2019.	Øke sykehusets skår på spørsmål i ForBedring om samarbeid til ≥ 80 .		Klare linjer med tanke på ansvarsdeling, rolleavklaring. Etablering av møtearenaer for samarbeidende personell på tvers av rapporteringslinjer. Bruk av tavlemøter og det grønne korset. Bevisstgjøring av viktigheten av samarbeidsklima, respektfullt arbeidsklima, åpenhetskultur og konflikthåndtering for pasientsikkerhet.
20. Konflikter og håndtering av konflikter		Flere klinikker har valgt å endre sin fargevurdering på temaet til det bedre i forhold til vurdering fra Arbeidsmiljøavdelingen. Dette til tross for gjennomgående lav skår fra ForBedring på spørsmål om konflikter.	Samspillsregler / kulturplakat utarbeidet i 80 % av sykehusets enheter.	Utarbeide veileder for å lage samspillsregler / kulturplakat. Øke lederes kompetanse innen konflikthåndtering. Arbeidsmiljøuka.	Tidlig innsats i konflikter og styrking av lederes kompetanse på området er sentralt. Siden temaet har nær relasjon til øvrige psykososiale temaer vil arbeid med kultur nevnt under åpenhet og respekt gi effekter på konfliktområdet. Utarbeide samspillsregler / kulturplakat i alle enheter.

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Mål	Forbedringstiltak OUS	Forbedringstiltak klinikk
21. Negativt stress og medvirkning		<p>Negativt stress er det området som peker seg mest negativt ut i klinikkens rapportering, og 13 av 16 klinikker har temaet på listen over de høyest rangerte arbeidsmiljøutfordringene. Det har også vært en økning av meldte avvik innen temaet bemanning / arbeidspress gjennom 2017 og 2018.</p> <p>Uforutsigbarhet, oppdragsøkning uten tilførsel av ressurser, motstridende forespørsler, og opplevelse av suboptimal pasientbehandling trekkes frem som utfordringer av klinikkene.</p> <p>Stress er ikke nødvendigvis negativt, men oppleves som negativt dersom egenkontroll er redusert. Medvirkning i alle deler av driften er en nødvendighet for at ansatte skal "eie" egen arbeidssituasjon. Seks av klinikkene oppgir medvirkning som en av sine største arbeidsmiljøutfordringer.</p> <p>Det ser ut til å være en diskrepans mellom ansattes opplevelse av arbeidspress målt i svar i ForBedring, og leder / verneombuds svar på prioritering av oppgaver og bemanningsjustering (HMS runden). Sistnevnte skåres betydelig høyere.</p>	<p>Økt skår med 15 % innenfor temaene medvirkning og negativt stress på ForBedring undersøkelsen 2020.</p>	<p>Arbeidsmiljøuka.</p> <p>Tilpasse lederutdanning / lederutvikling til å kunne håndtere kompleksitet og synergisk forståelse som beskrevet under Forbedringstiltak klinikk.</p>	<p>Integrering av foretakets viktige verktøy innen pasientsikkerhet, HMS og kvalitet (det grønne korset, tavlemøter, åpen forbedringsstruktur, avvikshåndtering, samarbeid, og møteplasser på tvers av rapporteringslinjene) med utstrakt medvirkning fra ansatte og tillitsvalgte.</p> <p>Klare rolleforventninger, klare spilleregler, systematisk arbeid med egen kultur.</p> <p>Håndtering av plikt til å fordele belastning sammen med ansatte, og erkjennelse av at sykehusdrift betyr kontinuerlig forbedring.</p> <p>Utvikling av denne synergiske forståelsen hos ledelse og ansatte er det aller viktigste tiltaket for å bedre opplevelsen av negativt stress hos ansatte. I tillegg er transparens og forståelse for utjevning og fordeling av ressurser i hele foretaket en nødvendighet.</p>

1.2. OUS' største utfordringer innen HMS

Nr.	Tema	Beskrivelse av utfordring
1	Fysisk arbeidsmiljø (plass / luft)	Gamle og uhensiktsmessige bygg, samt fortetning. Utfordringer med bruk av eksisterende bygg på Radiumhospitalet under rivning og nybygg fremheves spesielt, både med tanke på luft, plassforhold, støy og brannvern.
2	Medvirkning og stress	Økt oppdragsmengde og kompleksitet sammen med manglende medvirkning, internkulturutvikling, samarbeid på tvers av profesjoner, og bruk av essensielle verktøy innenfor pasientsikkerhet, kvalitet og HMS.
3	Smittevern	Manglende enhetlig tilnærming til smittemerking. Manglende bruk av sikkerhetskanyler. For få isolater.
4	Ergonomi og fysisk helse	Majoriteten av legemeldt sykefravær er på grunn av muskel - skjelettplager. Manglende mulighet til riktige ergonomiske tiltak (plasshensyn, utstyr), stykkevis oppmerksomhet i hverdagen, manglende kompetanse om sammenheng mellom arbeidskapasitet og arbeidskrav (fysisk helse). Manglende kultur i OUS for å vektlegge fysisk helse hos ansatte.
5	Vold og trusler	Manglende risikovurdering og systematisk tilnærming i somatikken spesielt.
6	Systematisk HMS arbeid	Manglende enhetlig organisering innen HMS / pasientsikkerhet / kvalitet i sykehuset er godt dokumentert.

1.3. OUS' satsingsområder for HMS for 2019

Nr.	Tema	Beskrivelse av mål/forbedringstiltak
1	Medvirkning og stress	<p>Utvikling av en synergisk forståelse hos ledelse og ansatte beskrevet under er det viktigste tiltaket for å bedre opplevelsen av negativt stress hos ansatte;</p> <p>1) Integrering av foretakets viktige verktøy innen pasientsikkerhet, HMS og kvalitet (det grønne korset, tavlemøter, åpen forbedringsstruktur, avvikshåndtering, samarbeid, og møteplasser på tvers av rapporteringslinjene).</p> <p>2) Utstrakt medvirkning fra ansatte, verneombud og tillitsvalgte.</p> <p>3) Klare rolleforventninger, klare spilleregler, systematisk arbeid med egen kultur.</p> <p>4) Håndtering av plikt til å fordele belastning sammen med ansatte.</p> <p>5) Erkjennelse av at sykehusdrift betyr kontinuerlig forbedring.</p> <p>I tillegg er transparens og forståelse for utjevning og fordeling av ressurser i hele foretaket en nødvendighet.</p>
2	Systematisk HMS arbeid	<p>Gjennomføre organisasjonsendring på klinikknivå for å optimalisere kvalitet, utvikling og effektivitet, på lik linje med HR og Økonomi. Lederfunksjon i alle klinikker med ansvar for HMS, pasientsikkerhet og kvalitet.</p>
3	Ergonomi og fysisk helse	<p>Fortsatt satsing på forflytningsnettverk og utvikling av helsefremmende / forebyggende kultur innen området fysisk helse.</p> <p>Utdanne flere helsemotivatorer.</p>
4	Vold og trusler	<p>Vurdere system for risikovurdering og gradering av risikonivå med tilhørende kompetanseprofil / opplærings- og treningskrav fra PHA for resten av sykehuset.</p> <p>E-læringskurs for alle ansatte.</p>
5	Smittevern	<p>Innføre sikkerhetskanyler som førstevalg / eneste valg i innkjøpsportal.</p> <p>Sentralt prosjekt med tanke på gjennomførte rutiner for smittemerking og informasjon om smitte.</p>

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 10. mai 2019

Saksbehandler: Viseadministrerende direktør økonomi og finans

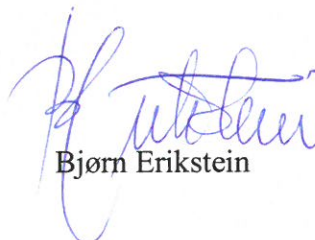
Vedlegg: Kommentarer til økonomisk langtidsplan 2020-2023 (2039)
for Oslo universitetssykehus HF
Klinikkvise innspill økonomisk langtidsplan 2020 -2023
Områdeplan Bygg
Områdeplan MTU
Områdeplan IKT
Områdeplan andre investeringer
Drøftingsprotokoll

SAK 29/2019 ØKONOMISK LANGTIDSPLAN 2020-2023 (39)

Forslag til vedtak:

1. Styret gir sin tilslutning til forslag til Økonomisk langtidsplan 2020–2023 (39).
2. Styret vedtar foreløpig resultatkrav for 2020 med 250 millioner kroner i overskudd. Styret understreker at styringsmålet er reelt betinget av de planforutsetningene som er mottatt fra Helse Sør-Øst RHF når det gjelder utvikling i basisramme og kostnader knyttet til medikamenter og IKT.

Oslo den 3. mai 2019



Bjørn Erikstein

1. Innledning

I styremøte 28. mars i sak 18/2019 ble det orientert om planforutsetninger for økonomisk langtidsplan for tidsrommet 2020–2023 (39) fra Helse Sør- Øst RHF. Forrige rullering av økonomisk langtidsplan 2019-2022 skjedde i forbindelse med styrets behandling den 6. desember 2018 av konseptfase for Aker og Gaustad.

Administrerende direktør legger med dette fram forslag til økonomisk langtidsplan 2020–2023 (39) for behandling i styret. I kommentarene i denne saken vektlegges endringer fra forrige økonomisk langtidsplan.

2. Saksopplysninger

2.1 Resultatutvikling planperioden 2020-2023

Denne oppdateringen av økonomisk langtidsplan bygger på forrige rullering av økonomisk langtidsplan 2019-2022, behandlet av styret i Oslo universitetssykehus HF i desember 2018. Tabellen under viser hvilke resultatkrav som nå er lagt til grunn for planperioden 2020–2023.

Indikator ekskl. salg (millioner kroner)	2020	2021	2022	2023
Resultat (ekskl. salg av eiendom)	250	350	450	535
Ordinært resultat foretaket i ft. omsetning (Mål = 2,5%)	1,2 %	2,2 %	2,2 %	2,5 %

For planperioden 2020–2022 er resultatnivåene opprettholdt på samme nivå som ved forrige rullering av økonomisk langtidsplan 2019–2022. Aktivitetsveksten for somatikken i planperioden 2020–2023 er redusert årlig med 0,25 prosent sammenlignet med forrige rullering av økonomisk langtidsplan 2019-2022. Det er planlagt med et resultatnivå tilsvarende 2,5 prosent av foretakets omsetning i løpet av planperioden i samsvar med målsatt krav for Helse Sør-Øst RHF.

2.2 Omstilling klinikker 2020-2023

Klinikkene ved Oslo universitetssykehus HF er trukket direkte inn i arbeidet med økonomisk langtidsplan. Klinikkene har i februar og mars 2019 jobbet med å konkretisere forbedringsområder som skal gi økonomiske effekter i økonomisk langtidsplan 2020–2023. Klinikkene er bedt om å være konkret på sin strategi for å levere årlige omstillingskrav på 2 prosent hvert år i planperioden.

Klinikkvise forbedringsprogram med egne styringsgrupper ble etablert høsten 2018, og de klinikkvise omstillinger for planperioden 2020-2023 er forankret her. Klinikkvise styringsgrupper er sammensatt av klinikkleders ledergruppe samt klinikkvernetjeneste og klinikktiltitsvalgte.

Basert på klinikkens leveranser er det samlet for 2020 utarbeidet foreløpige gevinstestimater på 256 millioner kroner. Foreløpige gevinstestimater for hele planperioden 2020–2023 gir en samlet resultateffekt på 953 millioner kroner.

Planene som klinikkene opererer med så langt er foreløpig basert på usikre gevinstestimater og må ytterligere konkretiseres ut gjennom de årlige

budsjettprosessene. Det gjelder særlig for somatiske klinikker at ytterligere tiltak må utarbeides slik at kravet om 2 prosent omstilling kan realiseres. Det er i denne oppdateringen av økonomisk langtidsplan ikke tatt inn gevinster ut over det som er forutsatt i klinikkenes innspill.

Klinikkvise innspill til økonomisk langtidsplan 2020–2023 fremgår av eget vedlegg.

2.3 Driftsgevinster 2024-2039

Driftsgevinstene knyttet til nye bygg er for planperioden 2024-2039 opprettholdt på samme nivå som ved forrige rullering av økonomisk langtidsplan 2019–2022. Styret i Helse Sør Øst RHF sitt vedtak i punkt 10 i sak 6-2019 Konseptfaserapport videreutvikling av Aker og Gaustad, er hensyntatt ved denne oppdateringen av økonomisk langtidsplan:

"Styret ber administrerende direktør om å søke Helse- og omsorgsdepartementet om lån til i henhold til gjeldende retningslinjer, slik at prosjektet sikres finansiering fra og med 2020. Lånesøknaden skal omfatte konseptrapportens innhold inkludert psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, og tilleggsutredningen for fagområdene gynekologi, fødselshjelp og barnesykdommer (vår understrekning). Oppstart av forprosjekt forutsetter styrets godkjenning."

Flytting av virksomheten i fagområdene kvinne/barn fra gjennomføring i etappe 2 til etappe 1 innebærer både bortfall av betydelige driftsulemper på Ullevål sykehus og tilsvarende tidligere gevinstrealisering for nevnte berørte fagområder. Dette er hensyntatt i oppdatert økonomisk langtidsplan.

2.4 Øvrige endrede planforutsetninger fra Helse Sør-Øst RHF

Rentebanen som er lagt til grunn fra Helse Sør-Øst RHF, og som denne oppdateringen av langtidsplanen bygger på, er basert på 10 års nominell markedsrente per 1. mars 2019. I gjennomsnitt er forutsatt rente på HOD-lån redusert med 0,8 prosent sammenlignet med rentenivå ved forrige økonomisk langtidsplan 2019 – 2022. Forutsatt rente på driftskreditt er i gjennomsnitt redusert med 0,4 prosent.

I forbindelse med revisjon av Helse Sør Øst RHF sin finansstrategi er Oslo universitetssykehus HF i april 2019 bedt om å legge til grunn redusert bruk av finansiell leie i helseforetakets innspill til økonomisk langtidsplan 2020-2023. Det er sammenlignet med forrige rullering av økonomisk langtidsplan en redusert bruk av finansiell leie på totalt 2,8 milliarder kroner for planperioden 2020–2039.

Netto finanskostnader er redusert med 3 milliarder kroner i perioden 2020–2039. Av dette utgjør reduserte rentekostnader som følge av redusert finansiell leie om lag 700 millioner kroner.

Bærekraften bedres ved denne oppdateringen av økonomisk langtidsplan 2020-2023 sammenliknet med økonomisk langtidsplan fra desember i fjor. Dette skyldes først og fremst lavere rentenivå for planperioden sammenlignet med forrige rullering av økonomisk langtidsplan 2019–2022.

Denne oppdateringen av økonomisk langtidsplan 2020–2023 (39) viser hvor følsom driftsøkonomien er for et justert rentenivå.

2.5 Investeringer 2020-2023

Oslo sykehusservice har som tidligere år koordinert prosessen med tilpasning av investeringsrammene til disponibel regional likviditet for planperioden 2020-2023.

Tabellen under viser investeringsrammer for hovedkategorier for planperioden 2020–2023 og endringer sammenlignet med forrige rullering av økonomisk langtidsplan 2019–2022.

Investeringsbudsjett (inkl. byggelånsrenter) (mill kroner)		ØLP 2020	ØLP 2021	ØLP 2022	ØLP 2023	Sum	ØLP 2019 - 2022	Endring
Ordinære investeringer	MTU	397	342	347	300	1 387	1 600	-213
	Bygg (videreføres og nye)	196	233	335	349	1 113	1 142	-29
	Bygg (fraflyttes)	15	15	30	30	90	306	-216
	Annet	80	80	80	80	320	320	0
	Egenkapital pensjon	79	87	96	106	368	339	29
	IKT	35	35	35	35	140	140	0
	SUM	802	792	924	900	3 418	3 847	-429
Finansiert med	Ordinær likviditet	326	326	325	325	1 302	1 311	-9
	Benyttet av resultater (ekskl. salg)	154	287	465	439	1 344	1 177	166
	Annen finansiering	39	30	34	37	140	134	6
	Eiendomsalg	33	0	0	0	33	98	-65
	Finansiell leie	250	150	100	100	600	1 127	-527
	SUM	802	792	924	900	3 418	3 847	-429

Redusert bruk av finansiell leie som beskrevet over påvirker handlingsrommet for hele investeringsområdet. De oppdaterte tallene innebærer et redusert investeringsnivå i planperioden innen både medisinskteknisk utstyr (MTU) og bygg sammenlignet med forrige rullering av økonomisk langtidsplan 2019–2022. For planperioden 2020-2023 er finansiell leie redusert med 527 millioner kroner mot forrige rullering av økonomisk langtidsplan 2019–2022. Ubenyttet likviditet fra tidlige års overskudd er imidlertid økt med 166 millioner kroner sammenlignet med forrige rullering av økonomisk langtidsplan 2019–2022. Dette skyldes i hovedsak et bedre resultat enn forutsatt for 2018 i forrige økonomisk langtidsplan 2019–2022.

Samlet er investeringsnivået for ordinære investeringer for årene 2020-2023 redusert med 429 millioner kroner fra forrige rullering av økonomisk langtidsplan. I tillegg til ordinære investeringer planlegges investeringer knyttet til Fase 2 (lånepakke), tilsynsavvik og oppgraderinger med 245 millioner kroner for 2020 og 249 millioner kroner for 2021, jfr. tabell under.

Investeringsbudsjett (inkl. byggelånsrenter) (mill kroner)		ØLP 2020	ØLP 2021	ØLP 2022	ØLP 2023
Tilsynsavvik og oppgraderinger (Fase 2)	Bygg (videreføres og nye)	98	100	0	0
	Bygg (fraflyttes)	147	149	0	0
	SUM	245	249	0	0
Finansiert med	Driftsresultat (ekskl. salg)	70	70		
	Lån	175	179		
	SUM	245	249	0	0

Gjennomføring av investeringer av lånepakke 2 er på samme nivå som forrige rullering av økonomisk langtidsplan 2019-2022. De enkelte prosjektene krever imidlertid godkjenning av Helse Sør-Øst.

Områdeplanene 2020-2023 for investeringer innen MTU, Bygg, IKT og andre investeringer følger er vedlagt saken og kommenteres ikke nærmere her.

2.6 Investeringer 2024 – 2039

Ordinære investeringer, det vil si investeringer utenom de store byggeprosjektene, er opprettholdt på samme nivå tross redusert bruk av finansiell leie for denne planperioden. Finansieringen er mulig gjort ved bedre resultater som følge av betydelige reduserte rentekostnader sammenlignet med forrige rullering av økonomisk langtidsplan 2019–2022.

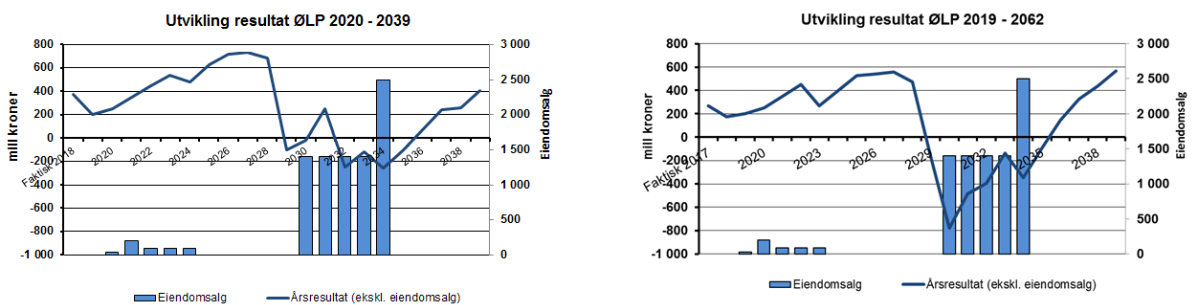
Investeringer knyttet til realisering av målbildet for Oslo universitetssykehus er mottatt fra Helse Sør-Øst RHF. Investeringsskalkylene er oppdatert til 2020–kroner og er tatt inn i foretakets økonomisk langtidsplan i samsvar med mottatt periodisering fra Sykehusbygg/HSØ. Det er i mottatt periodisering av investeringsforløp for nye bygg foretatt enkelte justeringer av tidspunkt for kapitalisering i foretakets balanse. Dette er tatt hensyn til ved denne rulleringen av økonomisk langtidsplan.

Finansiering av nye bygg er i planperioden forutsatt gjennomført ved bruk av lån, basisfordring og øremerket tilskudd (protonbygg).

2.7 Økonomisk bærekraft for realisering av målbildet

Regionalt lån (mellomværende mot Helse Sør-Øst RHF) reduseres fra 4,8 milliarder kroner i 2029 til 3,4 milliarder kroner ved oppdatert økonomisk langtidsplan 2020-2023. Egenkapitalen bedres med om lag 3 milliarder kroner sammenlignet med forrige rullering av økonomisk langtidsplan.

Figurene nedenfor viser resultatutviklingen for 2020–2039 ved denne økonomisk langtidsplan oppdateringen sammenlignet med forrige rullering av økonomisk langtidsplan 2019–2022.



Resultatene for perioden 2023–2039 er gjennomgående bedre enn ved forrige oppdatering av økonomisk langtidsplan 2019-2022.

Bærekraften ved denne oppdateringen av økonomisk langtidsplan 2020-2023 bedres først og fremst som følge av forutsetningen om lavere rentenivå for planperioden 2020-2039. Driftsgevinstene knyttet til nye bygg er opprettholdt på samme nivå som ved forrige rullering av økonomisk langtidsplan 2019–2022. Flytting av kvinne/barn fra gjennomføring i etappe 2 til etappe 1 innebærer imidlertid både bortfall av betydelige driftsulemper på Ullevål sykehus og tilsvarende tidligere gevinstrealisering for nevnte berørte fagområder.

Oppdateringen av økonomisk langtidsplan 2020–2023 viser tydelig hvor følsom driftsøkonomien er for forutsetningene om rentenivå.

Det er fra departementet i senere tid varslet endringer knyttet til avdrag for lån til finansiering av sykehusbygg. Dette innebærer først og fremst en bedret likviditetsreserve for Helse Sør-Øst RHF for finansiering av nye sykehusbygg i regionen og har liten effekt på bærekraften for de enkelte byggeprosjektene og for helseforetaket samlet. Det er fortsatt høyere rente på lån fra Helse og omsorgsdepartementet til nye sykehusbygg enn rente for løpende driftskreditt i Helse Sør-Øst RHF.

3. Administrerende direktørs vurdering

Oslo universitetssykehus HF har etter oversendelse den 23. april av økonomisk langtidsplan 2020-2023 (39), gjennomført dialogmøte 30. april 2019 med Helse Sør-Øst RHF. Det er i styringsdialogen ikke tilkommet krav fra eier om justering av foretakets planlagte resultatutvikling eller andre vesentlige planforutsetninger som er lagt til grunn.

Det er gjennomført omfattende utredninger høsten 2020 knyttet til økonomisk bærekraft ved realisering av målbildet for Oslo universitetssykehus HF. Planlagte overskudd for perioden 2020–2023 er avgjørende for å realisere bærekraft for nye investeringer i bygg og utstyr.

Administrerende direktør konstaterer at Helse Sør-Øst RHF har strammet inn på adgangen til finansiell leie. I forrige økonomisk langtidsplan var det lagt opp til et forholdsvis høyt omfang av finansiell leie av MTU fram til tidlig på 2030-tallet. Som følge av denne innstramningen er investeringsnivået justert ned, særlig for årene 2021-2023.

Etter administrerende direktørs vurdering vil det ikke være tilrådelig å øke resultatkravene i planperioden ut over det nivået som var lagt til grunn i forrige økonomisk langtidsplan og som er videreført i denne langtidsplanen. For 2020 vil imidlertid dette ikke medføre vesentlige endringer i planlagt investeringsnivå, men for planperioden samlet reduseres investeringene med i overkant av 400 millioner kroner. Dette vurderes som krevende spesielt etter 2020.

Administrerende direktør har i arbeidet med økonomisk langtidsplan 2020–2023 vektlagt å involvere klinikkene i større grad enn ved tidligere rullinger. Klinikkene er bedt om å forankre planer i klinikkvise styringsgrupper for en årlig innsparing på to prosent for planperioden. Den 19. mars var det strategiseminar i ledergruppen med omstilling for økonomisk langtidsplan 2020–2023 som hovedtema, også med deltakelse fra foretakstillitsvalgte og vernetjeneste. Det er videre gjennomført oppfølgingsmøter med alle klinikkene for gjennomgang av klinikkvise langtidsplaninnspill. Målet med denne prosessen har vært i større grad enn tidligere å konkretisere og forankre omstillingsområder/strategier som vil ha fokus de kommende år i klinikkens omstillingsarbeid.

Administrerende direktør konstaterer at den økonomiske framskrivningen nå gir noe bedre resultater etter at nye bygg er tatt i bruk enn den langtidsplanen styret

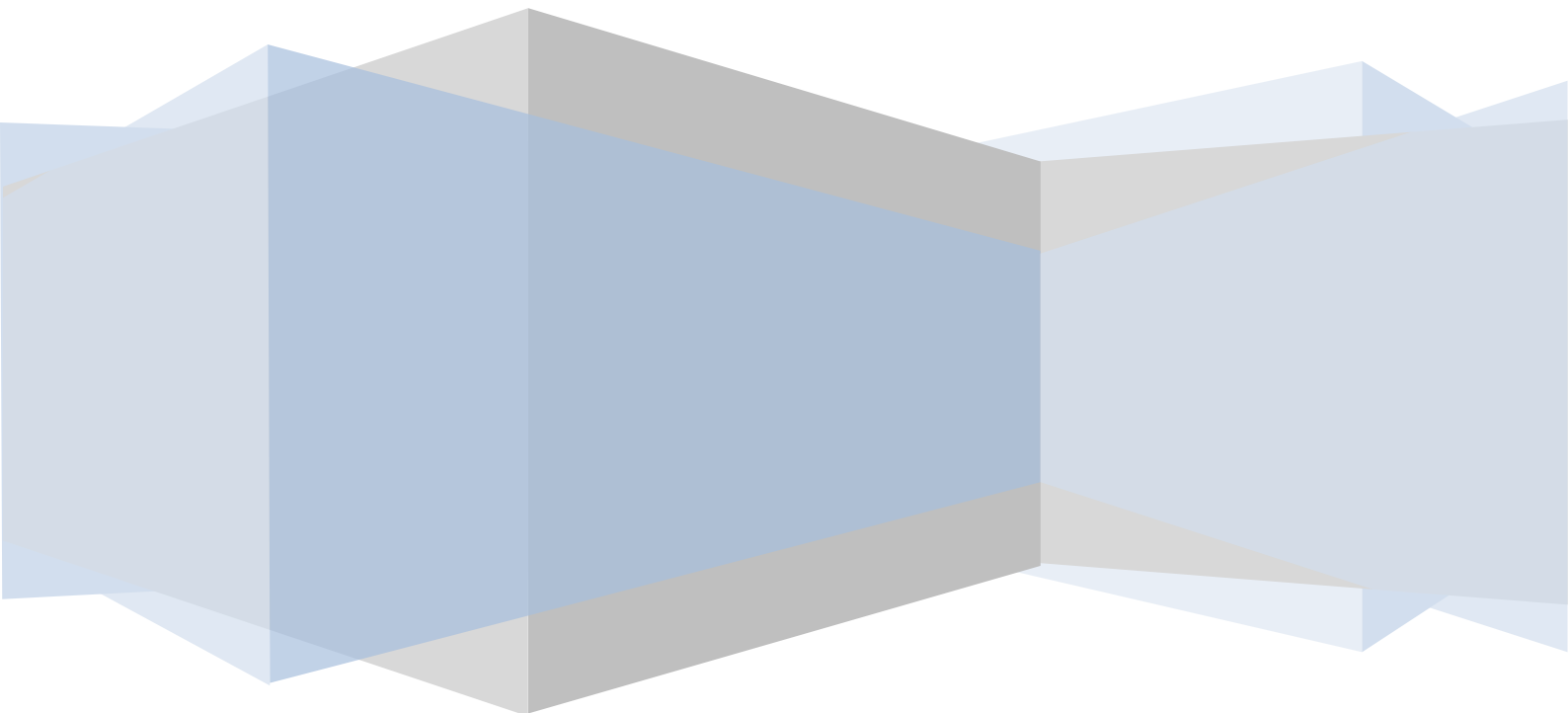
behandlet i desember. Dette skyldes først og fremst endrede renteforutsetninger og viser hvor følsom økonomien ved Oslo universitetssykehus HF er for endringer i rentenivå. Det knytter seg selvfølgelig usikkerhet til de forutsetninger som legges til grunn for utarbeidelsen inkludert de renteforutsetninger som nå legges til grunn for arbeidet.

Administrerende direktør har også gitt foretakstillitsvalgte informasjon i oppsatte dialogmøter hvor de har mottatt informasjonsgrunnlag som har vært gitt i prosessen i foretakets ledergruppe.

Administrerende direktør anbefaler styret å gi sin tilslutning til økonomisk langtidsplan 2020–2023 (39).

Økonomisk langtidsplan 2020 – 2023

Oversendelse Helse Sør-Øst RHF
23. april 2019



Innhold

Sammendrag	2
1. Innledning	3
2. Sentrale mål i planperioden 2020 - 2023	5
2.1 Tiltak for å redusere ventetidene og for å forhindre fristbrudd	5
2.2 Tiltak for å etterfølge prioriteringsregelen	6
2.3 Tiltak for å øke pakkeforløpene for kreftpasienter	6
2.4 Tiltak for å øke pakkeforløpene for pasienter innen psykisk helse	7
2.5 Tiltak for å hindre sykehusinfeksjoner	8
2.6 Tiltak for å hindre korridorpasienter	9
2.7 Tiltak for å redusere andel passert planlagt tid	9
3. Utvikling i resultat og aktivitet i perioden 2020 til 2023	10
3.1 Vurderinger knyttet til aktivitet	10
3.2 Vurdering knyttet til resultatutvikling	10
3.3 Vurdering av kostnader for lønnsområdet	11
3.4 Utviklingen i stillingskategorier og årsverk	12
3.5 Utvikling og kompetansebehovet for fremtidens bemanning	13
3.5.1 Utdanning av leger i spesialisering	13
3.5.2 Utdanning av grunn- og videreutdanning knyttet til universitet og høyskoler	14
3.5.3 Rekruttering	15
3.6 Legemiddelkostnader	15
3.7 Tjenestepriiser fra Sykehuspartner HF	15
3.8 Utvikling i ISF-poeng	16
3.8.1 Somatikk	16
3.8.2 Psykisk helsevern og TSB	16
3.9 Andre utviklingstrekk som kan påvirke aktiviteten i planperioden	17
4. Satsning på psykisk helse og avhengighetsbehandling	18
4.1 Poliklinikk – analyse av forbruk 2016	18
4.2 Prioriteringsregelen	20
5. Hovedtall planperioden 2020 til 2023	21
5.1 Omstilling planperioden 2020 - 2023	21
5.2 Klinikkvise omstillingsområder	22
5.3 Endringer ressursdisponering drift planperioden 2020 - 2023	23
6. Investeringer 2020 - 2023	24
6.1. Prioriterte investeringsplaner innenfor bygg	24
6.2. Prioriterte investeringsplaner innenfor MTU	25
6.3. Prioriterte investeringsplaner innenfor IKT	27
6.4. Tilsynsavvik og oppgraderinger	27
6.5. Nytt klinikkbygg og proton Radiumhospitalet	28
6.6. RSA etappe 1 og etappe 2	28
6.7. Hovedtall planperioden 2020 til 2023 - Investeringer og balanse	29
7. Resultatutvikling for realisering av målbildet	30
7.1. Hovedtall 2024 – 2028	30
7.2. Investeringsnivå 2024-2028 og utvikling i balansen	30
7.3. Hovedtall 2029 – 2035	32
7.4. Økonomisk bærekraft - ved realisering av målbildet	34
8. Likviditet	35
9. Prosess	36
10. Resultat og balanse 2020 – 2039 (Vedlegg)	37
11. Investeringer og finansiering 2020 – 2039 (Vedlegg)	37

Sammendrag

Denne ØLP oppdateringen bygger på forrige rullering av ØLP 2019-2022, behandlet av styret i Oslo universitetssykehus HF i desember 2018.

Driftsgevinstene knyttet til nye bygg er oppretthold på samme nivå som ved forrige rullering av ØLP 2019 – 2022. Flytting av kvinne/barn fra gjennomføring i etappe 2 til etappe 1 innebærer både bortfall av betydelige driftsulemper på Ullevål og tilsvarende tidligere gevinstrealisering for nevnte berørte fagområder.

Klinikkene ved Oslo universitetssykehus HF er denne gang trukket direkte inn i arbeidet med ØLP. Klinikkene har i februar og mars 2019 jobbet med konkretisering av forbedringsområder som skal gi økonomiske effekter for ØLP 2020 – 2023. Klinikkene er bedt om å konkretisere hva som er klinikkens strategi for å levere årlige omstillingskrav på 2 % hvert år i planperioden.

Klinikkvise forbedringsprogram med egne styringsgrupper ble etablert høsten 2018 og klinikkvise omstillinger for planperioden 2020 -2023 er forankret her. Klinikkvise styringsgrupper er sammensatt av klinikkleders ledergruppe samt klinikkvernetjeneste og klinikktilitsvalgte.

Basert på klinikkens leveranser er det samlet for 2020 utarbeidet foreløpige gevinstestimater på 256 millioner kroner. Flere av de somatiske klinikkene har ikke levert foreløpige gevinstestimater for realisering av hele omstillingskravet på 2 %. Foreløpige gevinstestimater for planperioden 2020 – 2023 gir samlet en resultateffekt på 957 millioner kroner. Klinikk for psykisk helse og avhengighet har spilt inn tiltaksområder som skal være grunnlag for klinikkens strategi for omstilling i planperioden på om lag 140 mill. kroner.

Planene som klinikkene opererer med så langt er foreløpig basert på usikre gevinstestimater og må ytterligere konkretiseres ut gjennom de årlige budsjettprosessene. Det gjelder særlig for somatiske klinikker at tiltaksnivået må økes slik at kravet om 2 % omstilling kan realiseres.

Klinikkvise innspill til ØLP 2020 – 2023 fremgår av eget vedlegg klinikkvise tekstdokumenter vedlagt.

Bærekraften bedres ved denne oppdateringen av ØLP 2020 - 2023 først og fremst som følge av lavere rentenivå for planperioden 2022 – 2035.

Oppdateringen av ØLP 2020 – 2023 viser først og fremst hvor følsom driftsøkonomien er for et justert rentenivå.

1. Innledning

Økonomisk langtidsplan 2020 -2023 (ØLP) skal gi et samlet grunnlag for vurdering av økonomisk bæreevne for investeringer i Oslo universitetssykehus HF i et lengre perspektiv enn det enkelte budsjettår. ØLP utarbeides rullerende hvert år med behandling i styret i Oslo universitetssykehus HF i april/mai, sist i desember 2018. Dette som en del av konseptfaseutredningen for Aker og Gaustad ble ØLP oppdatert for å belyse de økonomiske konsekvensene for Oslo universitetssykehus HF, når nye investeringskalkyler, driftsøkonomiske gevinster og andre økonomiske effekter som var utredet, ble lagt til grunn.

Det er lagt til grunn samme nivå for driftsgevinster ved denne oppdateringen av ØLP. Endringer som er gjennomført knyttet til tilleggsutredning kvinne/barn kommenteres særskilt.

Helsetjenesten kommer til å være i betydelig endring i planperioden fram til 2035. Etterspørselen etter spesialisthelsetjenester er økende. En økende befolkning i opptaksområdet, økende levealder, større forventninger fra brukerne, ny teknologi og endringer i sykdomsbilde er noen av de endringsfaktorer som vil treffe helsetjenesten og som vil krever nye måter å organisere tjenestene på. Helsetjenesten må ta hensyn til disse endringsfaktorene. Økonomiske rammer og tilgang til personalressurser vil være begrenset, og nødvendige prioriteringer må gjøres.

Samfunnet finansierer spesialisthelsetjenestene med en samlet inntekt som både skal dekke opp for både drift og investeringer. Når sykehus investerer i medisinsk teknisk utstyr og nye bygg øker kapitalkostnadene, mens inntektene forblir uendret. Økte kapitalkostnader som følge av investeringer i nye bygg kan helseforetakene finansiere enten ved å øke overskudd på driften gjennom effektivisering før nye bygg tas i bruk eller ved å realisere gevinster ved samling av funksjoner og fag i nye moderne bygg. Det økonomiske bærekraftgrunnlaget for investeringer i nye bygg ved Oslo universitetssykehus er en kombinasjon av disse 2 virkemidlene, sparing i forkant og gevinstrealisering ved i bruk taking av nye bygg.

Oslo universitetssykehus HF vil i framtiden være lokalsykehus for en større del av befolkningen i Oslo enn i dag, gjennom de endringene i opptaksområdet som er lagt til grunn. Gjennom realisering av målbildet er det fastsatt at Oslo universitetssykehus HF vil være lokalsykehus for 9 bydeler, mens Lovisenberg og Diakonhjemmet vil være lokalsykehus for Oslos øvrige 6 bydeler (3 hver). Som regionsykehus for Helse Sør-Øst vil Oslo universitetssykehus HF ha ansvar for pasienter fra hele helseregionen med behov for spesialiserte tjenester innen diagnostikk og behandling som ikke ivaretas i andre helseforetak.

Dette krever tett samhandling med andre sykehus i regionen. Sykehuset vil også i framtiden ha et spesielt ansvar for utvikling av ny behandling og for spredning av kompetanse i regionen. Oslo universitetssykehus HF vil fortsatt ha mange nasjonale tjenester, både behandlingstjenester og kompetansetjenester. Oslo universitetssykehus HF sitt sammensatte tilbud til både pasienter i Oslo, regionen og landet er avhengig av riktig finansiering av alle ansvarsområdene for å lykkes med en god videreutvikling av tilbudet for befolkningen.

Det er gjort framskrivninger av forventet aktivitet som også vil påvirkes av medisinskfaglig og teknologisk utvikling. Digitalisering og ny teknologi vil gi muligheter for mer behandling og oppfølging i hjemmet og i primærhelsetjenesten. Aktivitetsøkningen i sykehuset forventes å være størst innen dagbehandling og poliklinisk behandling frem mot 2035.

Det legges til grunn at mer av spesialisthelsetjenestene kommer til å foregå utenfor sykehus, bl.a. ved mer bruk av hjemmesykehus og ambulante team. Det forventes at digital samhandling mellom pasient og spesialisthelsetjenesten og mellom sykehus og andre samarbeidspartnere vil skape et annet samarbeidsmiljø enn i dag til beste for pasientene og for bedre ressursutnyttelse.

Medisinsk forskning, innovasjon og nytt medisinskteknisk utstyr antas å ville bringe fram nye behandlingsmuligheter. Oslo universitetssykehus HF er Norges største universitetssykehus og vil gjennom sin rolle i helsetjenesten og medisinsk forskning, regionalt, nasjonalt og internasjonalt, bidra sterkt til denne utviklingen. Samarbeidet med Universitetet i Oslo om utvikling av ny teknologi og ny behandling har hatt og vil i framtiden ha stor betydning.

Målrettet behandling med nye medikamenter rettet mot spesifikke markører i cellene har allerede endret sentrale deler av den medisinske behandling. Utviklingen innen persontilpasset medisin vil fortsette, med mer individualisert behandling for å kunne gi behandling med større grad av treffsikkerhet og reduksjon av uvirksom behandling. Diagnostikk og behandling vil få støtte av kunstig intelligens innen flere av sykehusets virksomheter.

Tilbudet til pasientene må være mest mulig koordinert og sømløst både innad i sykehuset, mellom de ulike sykehusene og mellom sykehuset og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Nye moderne bygg vil gjøre det mulig å gjennomføre en bedret planlegging og gjennomføring av pasientbehandling når lands- og regionfunksjoner som i dag drives ved 2 hovedlokasjoner samles i nye bygg på Gaustad. Nytt lokalsykehus på Aker sammen med ny storbylegevakt vil videreføre og heve kvaliteten for pasienter fra Osloområdet betydelig, og vil danne grunnlag for et koordinert og sømløst tilbud mellom sykehuset og kommunale helsetjenester.

Oslo universitetssykehus HF skal arbeide for å øke pasientenes medvirkning i beslutningsprosesser og styrke deres mestringsevne i ulike faser av sykdommen og behandlingen. Moderne teknologi er et viktig verktøy for å sette pasientene i bedre stand til å ta egne valg, kommunisere med helsetjenesten og foreta enkle målinger som kan forhindre unødvendige oppmøter i sykehus. Videreutvikling av teknologiske løsninger for spesialisthelsetjenesten i Oslo universitetssykehus HF vil ha bedre vilkår når fagmiljø samles i moderne bygg med god og oppdatert infrastruktur for fremtiden.

Oslo universitetssykehus HF har med denne oppdateringen av ØLP lagt til grunn de endringsfaktorer som vil påvirke framtidig sykehusvirksomhet, som befolkningsutvikling, sykdomsutvikling, medisinskfaglig utvikling, teknologisk utvikling, samt funksjons- og oppgavedeling med andre sykehus og primærhelsetjenesten. Disse faktorene danner grunnlaget for beregninger av framtidig kapasitetsbehov som er lagt til grunn for de betydelige investeringer i nye bygg som er innarbeidet i denne oppdateringen av ØLP.

2. Sentrale mål i planperioden 2020 - 2023

2.1 Tiltak for å redusere ventetidene og for å forhindre fristbrudd

Oppfølgingen av klinikkene og fagavdelingene har gitt gode resultater på disse områdene gjennom 2018. I 2018 var gjennomsnittlig ventetid for alle avviklede pasienter 58 dager en reduksjon på 2 dager sammenlignet med samme periode i 2017 (60 dager). Innen psykisk helse og tverrfaglig spesialisert rusbehandling var gjennomsnittlig ventetid til avvikling i 2018 44 dager, mot 46 dager i 2017.

Per utgangen av desember var det 106 fristbrudd for ventende pasienter. Sammenlignet med samme tidspunkt i 2017 er dette en økning på 11 fristbrudd. Årsaken til meldte fristbrudd var i stor grad feilregistreringer og mangelfull kvalitetssikring av registrerte data, utsettelse pga manglende kapasitet ifm jul og nyttår, forhold som knytter seg til registrering av PrEP-pasienter på Olafiaklinikken og samarbeid om pasienter som overføres fra Gynekologisk avdeling og Urologisk avdeling.

Tiltak og føringer for å sikre ytterligere reduksjon i ventetid og fristbrudd i planperioden:

- Henvisninger skal som hovedregel vurderes daglig og vurderingstiden skal ikke ta mer enn fem dager av vurderingsperioden. Ikke vurderte henvisninger med mottattdato mer enn tre dager tilbake skal følges opp til vurdering.
- Pasienter skal tildeles fast tid for oppmøte innen 10 virkedager fra henvisningen er mottatt.
- Ventetid slutt skal være registrert på videre henviste som allerede har fått innfridd sin rettighet ved annet HF
- Ventetid slutt skal være registret i sann tid når ny henviste har fått innfridd sin rettighet.
- Ny henviste, pasientutsatte, skal følges opp med ny tid, eventuelt skal henvisningen lukkes.
- Ingen pasienter skal rettighetsvurderes på nytt for samme tilstand.
- Tentativ dato skal være styrende for inntak av ny henviste og planlagt tid være fastsatt i god tid før frist start helsehjelp. Tentativ måned skal ikke benyttes i forbindelse med rettighetsvurdering.
- Ingen skal vente mer enn ett år. Vi viderefører samarbeidet med velg behandlingssted om pasienter/pasientgrupper som har lav prioritert og som kan motta helsehjelp et annet sted.
- Registrering av diagnosegrupper i DIPS for å lette prioritering på venteliste, sikre at pasienten kommer til riktig spesialist, øke kunnskap om hvilke pasientgrupper som venter lengst, samt identifisere årsak til ventetid utover planlagt tid.
- Gjennomgang av de tabeller i NPR- tilbakemeldingen hvor NPR har identifisert avvik som påvirker ventetiden.

Det vil månedlig fortsatt være en like tett oppfølging av pasienter som er i et forløp, for å sikre at pasienter får innfridd den medisinske fristen som er satt, etter at retten til utredning eller behandling er innfridd.

Bedre langtidsplanlegging skal sikre at timebøker er etablert minst 12 mnd. frem i tid. Sykehuset jobber med forbedringsprosjekter som bedrer kvalitet og kapasitet og med oppgavedeling og samarbeid med andre sykehus og private spesialister. Gjennom et overgripende prosjekt for kapasitet de neste 5-8 årene vil vi sikre at vår kapasitet utvikles i tråd med behovet, blant annet gjennom god utnyttelse av alle arealer og en hensiktsmessig fordeling

av oppgavene internt i sykehuset. Det er forventet en videre økning i behovet for poliklinikk og dagbehandling, og det vil kreve god utnyttelse av behandlingsrom, arealer og utstyr.

I sykehusets handlingsplan er det beskrevet detaljerte tiltak for ajourhold av venteliste, kvalitetssikring av ventelistedata ved bruk av utvalgte rapporter i DIPS, rutiner for overholdelse av meldeordningen til Helfo, samt rutiner for kvalitetssikring av NPR- meldingen ved månedens slutt. Det foreligger funksjonsbeskrivelser for rollene ventelisterådgiver, personell som følger opp henvisninger og for vurderingsansvarlige leger/behandlere. Disse rollene vil kontinuerlig styrkes med kunnskap om henvisningsprosessen og det gjennomføres kontinuerlige opplæringstiltak til personell som håndterer henvisninger og som har ansvar for innkallingsrutiner.

2.2 Tiltak for å etterfølge prioriteringsregelen

Det vil i de årlige budsjettprosessene for Oslo universitetssykehus gjennomføres krav til omstilling og prioriteringer av nye satsninger både innenfor somatisk virksomhet og psykisk helse og rus. Som tidligere vil psykisk helse og rus få lavere effektiviseringskrav og en større andel av de midlene foretaket disponeres som kan benyttes til nye satsninger. Det er planlagt høyere vekst innenfor poliklinisk virksomhet innenfor psykisk helse og rus området enn for somatisk virksomhet i ØLP 2020 -2023.

I løpet av 2018- 2019 har klinikk Psykisk helse og avhengighet iverksatt tiltak for å bedre henvisningsprosessen, kvalitetssikre registrerte ventelistedata i DIPS, samt øke andel som blir direktebooket. Klinikken har gjennomført opplæring i registrering av forløpstider for pakkeforløp, samtidig som det arbeides med planer for tilgjengelighet og god kapasitetsutnyttelse. Det er for tiden størst utfordring å redusere ventetid for barn og unge, samt for nyetablert tilbud innen akuttpsykiatri ungdom (FRONT). Klinikken fortsetter å videreføre tiltak i planperioden som vil bedre ventetiden for pasienter som får et tilbud i disse avdelingene.

2.3 Tiltak for å øke pakkeforløpene for kreftpasienter

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

Oslo universitetssykehus HF skal jobbe målrettet for å inkludere 70 % av nye kreftpasienter i pakkeforløp, og at minst 70 % av pakkeforløpene for kreftpasienter er gjennomført innen standard forløpstid. Sykehuset har etablert gode forløp innen mange kreftformer. Andelen kreftpasienter registrert i pakkeforløp i 2018 var 68 prosent mens andelen gjennomført innenfor standard forløpstider var 59 prosent for alle behandlingsformer sett samlet.

Dette var en nedgang fra resultatene i 2017, og det er derfor igangsatt et ekstraordinært arbeid i første halvdel av 2019 som skal bidra til en målbar og varig forbedring i måloppnåelse for pakkeforløpene ved sykehuset. Det er gjort en overordnet analyse av samtlige pakkeforløp ved Oslo universitetssykehus HF, hvor man har identifisert utfordringer som gjelder flere pakkeforløp, og i tillegg valgt ut 9 forløp der det skal arbeides spesielt med forbedringsarbeid frem mot sommeren. De 9 utvalgte forløpene er eggstokkreft, livmorkreft, nyrekreft, prostatakreft, skjoldbruskkjertelkreft, bukspyttkjertelkreft, lungekreft, metastaser med ukjent utgangspunkt og diagnostisk pakkeforløp. Ved slutten av analyse- og forbedringsfasen vil det

gjøres en oppsummering av resultat der tiltak som kan gjennomføres i alle/andre pakkeforløp fremheves.

Utfordringer som gjelder flere pakkeforløp, eksempelvis radiologi-, patologi- og operasjonskapasitet vil håndteres samlet som et resultat av arbeidet, og inkludere forslag til tiltak. Det er i tillegg definert egne arbeidsfelt for å heve kompetansen til roller involvert i pakkeforløp og for å forbedre styringsmodellen rundt pakkeforløpene. Alle klinikker er bedt om å sette av ressurser til dette arbeidet frem mot sommeren 2019. Arbeidet som gjøres har et spesielt fokus på pasientgruppene Oslo universitetssykehus HF blir fulgt opp på (pakkeforløp som starter ved Oslo universitetssykehus HF), men vil også ha effekt for pakkeforløp startet ved andre sykehus.

2.4 Tiltak for å øke pakkeforløpene for pasienter innen psykisk helse

I første kvartal 2019 er det innført seks pakkeforløp innen psykisk helse og rus i Oslo universitetssykehus HF. I forkant av implementeringen er det gjennomført et omfattende prosjekt i tett samarbeid med linjeledelse for å legge til rette for pakkeforløpene, både med tanke på organisering og innhold. Klinikk psykisk helse og avhengighet vil i planperioden arbeide målrettet for at 80 % av pasientene innen psykisk helsevern barn, unge og voksen skal gjennomføre sine forløp for utredning innen forløpstid, og at 60 % av pasienter i tverrfaglig spesialisert rusbehandling får gjennomført sine forløp fra avrusning til påbegynt behandling innen forløpstid. Det er forventet innføring av flere pakkeforløp innen psykisk helse og rus i planperioden.

Klinikk psykisk helse og avhengighet har i løpet av 2018 utredet ulike alternativer for organisering av pakkeforløpene. Klinikken har etablert nye roller og funksjoner med ansvar og myndighet for kunne gjennomføre pakkeforløpene på en god måte. Klinikken har også etablert en foreløpig prosjektlederstilling i fagstab for å støtte linjeledelsen i oppfølging av pakkeforløpene. I planperioden vil klinikken gjøre seg erfaringer med valgt organisering, og tilpasse dette for å best mulig understøtte driften for å nå målsettingene i pakkeforløp.

Det er beregnet at klinikk psykisk helse og avhengighet skal registrere om lag 60 000 nye koder årlig som følge av implementering av pakkeforløp. Det er lagt ned en betydelig innsats i implementeringsfasen for å etablere nye rutiner og styrende dokumenter for arbeidet med koding.

Når forløpstider og kvalitetsindikatorer publiseres fra Norsk pasientregister/Helsedirektoratet i løpet av 2019, vil klinikken benytte dette materialet i forbedringsarbeid i klinikken. For å oppnå gode forløp med måloppnåelse i henhold til forløpstider og tilstrekkelig god kodekvalitet blant annet med henblikk på rapportering til Norsk pasientregister (NPR), er det i planperioden behov for å styrke det kodefaglige arbeidet med 4 årsverk (estimert 2.8 millioner).

Klinikk psykisk helse og avhengighet har flere seksjoner/enheter som ikke vil oppnå de anbefalte forløpstidene i pakkeforløpene på grunn av for liten kapasitet. Det gjelder blant annet døgnenhetene ved seksjon Psykiatri og utviklingshemming som har regional funksjon og Angst- og tvangslidelses poliklinikk som har områdefunksjon. Oslo universitetssykehus HF må styrke seksjon Psykiatri og utviklingshemming med 3 stillinger (estimert 2.1 millioner kroner), og Angst-tvangslidelse poliklinikk med 4.5 årsverk (estimert 3.5 millioner kroner).

Helsedirektorat ber om at det innføres feedbacksystem for å styrke brukervedvirkningen i pakkeforløp. Klinikk psykisk helse og avhengighet har startet arbeidet med valg av feedbacksystem og håper det kan implementeres i løpet av 2020. Dette er et meget omfattende tiltak der pasientene skal gi regelmessige tilbakemeldinger etter konsultasjonene. Det dreier seg om 10 000 pasientforløp per år med anslagsvis 180 000 konsultasjoner årlig.

2.5 Tiltak for å hindre sykehusinfeksjoner

Det ligger til enhver tid pasienter med sykehusinfeksjon i OUS, hvorav om lag en tredjedel med postoperativ sårinfeksjon. Mange av disse kan forebygges. Forekomsten av resistente bakterier er sterkt økende, med flere utbrudd der mange hundre pasienter må screenes etter mulig eksponering.

Tiltak: OUS følger handlingsplan for smittevern 2014 – 2018. Antibiotika styringsprogrammet er under implementering, med planer for økt støtte i klinikkene.

Målet er at sykehusinfeksjoner er redusert til under tre prosent ved Oslo Universitetssykehus. OUS har de siste årene ligget på 6-7 % i sykehusinfeksjoner. Dette gjelder alle sykehusinfeksjoner. Når vi kun snakker om de sykehusinfeksjonene som rapporteres til Folkehelseinstituttet, dvs. blodbaneinfeksjoner, nedre luftveisinfeksjoner, urinveisinfeksjoner og postoperative sårinfeksjoner, har forekomsten vært rundt 5 %. I 2018 var den gjennomsnittlige prevalensen av alle helsetjenesteassosierte infeksjoner 5,9 %, og for de infeksjonene som skal rapporteres til Folkehelseinstituttet var den 4,2 %. Blant disse var det henholdsvis 0,7 % og 0,4 % som hadde oppstått på annet sykehus. De dominerende infeksjonene er postoperative sårinfeksjoner (1,8 %), blodbaneinfeksjoner (sepsis) (1,3 %), pneumonier (1,1 %), magetarminfeksjoner (0,5 %) og urinveis- infeksjoner (0,4 %). Andelen som fikk antibiotika var 24,2 %, mot 26,1 % i 2015-16.

Resistente bakterier tar stadig mer ressurser til smittevern. Behovet for isolering øker og mangel på isolater er et daglig problem. Eksempelvis ble det påvist ESBL hos 154 inneliggende pasienter i 2014, mot 404 i 2018. Antallet hendelser som krever smitteoppsporing har økt tilsvarende. Dette går på bekostning av annet smittevernarbeid. Det må derfor prioriteres hardt, og Avdeling for smittevern prioriterer derfor å jobbe med postoperative infeksjoner og blodbaneinfeksjoner.

Oslo universitetssykehus HF har en egen avdeling for smittevern. Avdeling for smittevern har strategiske og operative oppgaver med forebygging, kontroll og overvåking av helsetjenesteassosierte infeksjoner. Avdelingen har ansvar for Regional kompetansetjeneste for smittevern i Helse Sør-Øst og Nasjonal kompetansetjeneste for dekontaminering.

Oslo universitetssykehus HF har en egen «Strategi for forebygging og kontroll av helsetjenesteassosierte infeksjoner 2014 -2018» (under revisjon) og en «Handlingsplan for smittevern 2014 – 2018» (under forleggelse/revisjon).

Det ble utviklet 54 nivå 1 prosedyrer (sykehusovergripende prosedyrer) i e-håndboken som beskriver tiltak for å forebygge sykehusinfeksjoner. Disse er relatert til disse fem områdene:

1. Pasientrettet
2. Smittevernhygiene
3. Miljø
4. Personal
5. Udefinert klassifisering

2.6 Tiltak for å hindre korridorpasienter

Det har i 2018 vært fokus på å opprettholde den lave andelen korridorpasienter. Andelen har i løpet av de siste to årene vært lav og ligger ved utgangen av 2018 på 0,5 % for hele Oslo universitetssykehus. Dette er en ytterligere reduksjon sammenlignet med 2017. Press på senger varierer mellom klinikkene. Utjevning er vanskelig på grunn av bygg og lokalisasjoner. Klinikkene jobber med preventive og utlignende tiltak, blant annet utnyttes ledige senger på tvers av fagtilhørighet.

Oslo universitetssykehus HF har stor fokus på optimalt kapasitetsutnyttelse. I akuttmottaket gjennomføres det tre ganger daglig «driftsmøter» sammen med «Teamleder kirurgi» og «Konfereringsvakt medisin». I disse «driftsmøtene» skaffes oversikt over ledig sengekapasitet i sykehuset særlig relatert til kapasiteten på Ullevål sykehus og pasienter som er innlagt på akuttmottaket. I Medisinsk klinikk er det etablert en plasseringsfunksjon «Plassansvarlig – Medisin (PAM)». Denne funksjon har plasseringsmyndigheten i Medisinsk klinikk. Sengepostene har implementert strukturert og prioritert visitt for pasienter som skal skrives ut. Ved å frigjøre sengekapasiteten tidlig på utreisedagen skaffes ledig kapasitet til å kunne ta i mot elektive pasienter. I tillegg til tidlig visitt samarbeides det på tvers av seksjoner og avdelinger for å disponere pasientene i henhold til ledig kapasitet.

Oslo universitetssykehus HF har implementert «Handlingsplan ved kritisk beleggsituasjon». Handlingsplan er lagt i e-Håndboken som en N1-prosedyre og beskriver og regulerer tiltak ved en kritisk beleggsituasjon for å utnytte den samlede sengekapasiteten på tvers av sykehusets lokalisasjoner og for å skaffe ekstra sengekapasitet.

2.7 Tiltak for å redusere andel passert planlagt tid

Planlagt kontakt benyttes for å gi time til poliklinisk konsultasjon, innleggelse og annen kontakt i sykehuset. Indikatoren «passert planlagt tid» uttrykker sykehuset evne til god planlegging av drift. I Oslo universitetssykehus HF var det per desember 2018 en andel på 5,1 prosent med passert planlagt tid. På samme tidspunkt i 2017 var andelen 5,8 prosent. Det arbeides med å redusere antall pasienter med passert planlagt tid gjennom tett oppfølging innenfor alle fagområder.

3. Utvikling i resultat og aktivitet i perioden 2020 til 2023

3.1 Vurderinger knyttet til aktivitet

Aktivitetsveksten er redusert med 0,25 % årlig i planperioden sammenlignet med forrige ØLP 2019 – 2022. Klinikkenes samlede vurdering fremgår av tabellen under og viser en noe lavere vekst enn hva som er forutsatt ved oppdatering av ØLP 2020-2023. I vekstestimatene for helseforetaket inngår også ISF poeng for H-reseptor mv, som er forutsatt å ha en noe høyere vekst i planperioden.

Aktivitetsvekst ØLP	2020	2021	2022	2023
Klinikkenes vurdering av aktivitet 2020 -2023	1,0 %	1,3 %	1,4 %	1,6 %
Forutsatt aktivitetsvekst ØLP 2020-2023	1,5 %	1,5 %	1,5 %	1,5 %
Aktivitetsvekst ØLP 2019 -2022	1,75 %	1,75 %	1,75 %	1,75 %
Endring aktivitetsvekst	-0,25 %	-0,25 %	-0,25 %	-0,25 %

Tabell 1: Aktivitetsvekst 2020 - 2023

Hovedårsaken til noe lavere vurdert aktivitet ved denne rulleringen av ØLP er knyttet til nye befolkningsprognoser fra SSB. Befolkningsveksten i 2018 var omtrent på samme nivå som i 2004 – det året EU ble utvidet med flere tidligere østblokkland, blant annet Polen og Litauen som har sterke utvandrertradisjoner. Innvandring fra nettopp disse landene er en viktig forklaring på den kraftige befolkningsveksten de siste 15 årene, men nedgangen i innvandring fra disse landene er også en viktig forklaring på at befolkningsveksten har gått ned. I tillegg har det vært en markant nedgang i fruktbarheten siden 2009. I 2009 var fruktbarheten 1,98 – det vil si nær to barn per kvinne, i 2017 hadde fruktbarheten falt til 1,62. Og nedgangen fortsatte i 2018 til 1,56 barn per kvinne. Fruktbarheten har altså sunket med 0,42 barn, det vil si nesten et halvt barn per kvinne, det siste tiåret.

Det er flere drivere knyttet til framskriving av aktivitet enn befolkning, bla andel eldre, medisinsk insidens og nye behandlingsformer. Det er derfor til dels stor usikkerhet knyttet til aktivitetsvekst for planperioden. Endring i aktivitet knyttet til endret oppgavedeling internt i Oslo sykehusområde er også et moment som vil redusere aktivitetsveksten i planperioden. I 2019 og 2020 ventes det en vekst knyttet til pasienter med akutt hjerneslag i Oslo universitetssykehus. Fra 2020 ventes en reduksjon i aktiviteten knyttet til overføring av medikamentell kreftbehandling fra OUS til andre sykehus i Oslo. Dialyse for pasienter fra bydeler tilhørende Lovisenberg og Diakonhjemmet er planlagt overført fra 2020. Det er samtidig forutsatt at dialyse for pasienter tilhørende Groruddalen som i dag får sin behandling ved AHUS tilbakeføres Oslo universitetssykehus når dette skiftet skjer.

3.2 Vurdering knyttet til resultatutvikling

Resultatene for årene 2020 -2022 er på samme nivå som ved forrige rullering av ØLP 2019 – 2022. For 2023 er resultatet økt sammenlignet med forrige rullering av ØLP 2019 -2022. Dette skyldes at aktivering av nytt klinikkbygg ved Radiumhospitalet var forutsatt fra 2022 ved forrige rullering av ØLP 2019 – 2022. Dette er nå flyttet til 2023 og medfører at avskrivningene som følge av denne investeringen i hovedsak belaster driftsbudsjettet først fra 2024. Resultatet er økt tilsvarende lavere avskrivningskostnader. For øvrig så er rentebanen høyere for de to første årene og lavere for de to siste årene av planperioden sammenlignet med forrige ØLP 2019 -2022. Det er lagt til grunn følgende resultater for planperioden 2020 – 2023:

Indikator ekskl. salg (millioner kroner)	2020	2021	2022	2023
Resultat (ekskl. salg av eiendom)	250	350	450	535
Ordinært resultat foretaket i ft. omsetning (Mål = 2,5%)	1,2 %	2,2 %	2,2 %	2,5 %

Tabell 2: Resultater for planperioden 2020 – 2023

Det er planlagt med et resultatnivå tilsvarende 2,5 % av foretakets omsetning i løpet av planperioden i samsvar med målsatt krav for Helse Sør-Øst RHF.

3.3 Vurdering av kostnader for lønnsområdet

Andel innleie, overtid, ekstrahjelp samt refusjoner er videreført på samme nivå som i budsjett 2019 for hele planperioden. Pensjonskostnader er videreført med samme andel som budsjett 2019 for hele planperioden i samsvar med føringer fra Helse Sør-Øst RHF. Lavere budsjettnivå for ekstern innleie, overtid, ekstrahjelp og refusjoner i forhold til faktiske nivåer for 2018 må sees opp mot høyere andeler for budsjettert fastlønn og annen lønn. Det er i ØLP 2020 -2023 en ambisjon å øke andelen fast ansatte og redusere andelen ekstern innleie og overtid. En dreining fra dyre timer til mer fastlønn vil i sum øke antall produserte timer for samme kostnad og gi et positivt bidrag til foretakets økonomiske utvikling. Oslo universitetssykehus har høyere andel dyre timer enn andre foretak i Helse Sør-Øst RHF.

Tabellen under viser andeler for ulike lønnskategorier i planperioden. Bemanningen er forutsatt å være på om lag samme nivå for hele planperioden. Arbeidsproduktiviteten bedres med 5,5 prosent i planperioden.

Kostnader lønn og ekstern innleie - tusen kroner	F2018	%- andel	B2019	%- andel	2020	%- andel	2021	%- andel	2022	%- andel	2023	%- andel
Innleid arbeidskraft	229 518	1,4 %	163 750	1,0 %	163 750	1,0 %	163 750	1,0 %	163 750	1,0 %	163 750	1,0 %
Lønn til fast ansatte	11 269 241	70,6 %	11 826 285	71,8 %	11 817 805	71,8 %	11 835 458	71,8 %	11 857 202	71,8 %	11 891 948	71,8 %
Overtid og ekstrahjelp	1 310 029	8,2 %	1 179 068	7,2 %	1 178 223	7,2 %	1 179 983	7,2 %	1 182 150	7,2 %	1 185 615	7,2 %
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	1 966 143	12,3 %	1 986 443	12,1 %	1 985 019	12,1 %	1 987 984	12,1 %	1 991 636	12,1 %	1 997 472	12,1 %
Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-760 215	-4,8 %	-717 719	-4,4 %	-717 204	-4,4 %	-718 276	-4,4 %	-719 595	-4,4 %	-721 704	-4,4 %
Annen lønn	1 940 348	12,2 %	2 040 039	12,4 %	2 038 576	12,4 %	2 041 621	12,4 %	2 045 372	12,4 %	2 051 366	12,4 %
Sum kostnader lønn og ekstern innleie	15 955 063	100 %	16 477 866	100 %	16 466 168	100 %	16 490 520	100 %	16 520 515	100 %	16 568 447	100 %
Vekst i lønnskostnader mellom årene					-0,1 %		0,1 %		0,2 %		0,3 %	
Arbeidsproduktivitet					1,6 %		1,4 %		1,3 %		1,2 %	

Tabell 3: Arbeidsproduktiviteten 2020 - 2023

3.4 Utviklingen i stillingskategorier og årsverk

Stillingskategorier	Faktisk				
	2018	2020	2021	2022	2023
Total	19 113	19 253	19 281	19 317	19 373
<i>Ikke tilgjengelig</i>	162	164	164	165	165
Administrasjon/Ledelse	3 233	3 242	3 247	3 253	3 262
Pasientrettede stillinger	1 559	1 577	1 579	1 582	1 587
Lege	2 623	2 630	2 634	2 639	2 647
Overleger	1 639	1 645	1 648	1 651	1 656
LIS-leger	933	936	937	939	942
Turnusleger	49	49	49	49	50
Psykolog	320	316	316	317	318
Sykepleier	6 071	6 103	6 112	6 124	6 142
Spesialsykepleier	2 323	2 333	2 336	2 340	2 347
Sykepleier	3 477	3 499	3 504	3 510	3 521
Jordmor	271	272	272	273	274
Helsefagarbeider/hjelpepleier	499	507	507	508	510
Diagnostisk personell	1 648	1 658	1 660	1 663	1 668
Apotekstillinger	4	4	4	4	4
Drifts/teknisk personell	1 525	1 519	1 521	1 524	1 529
Ambulansepersonell	560	617	618	619	621
Forskning	910	917	918	920	922
Prosentvis utvikling i brutto årsverk		-0,1 %	0,1 %	0,20 %	0,3 %

Tabell 4: Utvikling i stillingskategorier 2020 -2023

Andeler budsjetterte årsverk på stillingskategorier er videreført med samme andeler som for faktisk nivå i 2018 for hele planperioden. Foretaket budsjetterer ikke på stillingskategorier i årsbudsjettet.

Den største utfordringen knyttet til kompetanse er for spesialsykepleiere innenfor operasjon. Totalt mangler foretaket om lag 350 årsverk spesialsykepleiere. Det er en ambisjon å øke andel spesialsykepleiere i planperioden og redusere andel sykepleiere.

Flere klinikker har også planer for å øke andel helsefagarbeider/hjelpepleier ved å gå ned på andel sykepleiere.

	Budsjett				
	2019	2020	2021	2022	2023
Brutto månedsverk somatikk	15 622	15 597	15 621	15 649	15 695
- prosentvis endring		-0,2 %	0,1 %	0,2 %	0,3 %
Brutto månedsverk psykiatri	2 208	2 213	2 217	2 221	2 227
- prosentvis endring		0,3 %	0,1 %	0,2 %	0,3 %
- Herav Voksenpsykiatri	1 764	1 767	1 769	1 772	1 778
- Herav Barne- og ungdomspsykiatri	444	447	447	448	449
Brutto månedsverk rus	447	451	451	452	453
- prosentvis endring		0,8 %	0,1 %	0,2 %	0,3 %
Brutto månedsverk Prehospital	990	990	991	993	996
- prosentvis endring		0,0 %	0,1 %	0,2 %	0,3 %
Brutto månedsverk annet	2	2	2	2	2
Brutto månedsverk totalt	19 268	19 253	19 281	19 317	19 373

Tabell 5: Utvikling i månedsverk 2020 -2023

Det er for somatikk og prehospital virksomhet forutsatt noe lavere vekst for 2019 -2020 enn for klinikk psykisk helse og avhengighet.

3.5 Utvikling og kompetansebehovet for fremtidens bemanning

Virksomheten ved Oslo universitetssykehus er sammensatt og variert. Dette krever kompetanse fra det generelle til det svært spesialiserte. Helseforetaket må ha ansatte med nødvendig kompetanse for å kunne ivareta dagens behov og ha en effektiv drift, men også for å ta i bruk nye muligheter og ivareta endrede krav til virksomheten. Foretaket har stort sett god kontroll på personellbehov og tilgang på god kompetanse. Det er et ekstra behov for visse typer spesialsykepleiere og praksisplasser for spesialsykepleiere, samt enkelte legespesialister.

Ulike rekrutterings- og utviklingstiltak er iverksatt, som utdanningsstillinger for spesialsykepleiere og kompetanseutviklingsprosjekter knyttet til jobbgjeldning innen blant annet sterilforsyning og blodprøvetaking. Helseforetaket tilbyr klinisk kompetanseprogram til sykepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter, sosionomer, vernepleiere og barnevernspedagoger. Det må i årene fremover arbeides systematisk med strategisk bemannings- og kompetanseplanlegging. Systematisk betyr at det etableres permanente fora hvor det strategiske arbeidet ivaretas. Det kan være hensiktsmessig i dette arbeidet å dele inn i fagområder, eksempelvis; medisin, sykepleie, andre helsefag, og øvrige fagområder.

Det er planlagt å utarbeide strategier for å rekruttere, beholde og utvikle nødvendig kompetanse hos medarbeidere. Det er løpende dialog med utdanningsinstitusjonene for å få utdanninger i samsvar med tjenestenes behov.

3.5.1 Utdanning av leger i spesialisering

Med ny reform for utdanning av leger i spesialisering (LIS), får OUS et særskilt ansvar for LIS utdanning i regionen. Dette ivaretas ved opprettelse av «Regionalt utdanningssenter for leger i spesialisering». Senteret får betydelige oppgaver, som i en grunnutdanning ville vært lokalisert til et universitet eller høyskole. Senteret må således utvikles for å kunne ivareta oppgaver som eksempelvis ansvar for ca. 200 kurs/år regionalt/nasjonalt, tiltak for utvikling av legers pedagogiske kompetanse, utvikling av legers veileder- og kommunikasjonsferdigheter, utvikling av e-læring, samt bidra til hensiktsmessige LIS-løp i regionen. For å imøtekomme behovet for kursvirksomheten og møter med regionale fagfora, må det snarlig spilles inn behov for at egne kurs- og møtelokaler knyttes til nytt sykehus. Dette bør ligge samlet i en egen blokk, som vil gjøre det mulig å drive profesjonell kurs- og møtevirksomhet.

Tiltak for LIS

- OUS videreutvikler «Regionalt senter for leger i spesialisering» og etablerer et profesjonelt kursadministrativt system som inkluderer areal for kurs og møtevirksomhet.
- Legerollene; fokus på kompetansehevede tiltak utover den faglige rollen legen har (utvikling av felles kompetansemoduler gjeldende for alle spesialiteter).
- Utdanningsledelse av LIS-utdanning i OUS og i regionen, samt kompetansehevede tiltak «Faculty development».
- Større integrering av LIS utdanning mot andre aktører; avtalespesialister, kommunen, internasjonale arenaer (sykehus, organisasjoner som Leger uten grenser, etc).
- OUS utvikler en profesjonell fakultetsstruktur som sikrer infrastruktur for utdanningsledelse av LIS, nødvendig kompetansehevede tiltak for overleger og LIS

innen pedagogiske ferdigheter, samt kunnskap og ferdigheter innen alle de roller en lege skal beherske i sitt daglige virke (de 7 legeroller).

- Utdanning og utdanningsledelse blir meritterende på lik linje med forskning, og det etableres en karrierestige innen utdanning

3.5.2 Utdanning av grunn- og videreutdanning knyttet til universitet og høyskoler

Å utvikle program-/fagplaner for eksisterende utdanninger skjer tverrsektorielt i et likeverdig samarbeid med utdanningsinstitusjonene hvor både den profesjonsspesifikke og den profesjonsovergripende kompetansen ivaretas.

Oslo Met er en viktig samarbeidspartner for kompetanseutvikling mange grupper helsepersonell på OUS. Dette gjelder både grunn og videreutdanning, herunder spesialistutdanning. OUS ser det positivt at Oslo Met ønsker også i økende grad å tilby fleksible utdanningsmoduler basert på arbeidsgiveres behov og vil i samarbeidet med Oslo Met bidra til å utvikle disse modulene. Det er også viktig at utdannings og forskningsorienterte institusjoner som Oslo Met i samarbeid med OUS arbeider sammen om løse utfordringer og kompetansebehov knyttet til AI, automasjon, persontilpasset medisin mm, slik at dette kommer tidlig inn i utdanningene.

Tiltak utdanning:

- OUS utvikler en helhetlig strategisk plan for å imøtekomme spesialsykepleiermangelen. Flere av satsningene skjer i et samarbeid med høgskolene. Denne planen revideres årlig i samarbeid med fagmiljøer og linjeledelsen.
- OUS samarbeider tett med utdanningsinstitusjonene for at de skal tilby fleksible utdanningsløp som er tilpasset arbeidslivet, eksempelvis innen de ulike fagområdene innen spesialsykepleie.
- OUS satser på å videreutvikle veiledningskompetansen til ansatte som har et utdanningsansvar.
- Utdanning i OUS skal fortsatt ha et internasjonalt perspektiv med prosjekter for kunnskapsdeling med lav – og mellominntektsland. Det vil bli et spesielt fokus på konkrete utdanningsprosjekter for spesialisering av leger, samt utdanninger på bachelor- og masternivå som OUS er involvert i, og ha et spesielt fokus på evaluering av disse utdanningsprogrammene.

Oslo universitetssykehus vil også i framtiden ha en sentral rolle i grunnutdanningen av helsepersonell. Sykehuset vil ha en ledende rolle i utdanning av nye legespesialister i Helse Sør-Øst gjennom Regionalt utdanningssenter for leger i spesialisering. Denne utdanningen må tilpasses det til enhver tid beregnede behov og den medisinske utvikling.

Det er sentralt også for øvrige helseforetak i Helse Sør-Øst at OUS har god utdanningskapasitet for legespesialister med tilstrekkelig antall gjennomstrømningsstillinger. Generelt har OUS en sentral funksjon i kompetanseutviklingen i regionen, og skal bidra med kompetansedeling med andre aktører i regionen innen både spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten.

Utviklingen tilsier også satsing på videre- og etterutdanning, både for leger, sykepleiere og andre helsearbeidere. Det må også kontinuerlig vurderes om det er behov for å utvikle ny kompetanse, enten gjennom endringer og påbygging i eksisterende utdanning eller gjennom etablering av ny type utdanning. Mange av sykehusets ansatte har kombinerte stillinger med

universitetene. Slike kombinerte funksjoner bør fortsette, og utvikles videre, noe som vil bidra sterkt til et framtidig fokus på forskning, utvikling og utdanning.

3.5.3 Rekruttering

Det er pr i dag stor mangel på spesialsykepleiere innen flere områder, og mange yrkesaktive nærmer seg pensjonsalder. Mangelen på operasjonssykepleiere er meldt som avvik og aktiviteten påvirkes allerede av dette.

Det er viktig at OUS jobber aktivt med å rekruttere, utvikle og beholde spesialsykepleiere, samtidig som antall studieplasser må økes. Det årlige kandidatmåltallet for videreutdanning innenfor anesthesi-, barne- intensiv- operasjon- og kreftsykepleie (ABIOK) er 641 på landsbasis.

OUS alene har en mangel på ca. 350 årsverk innenfor nevnte utdanninger i tillegg til at ca. 330 spesialsykepleiere er over 60 år og må erstattes i nær fremtid.

Utdanningsstillinger er et viktig tiltak for å rekruttere til utdanning og må videreføres. OUS tilbyr i dag 100 utdanningsstillinger i året men dette dekker ikke behovet fagmiljøene melder innenfor områder som barn, kreft, nyfødtintensiv, intensiv og operasjon. OUS har en egen handlingsplan for spesialsykepleiere som beskriver ytterligere tiltak.

3.6 Legemiddelkostnader

Oslo universitetssykehus HF har i hovedsak lagt til grunn prognose for legemiddelkostnader utarbeidet av Sykehusapotekene HF. For Spinraza og kostnader til CarT har foretaket lagt til grunn at medikamentkostnadene ikke dekkes av innsatsstyrt finansiering, og derfor vil kunne viderefaktureres til pasientens bostedssykehus. Dette gjelder både til foretak i andre regioner og andre foretak/sykehus innenfor regionen.

3.7 Tjenestepriiser fra Sykehuspartner HF

Oslo universitetssykehus HF har tatt utgangspunkt i budsjett 2019 og lagt til grunn de årlige endringene som fremkommer av mottatte tjenestepriiser fra Sykehuspartner HF 21. mars 2019.

For IKT-området innebærer dette en kostnadsøkning i 4-årsperioden på nærmere 190 millioner kroner, hvorav nærmere 100 millioner kroner allerede i 2020. De største endringene er knyttet til sikkerhet (ISOP og CERT) og infrastrukturmodernisering (STIM). Videre forventes det økte avtalekostnader på flere områder. Som en del av arbeidet med årsbudsjettet for 2020 har Oslo universitetssykehus HF behov for en mer detaljert oversikt over alle endringer som påvirker foretakets kostnadsutvikling neste år. Dette gjelder blant annet gjennomgang av fordelingsnøkler og kostnadsnivå knyttet til nye tjenestepriiser.

Oslo universitetssykehus HF har en aldrende infrastruktur innen IKT da Sykehuspartner HF ikke har gjennomført de utskiftninger som ligger i tjenesteavtalen. Dette medfører blant annet et etterslep på ca. 11.000 PCer som må byttes tidlig i planperioden for å kunne støtte omlegging til Windows 10.

Den store aktiviteten inne nybygg og rokadeaktivitet gir økt belastning på IKT ressurser og økt behov for IKT løsninger. Slik Oslo universitetssykehus HF vurderer det pr. nå vil ikke STIM eller enkelte regionale programmer levere løsninger i tide for å kunne nå de milepælene som fremdriften i nybyggaktivitetene krever. Hvis dette viser seg å medføre riktighet vil det være et

stort behov for å konsolidere systemer lokalt, videreutvikle eksisterende infrastruktur og ikke minst utvikle løsninger for å kunne understøtte fremdriften i byggeaktivitetene.

Når det gjelder tjenestepreis innenfor området økonomi- og HR-tjenester har Oslo universitetssykehus HF lagt til grunn den veksten som fremkommer i Sykehuspartners leveranse, med en økning på 3,4 millioner kroner. Sykehuspartner har da lagt til grunn at vekst i tjeneste i stor grad finansieres av fallende kost på eksisterende tjenester.

Sykehuspartner har lagt til grunn at Regional økonomi- og logistikkjeneste rulles ut på samtlige foretak i løpet av 2020 slik at 2021 blir første hele driftsår med samtlige foretak på løsningen. Slik Oslo universitetssykehus HF vurderer situasjonen er det fortsatt for mye som ennå ikke er avklart til at dette vurderes som realistisk for foretaket. Av denne grunn er derfor økt tjenestepreis til Regional økonomi- og logistikkjeneste ikke innarbeidet i ØLP 2020-2023.

3.8 Utvikling i ISF-poeng

ISF poeng er vurdert av alle klinikkene. Det er til dels store forskjeller mellom klinikkene i vekstvurderingene. Det vises er til klinikkvise vekstforutsetninger for planperioden i eget vedlegg «klinikkvise tekstdokumenter».

3.8.1 Somatikk

ISF poeng somatik	Faktisk					Estimat	ØLP 2020-2023				
	2013	2014	2015	2016	2017		2019	2020	2021	2022	2023
ISF poeng (døgn, dag og polikli.) "sørge for")	200 379	203 208	210 961	214 175	219 225	222 249	225 583	228 966	232 401	235 887	
ISF- poeng Legemidler	1 886	1 938	2 316	2 382	2 919	5 260	5 470	5 689	5 917	6 153	
ISF poeng TOTAL "sørge for"	202 265	205 146	213 277	216 557	222 144	227 509	231 053	234 656	238 318	242 040	
- prosentvis endring		1,4 %	4,0 %	1,5 %	2,6 %	3,6 %	1,6 %	1,6 %	1,6 %	1,6 %	
ISF poeng (døgn, dag og poli) total eget HF	215 472	219 201	226 645	230 360	235 306	240 157	243 759	247 416	251 127	254 894	
- prosentvis endring		1,7 %	3,4 %	1,6 %	2,1 %	2,6 %	1,5 %	1,5 %	1,5 %	1,5 %	

Tabell 6: Vekst i somatikken 2020 - 2023

Det er forutsatt en årlig vekst i planperioden på 1,5 % innenfor somatisk virksomhet. Dette er en reduksjon årlig på 0,25 % sammenlignet med forrige rullering av ØLP. Veksten er beregnet med antall opphold som hovedparameter. Det vil si at antall behandlede pasienter øker med 1,5 % hvert år i planperioden.

Det forventes fortsatt en større vekst innenfor poliklinikk og dagbehandling. For å motvirke behov for kapasitetsøkning vil det jobbes aktivt med tiltak for ytterligere reduksjon av liggetid. Mange av klinikkene jobber også med forbedring av pasientlogistikk spesielt i overgangen mellom sykehuset og kommunehelsetjenesten og andre helseforetak.

For ytterligere vurdering av vurderinger innenfor den enkelte klinikk vises til eget vedlegg klinikkvise tekstdokumenter.

3.8.2 Psykisk helsevern og TSB

Psykisk helse og avhengighet (ISF - poeng)	Faktisk	Estimat	ØLP 2020-2023			
	2018	2019	2020	2021	2022	2023
VoP - Psykisk helsevern for voksne, sykehus	12 732	12 841	13 098	13 360	13 627	13 900
BUP - Psykisk helsevern for barn og unge	14 640	15 519	15 829	16 146	16 469	16 798
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	3 848	4 017	4 097	4 179	4 263	4 348
Sum ISF poeng	61 822	64 068	65 349	66 656	67 989	69 349
Prosentvis årlig vekst		3,6 %	2,0 %	2,0 %	2,0 %	2,0 %

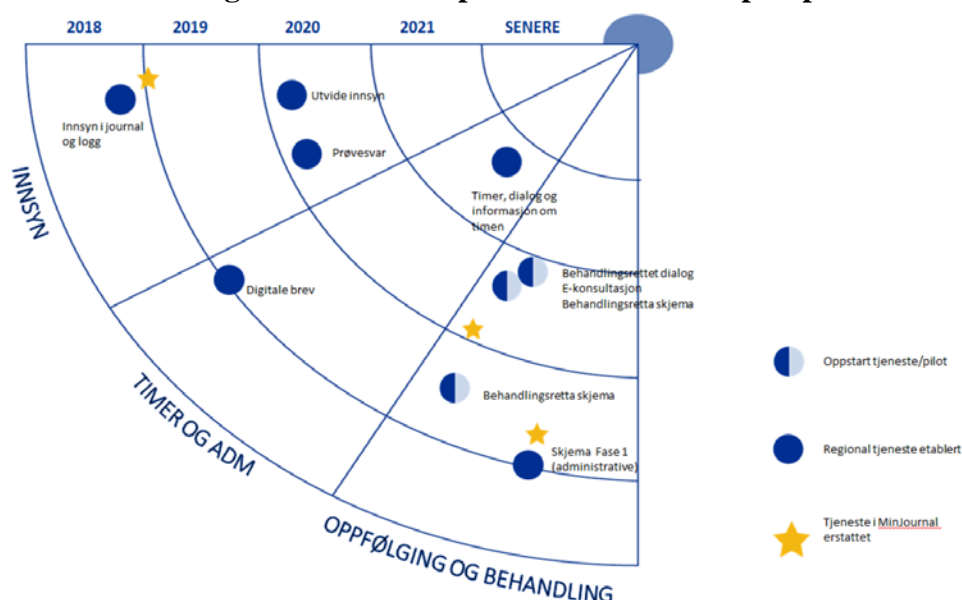
Tabell 7: Vekst i Psykisk helsevern og TSB 2020 -2023

Det forventes at behovet for pasientbehandling innen fagområdet psykisk helsevern for voksne vil øke mer enn befolkningsveksten. Befolkningens kunnskap om kompetent utredning og behandling innen fagområdet øker, og det er mye fokus på psykiske lidelser.

Det er for planperioden 2020-2023 forutsatt en dreining i pasientbehandling fra døgn-, til dag og poliklinisk behandling. Klinikkenes behandling av alvorlige psykiske lidelser (SMI= Serious Mental Illness) tilsier at nivået på dagens døgnbehandling opprettholdes i planperioden. Veksten i pasientbehandling vil derfor i det alt vesentlige skje innenfor poliklinisk behandling.

Antall budsjetterte ISF refusjonsberettigede opphold 2019 er grunnlaget for budsjettering av ISF poeng. Gjennomsnittlig ISF poeng pr. opphold 2018 og 2017 er utgangspunktet for budsjettering av ISF poeng 2019. STG¹ poengene er beregnet ut fra estimert antall pasienter som er en del av kontinuerlig legemiddelbehandling som ledd i LAR². Forutsetningene for budsjett 2019 er videreført for hele planperioden 2020 – 2023.

3.9 Andre utviklingstrekk som kan påvirke aktiviteten i planperioden



Figur 1: Digitalt veikart Helse Sør-Øst RHF

Oslo universitetssykehus har som mål at det i løpet av planperioden etableres løsninger for e-konsultasjoner. Innføring av e-konsultasjoner er etablert som eget prosjekt i regi av foretakets sentrale forbedringsprogram.

E-konsultasjoner vil kunne erstatte faktisk oppmøte på sykehuset. Man kan tenke seg at behandler derved får mulighet til å behandle flere pasienter enn ved fysisk oppmøte. En slik løsning vil føre til at du som pasient i mindre grad må ta deg fri fra skole eller jobb, og at man kan redusere ventelister ved sykehuset.

¹ Sær tjeneste grupper i ISF systemet

² LAR Behandling av heroinavhengighet med metadon og buprenorfin har vist seg å redusere forbruket av heroin, redusere dødeligheten og bedre livskvaliteten.

4. Satsning på psykisk helse og avhengighetsbehandling

Prioriteringsregelen gjelder på regionnivå, det fremgår av oppdragsdokumentet for 2019 til Helse Sør-Øst RHF:

«Det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og TSB enn for somatikk på regionnivå. Distrikts psykiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern. Dette måles ved gjennomsnittlig ventetid, kostnader (kostnader til avskrivninger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor) og aktivitet (polikliniske konsultasjoner). Gjennomsnittlig ventetid skal være lavere enn 45 dager for psykisk helsevern voksne, lavere enn 40 dager for psykisk helsevern barn og unge og lavere enn 35 dager for TSB i 2019».

Krav om oppfyllelse av prioriteringsregelen er videreført til alle sykehusområder i Helse Sør-Øst RHF for 2019 uten differensiering for det enkelte sykehusområde.

For å finansiere nye sykehusbygg i Oslo universitetssykehus innen 2030 er det forutsatt både bedring i resultater før nye bygg tas i bruk og gevinster som følge av samling av virksomhet i nye bygg. Kravet til omstilling og sparing i forkant av nye bygg tas i bruk gjelder også for fagområdene innenfor psykisk helse og rus. Det er derfor viktig å ha god oversikt over hvordan forbruksmønsteret av polikliniske konsultasjoner er for Oslo sykehusområde sammenlignet med andre sykehusområder i regionen.

Det ble i mars 2018 ferdigstilt er arbeid i regi av Helse Sør-Øst RHF hvor blant annet befolkningens forbruk av polikliniske konsultasjoner ble belyst for sykehusområdene i Helse Sør-Øst RHF.

Under beskrives kort hva som er presentert når det gjelder poliklinisk virksomhet i rapport av mars 2018 «Kostnadssammenligning av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) Analyse av kostnader og aktivitet ved helseforetak i Helse Sør-Øst».

4.1 Poliklinikk – analyse av forbruk 2016

Befolkningen i Oslo sykehusområde hadde i 2016, 834 konsultasjoner per 1000 innbygger mot et snitt i Helse Sør-Øst på 589 konsultasjoner per 1000 innbygger. Samlet betyr dette at befolkningen i Oslo sykehusområde i 2016 hadde samlet 111 000 flere konsultasjoner enn de ville hatt dersom antall konsultasjoner per innbygger var som gjennomsnittet i HSØ konsultasjoner over snitt.

Diagnosegruppe	Oslo sykehusområde	Helse Sør-Øst	Avvik
Organiske, inklusive symptomatiske, psykiske lidelser (F0)	5	6	-0,5
Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer (F1)	17	11	5,5
Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser (F2)	146	73	73,0
Affektive lidelser (stemningslidelser) (F3)	229	163	65,4
Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser (F4)	265	193	71,8
Personlighets- og atferdsforstyrrelser hos voksne (F6)	61	48	12,9
Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i barne- og ungdomsalder (F91-98)	15	21	-5,6
Andre psykiske lidelser (F5, F7, F8, F99)	46	35	11,0
Sykdommer i nervesystemet (G)	3	4	-0,8
Andre diagnoser ekskl. Z-diagnoser	6	6	0,7
Z-diagnose	34	25	9,0
ICD10 mangler	8	5	3,3
Total	834	589	245,6

Tabell 8: Konsultasjoner i diagnosegruppene F2 – F4

Over 40 % av den polikliniske aktiviteten for befolkningen i Oslo sykehusområde utføres av avtalespesialistene. Tabellen under viser den polikliniske aktiviteten som skjer i Oslo sykehusområdet sammenlignet med øvrige sykehusområder i Helse- Sør- Øst RHF.

Diagnosegruppe	Antall polikliniske konsultasjoner		Antall konsultasjoner per pasient		Avvik
	Oslo sykehusområde	Helse Sør-Øst	Oslo sykehusområde	Helse Sør-Øst	
Organiske, inklusive symptomatiske, psykiske lidelser (F0)	1 943	11 791	7	6	1
Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer (F1)	6 601	23 174	14	10	4
Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser (F2)	62 811	163 030	37	28	9
Affektive lidelser (stemningslidelser) (F3)	51 170	233 105	12	12	-0
Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser (F4)	45 540	242 276	11	11	-0
Personlighets- og atferdsforstyrrelser hos voksne (F6)	17 056	83 721	17	17	-0
Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i barne- og ungdomsalder (F91-98)	3 851	37 130	10	10	0
Andre psykiske lidelser (F5, F7, F8, F99)	13 939	60 558	13	11	2
Sykdommer i nervesystemet (G)	871	6 367	6	6	0
Andre diagnoser ekskl. Z-diagnoser	900	8 938	6	6	-0
Z-diagnose	10 528	41 533	5	4	1
ICD10 mangler	7	44	1	0	1
Total	216 216	911 667	14	12	2

Tabell 9: Polikliniske konsultasjoner i Oslo sykehusområde

Tabellen over viser at det er et relativt stort volum av konsultasjoner i diagnosegruppen F2, Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser (psykotiske lidelser) i Oslo sykehusområde. Oslo sykehusområde hadde 1700 personer til poliklinisk behandling innen denne diagnosegruppen. Med 9 flere konsultasjoner per pasient utgjør dette alene over 15 000 flere konsultasjoner enn snittet i Helse Sør-Øst, samtidig som en høyere andel av befolkningen i Oslo behandles for dette enn snittet i Helse Sør Øst.

Det foreligger foreløpig ikke individdata for avtalespesialistene på diagnosnivå, men aktivitetsdata på diagnosegruppe viser at avtalespesialistene har en aktivitetsprofil for befolkningen i Oslo som er lik snittet til Helse Sør-Øst. Nærmere 80 % av aktiviteten som utføres av avtalespesialistene er knyttet til nevrotiske og affektive lidelser.

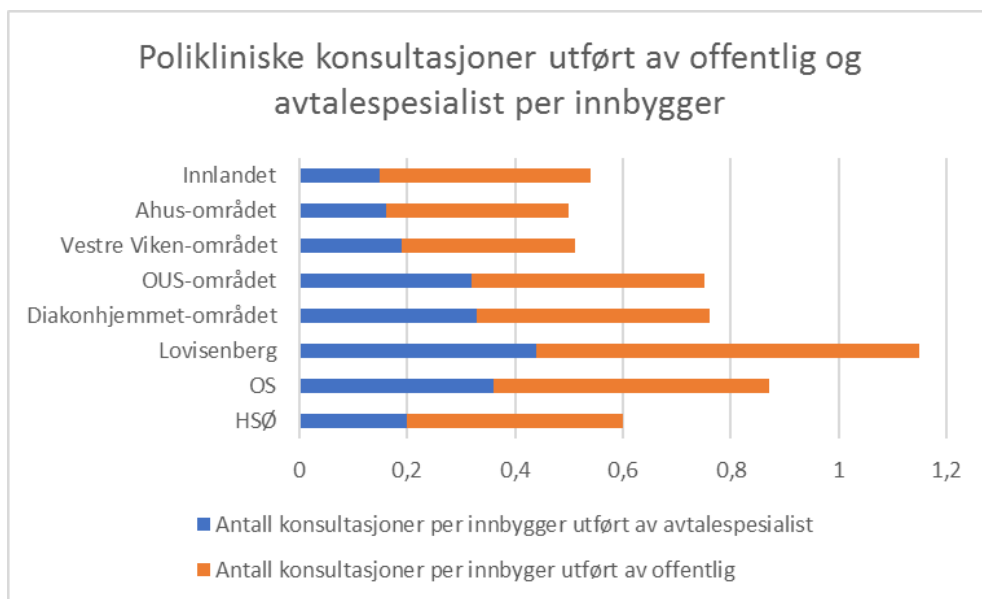
I overkant av 9000 personer i Oslo sykehusområde hadde til sammen ca. 160 000 konsultasjoner hos en avtalespesialist i 2016. Det betyr at hver pasient hadde 17 konsultasjoner i snitt mot et snitt i Helse Sør-Øst på 13,5.

Antall konsultasjoner per pasient	Oslo sykehusområde	Helse Sør-Øst	Avvik
Offentlige	13,6	11,6	2,0
Avtalespesialister	17,0	13,5	3,5
Psykolog	16,9	13,1	3,7
Psykiater	16,3	13,5	2,7

Tabell 10: Antall konsultasjoner hos avtalespesialister, 2016

For psykisk helsevern voksen er en betydelig andel av det polikliniske høye forbruket sammenlignet med andre sykehusområder i regionen knyttet til større antall konsultasjoner hos avtalespesialister i Oslo sykehusområde.

Figuren nedenfor illustrerer fordelingen av polikliniske konsultasjoner utført av offentlig og avtalespesialist per innbygger.



Figur 2: Fordelingen av polikliniske konsultasjoner utført av offentlig og avtalespesialist per innbygger

Avtalespesialistene håndterer en stor del av forbruket for Oslo sin befolkning, men det har kommet frem i arbeidet som ble gjennomført i 2018 at det er liten interaksjon mellom aktørene og dermed er det viktig fremover å sikre at det er gode grenseflater og tettere samarbeid for å få en optimal ressursutnyttelse og sikre et koordinert og best mulig tilbud til befolkningen i Oslo.

Avtalespesialistene yter 160 000 konsultasjoner til befolkningen i Oslo sykehusområde. Dette er en betydelig ressurs som man må sikre optimal utnyttelse av i planperioden 2020 - 2023.

4.2 Prioriteringsregelen

Oslo universitetssykehus HF legger til grunn at prioriteringsregelen skal oppfylles i planperioden. I planperioden vil hele foretaket måtte arbeide med å etablere økt handlingsrom for investeringer gjennom positive resultater. Dette vil stille store krav til effektivisering og forbedring i hele organisasjonen. Områdene psykisk helsevern og tverrfaglig prioritert rusbehandling vil imidlertid bli gitt noe lavere effektiviseringskrav mindre krav enn de øvrige somatiske områdene slik at prioriteringsregelen likevel kan nås.

Endring i oppgavefordeling i Oslo, tildeling av nye nasjonale oppgaver mv kan være med på å påvirke det relative nivået mellom områdene fremover. Det er derfor viktig at prioriteringsregelen primært vurderes regionalt.

5. Hovedtall planperioden 2020 til 2023

Hovedtall ekskl. salg (millioner kroner)	2020	2021	2022	2023
Resultat (ekskl. salg av eiendom)	250	350	450	535
Aktivitet	1,5 %	1,5 %	1,5 %	1,5 %
Endring bemanning	-0,1 %	0,1 %	0,2 %	0,3 %
Arbeidsproduktivitet	1,6 %	1,4 %	1,3 %	1,2 %
Resultatmargin (EBITDA)	4,6 %	4,9 %	5,3 %	5,6 %
<i>EBITDA uten korr.</i>	4,9 %	5,2 %	5,5 %	5,8 %

Tabell 11: Resultatforbedring 2020 - 2023

Resultatforbedring i planperioden krever en samlet forbedring i arbeidsproduktiviteten på omlag 5,5 prosent. Dette medfører at aktivitetsvekst i planperioden i hovedsak skal finansieres med samme bemanning gjennom planperioden 2020 – 2023.

Helse Sør-Øst behandlet i styresak 06/2019 i styremøte 31. januar 2019 konseptfaserapport for Aker og Gaustad. Av styrets vedtaksprotokoll i styresak 06/2019 fremgår at: «Økonomisk bærekraft for byggeplanene må realiseres, både ved effektivisering i forkant og gevinstrealisering etter innflytting».

De økonomiske utredningene i konseptfasen har vært gjennom ekstern kvalitetssikring. Anbefalingen fra ekstern kvalitetssikrer er som følger: «OUS bør konkretisere effektiviseringsuttaket 2019 – 2027 slik at uttaket igjen kan vurderes i løpet av forprosjektfase».

5.1 Omstilling planperioden 2020 - 2023

Klinikkene ved Oslo universitetssykehus HF er denne gang trukket direkte inn i arbeidet med ØLP. Klinikkene har i februar og mars 2019 jobbet med konkretisering av forbedringsområder som skal gi økonomiske effekter for ØLP 2020 – 2023. Klinikken er bedt om å konkretisere hva som er klinikkens strategi for å levere årlige omstillingskrav på 2 % hvert år i planperioden.

Klinikkvise forbedringsprogram med egne styringsgrupper ble etablert høsten 2018. Klinikkvise styringsgrupper er sammensatt av klinikkleders ledergruppe samt klinikkvernetjeneste og klinikktilitsvalgte.

Det er 19. mars avholdt strategiseminar i ledergruppen med omstilling for ØLP 2020 – 2023 som hovedtema, også med deltakelse fra foretakstillitsvalgte og vernetjeneste. Det er gjennomført oppfølgingsmøter med alle klinikkene for gjennomgang av klinikkvise ØLP innspill.

Målet med denne prosessen er i større grad enn tidligere å konkretisere omstillingsområder/strategier som vil ha fokus de kommende år i klinikkens omstillingsarbeid.

Klinikkvise innspill til ØLP 2020 – 2023 fremgår av eget vedlegg klinikkvise tekstdokumenter vedlagt. I tabellen under fremgår hva som den enkelte klinikk har spilt inn til oppdateringen av ØLP 2020 – 2023:

Klinikk	mill kr 2020	mill kr 2021	mill kr 2022	mill kr 2023	2020-2023 (i mill kr)
10-PHA	36	35	34	34	139
11-MED	10	8	8	8	34
12-HHA	8	8	1	1	18
12-NVR	11	8	8	8	34
12-OPK	13	13	13	13	52
13-BAR	14	15	13	12	54
13-KVI	1	4	2	3	10
14-KIT	28	25	20	22	95
14-KRE	11	9	6	6	32
15-HLK	18	20	22	22	82
20-AKU	18	11	9	10	48
SOM. KLINIKKER	132	121	101	104	458
20-PRE	21	21	21	21	84
21-KLM	33	35	33	41	141
21-KRN	4	2	3	1	10
50-OSS	30	30	30	30	120
Totalsum	256	244	223	231	953

Tabell 12: Klinikkvise innspill til ØLP 2020 – 2023

Basert på klinikkens leveranser er det samlet for 2020 utarbeidet foreløpige gevinstplaner på 256 millioner kroner. Flere av de somatiske klinikkene har ikke levert foreløpige gevinstestimater for realisering av hele omstillingskravet på 2 %. Foreløpige gevinstestimater for planperioden samlet gir en resultat effekt på 957 millioner kroner. Klinikk for psykisk helse og avhengighet har spilt inn tiltaksområder som skal være grunnlag for klinikkens strategi for omstilling i planperioden på om lag 140 mill. kroner.

Planene som klinikkene opererer med så langt er foreløpig basert på usikre gevinstestimater og må ytterligere konkretiseres ut gjennom de årlige budsjettprosessene. Det gjelder særlig for somatiske klinikker at tiltaksnivået må økes slik at kravet om 2 % omstilling i størst mulig grad kan realiseres.

5.2 Klinikkvise omstillingsområder

Felles tiltaks type	mill kr 2020	mill kr 2021	mill kr 2022	mill kr 2023	2020-2023 (i mill kr)	2020-2023 (ibmv)	2020-2023 (DRG)
⊕ Operasjoner	20	20	17	18	75	5	3 255
⊕ Sengepost drift	11	10	8	7	36	32	275
⊕ Poliklinikk	6	7	7	7	26	5	882
⊕ Dreining døgn til dag pol/hj-syke	3	3	1	1	7	6	70
⊕ Bemanningstyring	83	64	51	44	242	240	1 121
⊕ Effekt nye IKT-systemer	13	17	19	24	73	5	0
⊕ Innkjøp	21	19	18	18	75	3	0
⊖ Effektiv bruk av legeressurser	1	1	1	1	2	0	0
⊖ Gevinst implementering regionale prosjekter	1	1	1	1	3	4	0
⊕ Andre tiltak	95	103	101	110	409	157	2 736
Totalsum	253	243	222	230	947	457	8 338

Tabell 13: Klinikkvise omstillingsområder til ØLP 2020 - 2023

De økonomiske effektene av tiltakene er i hovedsak knyttet til lønnsområdet og inntekter for økt aktivitet uten tilsvarende vekst i bemanningen. For ytterligere detaljer for klinikkvise omstillinger vises til eget vedlegg.

5.3 Endringer ressursdisponering drift planperioden 2020 – 2023

Endringer	2020	2021	2022	2023
Sum driftsinntekter	200 656	438 836	168 999	280 919
Herav:				
Eiendomsalg	33 000	200 000	91 000	91 000
Sum driftskostnader	111 762	181 635	174 174	192 889
Finansresultat	-5 894	9 798	-3 825	-3 030
Resultatkrav	250 000	350 000	450 000	535 000
Sum resultatkrav og eiendomssalg	283 000	550 000	541 000	626 000
Endring bemanning	-14	29	35	57
Klinikkvise tiltak jfr. vedlegg	252 702	242 730	221 845	229 569
Handlingsrom for kostnadsglidning og nye prioriteringer	80 000	107 000	107 000	122 000

Tabell 14: Endringer ressursdisponering drift 2020 - 2023

Inntekter vokser mer enn driftskostnader i planperioden. Fra 2019 til 2020 vokser driftskostnadene med 111 mnok, det laveste årlige veksten i planperioden. Dette skyldes at avtale mot Lovisenberg sykehus for Sagene bydel på 23 millioner kroner er forutsatt å falle bort som følge av innføring av ny intern inntektsmodell for Oslo sykehusområde. Samtidig er dette det eneste året i planperioden hvor lønnsressursene er forutsatt marginalt redusert.

Det er ikke inntatt generell effektivisering ut over det som er lagt til grunn av klinikkvise omstillingstiltak omtalt i eget vedlegg. Klinikkvise omstillingstiltak i planperioden er forutsatt å dekke både sparekravet i forhold til økt resultatkrav og handlingsrom for kostnadsglidning og nye prioriteringer i planperioden.

Tabellen over viser at hvis klinikkene omstiller i samsvar med foreløpige gevinstestimater jfr klinikkvise omstillinger er det rom for å prioritere nye satsninger i størrelsesorden 80 – 120 millioner kroner årlig i planperioden. Det vil som en del av de årlige budsjettprosessene besluttes hvilket handlingsrom for nye satsninger som legges til grunn. Dette vil bli balansert gjennom årlige budsjettprosesser i forhold til vurdert realiseringsrisiko for klinikkvise omstillinger.

For ytterligere detaljer for klinikkvise omstillinger vises til eget vedlegg.

6. Investeringer 2020 – 2023

Investeringsbudsjett (inkl. byggelånsrenter) <i>(mill kroner)</i>		ØLP 2020	ØLP 2021	ØLP 2022	ØLP 2023	Sum	ØLP 2019 - 2022	Endring
Ordinære investeringer	MTU	397	342	347	300	1 387	1 600	-213
	Bygg (videreføres og nye)	196	233	335	349	1 113	1 142	-29
	Bygg (fraflyttes)	15	15	30	30	90	306	-216
	Annet	80	80	80	80	320	320	0
	Egenkapital pensjon	79	87	96	106	368	339	29
	IKT	35	35	35	35	140	140	0
	SUM	802	792	924	900	3 418	3 847	-429
Finansiert med	Ordinær likviditet	326	326	325	325	1 302	1 311	-9
	Benyttet av resultater (ekskl. salg)	154	287	465	439	1 344	1 177	166
	Annen finansiering	39	30	34	37	140	134	6
	Eiendomsalg	33	0	0	0	33	98	-65
	Finansiell leie	250	150	100	100	600	1 127	-527
	SUM	802	792	924	900	3 418	3 847	-429

Tabell 15: Ordinære investeringer 2020 – 2023

Ifm revisjon av Helse Sør Øst HF sin finansstrategi er Oslo universitetssykehus april 2019 bedt om å legge til grunn redusert bruk av finansiell leie i helseforetakets innspill til økonomisk langtidsplan 2020-2023. Dette påvirker handlingsrommet for hele investeringsområdet, og innebærer et redusert investeringsnivå i planperioden innen både MTU og bygg sammenlignet med forrige rullering av ØLP 2019 – 2022. For planperioden er finansiell leie redusert med 527 millioner kroner mot forrige rullering av ØLP 2019 – 2022. Ubenyttet likviditet fra tidlige års underskudd er økt med 166 millioner kroner sammenlignet med forrige rullering av ØLP 2019 – 2022. Dette skyldes i hovedsak et bedre overskudd enn forutsatt for 2018.

Samlet er investeringsnivået for ordinære investeringer redusert med 429 millioner kroner fra forrige rullering av ØLP 2019 – 2020.

6.1. Prioriterte investeringsplaner innenfor bygg

I planen for langtidsperioden er det flere behov innen bygg som det er nødvendig å prioritere:

- Investeringer ifm rokader knyttet til nye bygg på Radiumhospitalet og Aker er hensyntatt og planlagt med 182 millioner kroner for hele perioden.
- Nødvendige tilpasninger som følge av sentrale eller regionale prioriteringer uten særskilt finansiering er hensyntatt og planlagt med 180 millioner kroner for hele perioden. Dette er ikke kjente behov, men erfaring tilsier at det hvert år dukker opp behov som må hensyntas i budsjettet. Eksempel er overtagelse av aktivitet fra Feiring og tilpasninger av eksisterende drift.
- Bygningsmessige arbeider knyttet til MTU-anskaffelser er hensyntatt og planlagt med 185 millioner kroner for hele perioden.
- Bygningsmessige arbeider knyttet seg til IKT-infrastruktur er hensyntatt og planlagt med 100 millioner kroner for hele perioden.
- Helt nødvendig utskifting av sentral driftsanlegg og brannvarslingsanlegg på Rikshospitalet er hensyntatt og planlagt med 200 millioner kroner for hele perioden.
- Øvrig teknisk utskifting i bygg som skal videreføres er hensyntatt og planlagt med ca. 240 millioner kroner for hele perioden, hvorav om lag 150 mnok på Rikshospitalet og resten på Aker og Radiumhospitalet.
- Innenfor ordinære investeringer med ordinær finansiering er det ikke planlagt med teknisk utskifting på bygg som i målbildet ikke skal videreføres. Det vil si at det innenfor ordinær finansiering ikke er planlagt med vesentlige utskiftninger på SSE, Dikemark eller Ullevål.

- Uforutsette sammenbrudd er hensyntatt og planlagt med 120 millioner kroner for hele perioden.

6.2 Prioriterte investeringsplaner innenfor MTU

I økonomisk langtidsplan for 2020-2023 er bruk av finansiell leie redusert. Dette innebærer et redusert investeringsnivå i planperioden med i overkant av 200 millioner kroner sammenlignet med forrige rullering av ØLP 2019 - 2022. Tilgjengelige investeringsmidler vil i planperioden i noen større grad måtte gå til utskiftninger i forbindelse med akutte sammenbrudd i stedet for planlagte utskiftninger og det er derfor vanskeligere å si hvilke type utstyr som vil bli skiftet ut i planperioden.

Nedenfor er en oppsummering av tentative planer:

Innkjøpsgrupper	2019	2020 ØLP	2021 ØLP	2022 ØLP	2023 ØLP	Sum ØLP
Billedannede og stråleterapeutisk utstyr	140	112	60	56	84	312
Terapi og diagnostikk	13	5	0	0	3	8
Anestesi og intensiv	42	33	15	10	5	63
Operasjon og kirurgi	30	35	12	8	2	57
MTU infrastruktur	16	5	0	0	0	5
Lab-utstyr	26	24	15	15	10	64
Virksomhetstilpasninger for god og effektiv drift	4	0	0	0	0	0
Reserve	10	10	10	10	10	40
Sammenbrudd	134	134	150	150	150	584
Inven2 As	5	5	5	5	5	20
Forskningsrelaterte investeringer	7	10	10	10	10	40
Innovative anskaffelser	2	2	5	5	5	17
Aktiveringer	23	22	20	18	15	75
Nytt klinikkbygg RAD	0	0	0		376	376
Protonsenter	0	0	0	0	534	534
Ny storby-legevakt	0	0	40	60	0	100
Kostnad ved eventuelt kjøp av leid utstyr	0	0	0	0	1	1
Total ramme	452	397	342	347	1210	2296

Tabell 16: Innkjøpsgrupper

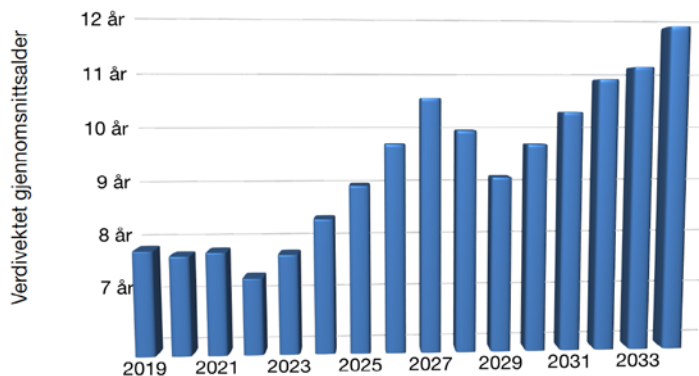
- En reserve er hensyntatt og planlagt med 40 millioner kroner for hele perioden.
- Aktivering av lønnskostnader forbundet med anskaffelsene over er hensyntatt og planlagt med 75 millioner kroner for hele perioden.
- Utstyr til ny storbylegevakt er hensyntatt og planlagt med om lag 100 millioner kroner for hele perioden, og er inkludert i tallene i punktene over. Disse har ingen særskilt finansiering, og skal hensyntas innenfor foretakets ordinære finansiering.
- Utstyr til nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet er hensyntatt og planlagt med 374 millioner kroner i perioden, og kommer i tillegg til punktene over. Disse investeringene har særskilt finansiering i form av lån.
- Utstyr til nytt protonsent er hensyntatt og planlagt med 534 millioner kroner i perioden, og kommer i tillegg til punktene over. Disse investeringene har særskilt finansiering i form av lån.

Det har lenge vært kjent at den medisinsk-tekniske utstyrsparken ved Oslo universitetssykehus (OUS) er blant de eldste i Vest-Europa. Dette har gjort at sykehuset har økt prioriteringen av investeringer til MTU de siste årene, på tross av økonomiske utfordringer på tilgjengelige investeringsmidler. Denne satsningen har vært mulig gjennom høyt nivå på bruk av finansiell leie. Dette har bidratt positivt til på snittalder på utstyrsparken.

I økonomisk langtidsplan for 2020-2023 er bruk av finansiell leie redusert i samsvar med krav fra Helse Sør-Øst noe som medfører. Dette innebærer et redusert investeringsnivå i planperioden. Redusert investeringsnivå i planperioden innebærer redusert utskifting av eldre utstyr og bidrar negativt til ønsket snittalder på utstyrsparken.

I planperioden vil ny storbylegevakt på Aker og nytt klinikkbygg Radiumhospitalet ferdigstilles, og det vil anskaffes mye nytt utstyr i disse byggene noe som vil bidra positivt på utskifting. Utstyr i nytt Protonsenter vil i hovedsak komme i tillegg til eksisterende park, og ikke bidra vesentlig på utskift av eksisterende utstyrspark.

Utviklingen i gjennomsnittsalder er beregnet og vist i figuren under, der søylene angir forventet verdivektet gjennomsnittsalder forutsatt den angitte nedtrappingen av finansiell leie. Til å utvikle prediksjonsmodellen er det brukt historiske data tilbake til 1990-tallet, og basert på disse utstyrsdataene er det utviklet en statistisk validert modell som har vist god prediksjon på utviklingen i verdivektet gjennomsnittsalder som funksjon av investeringsnivå. Modellen viser at verdivektet gjennomsnittsalder øker, selv med utstyrsinvesteringer i nye bygg. Hovedårsaken er at nedgangen i gjennomsnittsalder på utstyret som kommer som en følge av utstyrsinvesteringer i nye bygg ikke er tilstrekkelig til å veie opp for fravær av investeringsmidler i en aldrende utstyrspark i sykehuset for øvrig.



Figur 3: Utviklingen i verdivektet gjennomsnittsalder som funksjon av investeringsbeløp for ØLP med redusert investeringsnivå som følge av reduksjon i finansiell leie for årene 2019-2039 til et jevnt nivå på 100 millioner kr per år. (Protonsenteret er holdt utenfor)

Økt gjennomsnittsalder på en utstyrspark kan leses som et overordnet uttrykk for utstyrsparkens tilstand. Høy alder indikerer en teknologisk utdatert utstyrspark med lav driftssikkerhet, særlig blir dette aktuelt når gjennomsnittsalderen nærmer seg utstyrets forventede levetid som i snitt er 10 år for MTU.

For OUS som høyspesialisert sykehus med lands- og regionfunksjoner er det ekstra sårbart å ha verktøy som er utdatert og dårlig fungerende. For sykehusets pasienter betyr det økt risiko for pasientskader og dårligere effekt av behandlingen samt økt risiko for uønskede sekundæreffekter. Det blir også vanskeligere for klinikkene å drive effektiv pasientbehandling, noe som igjen kan ramme klinikkens mulighet til å gjennomføre pålagte effektiviseringer. Oppsummert er det derfor grunn til å advare mot virkningen av å innskrenke investeringsmidlene til MTU over tid, særlig når utgangspunktet er at utstyrsparken allerede er den eldste i regionen.

6.3 Prioriterte investeringsplaner innenfor IKT

IKT-investeringene vil i all hovedsak gjennomføres som regionale prosjekter og finansieres regionalt. Oslo universitetssykehus viderefører en lokal IKT-investeringsportefølje innenfor en årlig ramme på 35 millioner for å dekke:

- Behov knyttet til behov som ikke er felles i regionen, men knyttet opp mot regionale eller nasjonale funksjoner.
- Behov som sykehuset har og hvor det ikke finnes regionale planer.
- Behov for øvrig som sykehuset har for å støtte driften ved sykehuset.

Vesentlige lokalt finansierte enkeltprosjekter i denne perioden er:

- Elektronisk logistikk- og kvalitetssystem for sterilavdelingen som er nødvendig for å få trygg og stabil IKT-støtte til Sterilavdelingen slik at kirurgiske instrumenter er på plass når operasjonen starter.
- Felles laboratoriesystem for Avdeling for medisinsk genetikk som er nødvendig for å erstatte og samle gamle systemer og støtte et fagområde i stor utvikling.

6.4 Tilsynsavvik og oppgraderinger

Investeringsbudsjett (inkl. byggelånsrenter) <i>(mill kroner)</i>		ØLP 2020	ØLP 2021	ØLP 2022	ØLP 2023
Tilsynsavvik og oppgraderinger (Fase 2)	Bygg (videreføres og nye)	98	100	0	0
	Bygg (raflyttes)	147	149	0	0
	SUM	245	249	0	0
Finansiert med	Driftsresultat (ekskl. salg)	70	70		
	Lån	175	179		
	SUM	245	249	0	0

Tabell 17: Investeringsbudsjett for tilsynsavvik og oppgraderinger 2020 - 2023

De siste årene har utskiftninger og lukking av tilsynsavvik Ullevål, Radiumhospitalet og Aker vært finansiert av egen lånepakke. Det er forutsatt om lag 500 millioner i investeringer til dette formålet i ØLP 2020 – 2023, en reduksjon på 28 millioner kroner sammenlignet med forrige rullering av ØLP 2019 – 2022.

6.5 Nytt klinikkbygg og protosenter ved Radiumhospitalet

Investeringsbudsjett (inkl. byggelånsrenter) <i>(mill kroner)</i>		ØLP 2020	ØLP 2021	ØLP 2022	ØLP 2023	ØLP 2024
Nytt klinikkbygg RAD	MTU	0	0	0	376	0
	Bygg (nye)	0	0	0	3 004	0
	Annet	0	0	0	0	0
	SUM	0	0	0	3 380	0
Finansiert med	Fordring på HSØ RHF				794	
	Tilskudd fra Urstiftelsen				200	
	Lån				2 385	
	SUM	0	0	0	3 380	0
Protonsenters	MTU	0	0	0	534	212
	Bygg (nye)	0	0	0	1 293	0
	SUM	0	0	0	1 827	212
Finansiert med	Investeringstilskudd				527	64
	Lån				1 300	149
	SUM	0	0	0	1 827	212

Tabell 18: Investeringsbudsjett for nytt klinikkbygg og protosenter ved Radiumhospitalet

Investeringspådrag er mottatt fra Sykehusbygg/Helse Sør-Øst RHF. Vedtatt ramme er prisjustert. Aktivering er flyttet fra 2022 til 2023/2024. Dette medfører at konsekvenser for drift (økte kapitalkostnader og driftsgevinster) er flyttet fra 2023 til 2024. Bevilgningen til protonsenters er ikke justert ned som følge av vedtak om redusert kapasitet.

6.6 RSA etappe 1 og etappe 2

Investeringsbudsjett (inkl. byggelånsrenter) <i>(mill kroner)</i>		ØLP 2020	ØLP 2021	ØLP 2022	ØLP 2023	ØLP 2024
RSA - etappe 1 (Regional sikkerhetsavdeling)	Bygg (nye)	0	0	0	0	994
	Annet	0	0	0	0	22
	SUM	0	0	0	0	1 016
Finansiert med	Fordring på HSØ RHF					303
	Lån					713
	SUM	0	0	0	0	1 016
RSA - etappe 2 (Lokal sikkerhet og PUA)	MTU	0	0	0	0	0
	Bygg (nye)	0	67	89	150	108
	Annet	0	0	0	0	0
	SUM	0	67	89	150	108
Finansiert med	Eiendomsalg		200	91	91	32
	SUM	0	200	91	91	32

Tabell 19: Investeringsbudsjett for RSA

Investeringspådrag er mottatt fra Sykehusbygg/Helse Sør-Øst RHF. Ramme er prisjustert. Aktivering er flyttet fra 2023 til 2024. Dette medfører at konsekvenser for drift (økte kapitalkostnader og driftsgevinster) er flyttet fra 2024 til 2025.

6.7 Hovedtall planperioden 2020 til 2023 - Investeringer og balanse

Hovedtall ekskl. salg (millioner kroner)	2020	2021	2022	2023
Investeringer	1 047	1 109	1 013	6 257
Basisfordring	5 016	5 299	5 533	5 007
Driftskreditt	-1 905	-1 795	-1 819	-1 792
Regionalt innskudd/lån	3 111	3 503	3 714	3 215
Langsiktig gjeld inkl. finansiell leie	-3 298	-3 335	-3 103	-6 557
Samlede eiendeler	20 564	21 085	21 328	26 074
Egenkapital ekskl. eiendomssalg	9 518	9 868	10 318	10 853
Resultatmargin (EBITDA)	4,6 %	4,9 %	5,3 %	5,6 %
<i>EBITDA uten korr.</i>	4,9 %	5,2 %	5,5 %	5,8 %

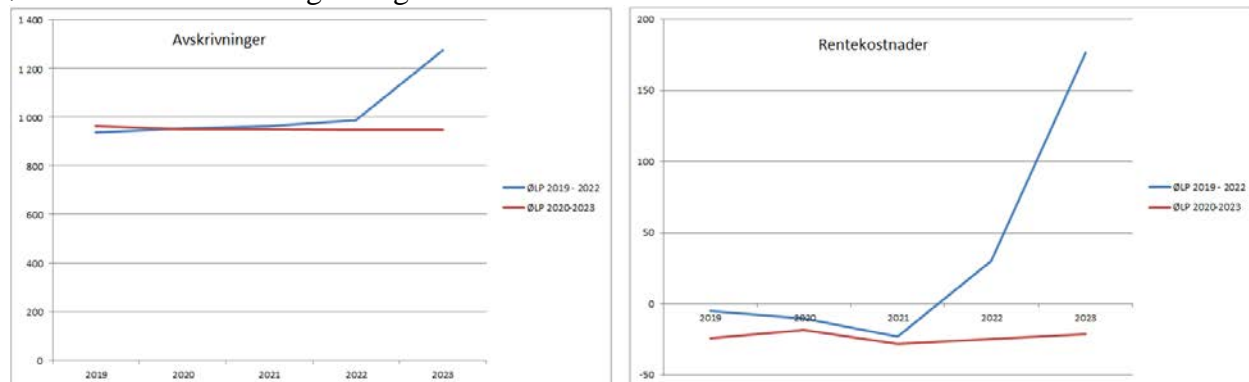
Tabell 20: Investeringer 2020 -2023

Investeringspådraget for planperioden 2020 til 2023 er redusert med 1,8 mrd. kroner fra forrige rullering av ØLP 2019 – 2022. Dette skyldes forskyvning av nytt klinikkbygg og protonsenters fra 2022 til 2023 med siste delaktivering i 2024 for protonsentret. I tillegg er nå Regional sikkerhetsavdeling forutsatt aktivert i 2024 ett år senere enn ved forrige rullering av ØLP 2019 – 2022. Ordinære investeringer er redusert med 429 millioner kroner sammenlignet med forrige rullering av ØLP 2019 – 2023 og bidrar også til redusert investeringsnivå for planperioden.

Aktivering av investeringer knyttet til nytt klinikkbygg og protonsenters øker foretakets langsiktige gjeld og eiendeler fra 2023. Samtidig benyttes deler av oppstart basisfordring til finansiering og denne går derfor ned fra 2023. Aktiverings- og finansieringstransaksjonene er forutsatt gjennomført 31.12.2023 og får derfor ingen virkning i resultatet før i 2024.

Resultatmarginen er forutsatt styrket med 1 prosent i planperioden fra 4,6 % i 2020 til 5,6 % i 2023. Beregningen av resultatmarginen er vist uten inntekter som skal finansiere kapitalkostnader. Dette betyr at det for planperioden er justert for «utsatt inntekt» årlig med om lag 65 millioner kroner. EBITDA uten korreksjon viser resultatmarginen uten korreksjon for inntekter forutsatt å finansiere kapitalutgifter. Resultatmarginen ved forrige rullering av ØLP 2019 – 2022 var forutsatt å være på 7 % mot 5,8 % ved denne rulleringen av ØLP. Redusert resultatmargin skyldes at gevinster for realisering av nye bygg på Radiumhospitalet og Regional sikkerhetsavdeling er forskjøvet til 2024 ved denne oppdateringen av ØLP 2020 – 2023.

Utvikling i avskrivninger og renter planperioden for ØLP 2020 – 2023 mot forrige rullering av ØLP 2019 – 2022 fremgår av grafene under.



Figur 4: Utvikling i avskrivninger og renter 2020 – 2023

7. Resultatutvikling for realisering av målbildet

7.1 Hovedtall 2024 – 2028

Tabellen under viser utviklingen i hovedtall etter planperioden 2020 – 2023 før nye bygg på Aker og Gaustad tas i bruk i 2029.

Hovedtall ekskl. salg (millioner kroner)	2024	2025	2026	2027	2028
Resultat (ekskl. salg av eiendom)	477	625	720	735	688
Aktivitet	1,75 %	1,75 %	1,75 %	1,75 %	1,75 %
Endring bemanning	0,5 %	0,0 %	0,9 %	1,5 %	1,5 %
Arbeidsproduktivitet	1,3 %	1,7 %	0,9 %	0,2 %	0,2 %
Investeringer	2 334	1 064	1 080	1 418	29 257
Basisfordring	5 030	5 360	5 709	6 006	-1 346
Driftskreditt	-1 938	-1 985	-1 955	-2 010	-1 922
Regionalt innskudd/lån	3 092	3 375	3 754	3 996	-3 268
Langsiktig gjeld inkl. finansiell leie	-6 994	-6 540	-6 099	-5 868	-25 379
Samlede eiendeler	27 083	27 176	27 388	27 829	47 966
Egenkapital ekskl. salg	11 331	11 956	12 676	13 411	14 099
Resultatmargin (EBITDA)	5,9 %	6,9 %	7,2 %	7,0 %	6,8 %
<i>Resultatmargin uten korr.</i>	<i>6,7 %</i>	<i>7,5 %</i>	<i>7,7 %</i>	<i>7,5 %</i>	<i>7,3 %</i>

Tabell 21: Utviklingen i hovedtall etter planperioden 2020 – 2023 før nye bygg på Aker og Gaustad tas i bruk i 2029

Resultatene for planperioden 2024 – 2028 er samlet 750 millioner bedre enn ved forrige rullering av ØLP 2019 – 2022. Dette skyldes i sin hovedsak lavere kapitalkostnader enn ved forrige rullering av ØLP. Aktivitetsvekst i perioden 2024 er opprettholdt på samme nivå som for ØLP 2019 – 2022. Forskyvning av driftsgevinster knyttet til nye bygg ved Radiumhospitalet og for Regional sikkerhetsavdeling(RSA) medfører en noe lavere vekst i bemanningen for perioden og en høyere arbeidsproduktivitet enn ved forrige rullering av ØLP.

Renter og avskrivninger belaster resultatet for perioden 2024- 2028 med 900 millioner kroner mindre enn ved forrige rullering av ØLP 2019 – 2022. Dette skyldes et lavere rentenivå fra 2022 til 2028 og betydelig reduksjon av finansiell leasing fra 2020 til 2023, hvor leasing er redusert med 527 millioner kroner. For perioden 2024 – 2028 er finansiell leasing redusert med 922 millioner kroner. Rentnivået for finansiell leasing er i gjennomsnitt for perioden 2020 – 2028 på 3,5 %. Gjennomsnittlig rentenivå for HOD-lån er redusert fra 3,6 prosent ved forrige rullering av ØLP til 2,8 prosent ved denne rulleringen av ØLP 2020 – 2023.

7.2 Investeringsnivå 2024-2028 og utvikling i balansen

Ordinære investeringer i perioden 2024 – 2028 er på samme nivå som ved forrige rullering av ØLP 2019 – 2022. Bedret resultat grunnet lavere rentekostnader og avskrivningskostnader er i sin helhet benyttet til å finansiere ordinære investeringer fordi finansiell leasing for perioden i hovedsak er forutsatt å falle bort.

For 2024 er investeringsnivået økt grunnet ett års senere aktivering av RSA i foretakets balanse og delaktivering av protonsenderet sammenlignet med forrige rullering av ØLP 2019 – 2022.

Ved forrige rullering var nytt sykehus på Aker aktivert i foretakets balanse i 2028 og Gaustad i sin helhet i 2029. Nye bygg på Gaustad og Aker er nå aktivert i to faser for etappe 1 av realisering av målbilde. Gaustad fase 1 (etappe 1) er ved denne rulleringen av ØLP aktivert i foretakets balanse i 2028 samtidig med Aker, noe som øker tilgangen tilsvarende sammenlignet med forrige rullering av ØLP 2019 – 2022.

Aktivering i fase 2 (etappe 1) for nye bygg på Aker og Gaustad er forutsatt i 2031. Samlet er det som følge av styret i Helse Sør-Øst RHF sitt vedtak om å flytte kvinne og barn ved Ullevål inn som en del av etappe 1 forutsatt et økt investeringsnivå i etappe 1 på 4,1 mrd. kroner.

Merkostnader knyttet til tilleggsutredninger er tatt inn med følgende beløp:

Prosjekt	Ramme	Kroneverdi des.2018*)	Kroneverdi des.2019 **)
Aker			
Bygg	1 602	1 638	1 686
Utstyr	257	262	270
O-IKT	133	161	165
Sum	1 992	2 061	2 121
Gaustad			
Bygg	1 574	1 610	1 656
Utstyr	226	231	237
O-IKT	91	110	113
Sum	1 891	1 950	2 007

**) Kroneverdi desember 2019 er beregnet med å justere "kroneverdi des 2018" med 2,9% i samsvar med informasjon fra HSØ RHF.

Tabell 22: Merkostnader

Kostnader for Aker inkluderer tilleggsutredninger fratrukket kostnader for psykiatri knyttet til Grorud/Stovner (366 millioner kroner).

Investeringspådraget for planperioden 2024 til 2028 er økt med 11,87 mrd. kroner fra forrige rullering av ØLP 2019 – 2022. Dette skyldes forskyvning av nytt klinikkbygg og protosenterer fra 2022 til 2023 med siste delaktivering i 2024 for protosenteret. I tillegg er nå Regional sikkerhetsavdeling forutsatt aktivert i 2024 ett år senere enn ved forrige rullering av ØLP 2019 – 2022, samt at nye bygg på Gaustad nå aktiveres i foretakets balanse i to omganger, med først aktivering i 2028, ett år tidligere enn ved forrige rullering av ØLP. Ordinære investeringer er på samme nivå sammenlignet med forrige rullering av ØLP 2019 – 2022.

Aktivering av investeringer knyttet til nytt protosenter og RSA øker foretakets langsiktige gjeld og eiendeler fra 2024. Samtidig benyttes deler av oppstart basisfordring til finansiering og denne har derfor uendret nivå fra 2023 - 2024. Den største justeringen for investeringsmålbildet i perioden er at deler av Gaustad investeringen aktiveres i 2028, ett år tidligere enn forrige rullering av ØLP 2019 – 2022. Aktiverings- og finansieringstransaksjonene knyttet til Aker/Gaustad er forutsatt gjennomført 31.12.2028 og får derfor ingen virkning i resultatet før i 2029.

Resultatmarginen før nye bygg tas i bruk i 2028 er ved denne rulleringen av ØLP på 6,8 prosent. Beregningen av resultatmarginen er nå vist uten inntekter som skal finansiere kapitalkostnader. Dette betyr at det for året 2028 er det justert for utsatt inntekt med 61

millioner kroner og inntekter knyttet til finansiering av kapitalkostnader for nytt Protonsenter med 146 millioner kroner.

«EBITDA uten korreksjon» i tabellen over viser resultatmarginen uten korreksjon for inntekter forutsatt å finansiere kapitalutgifter. Resultatmarginen ved forrige rullering av ØLP 2019 – 2022 var forutsatt å være på 7,5 % i 2028 mot 7,3 % ved denne rulleringen av ØLP. Redusert resultatmargin skyldes at gevinster for realisering av nye bygg på Radiumhospitalet og Regional sikkerhetsavdeling er forskjøvet med ett år ved denne oppdateringen av ØLP 2020 – 2023.

Utvikling i avskrivninger og renter i planperioden 2024 - 2028 for ØLP 2020 – 2023 mot forrige rullering av ØLP 2019 – 2022 fremgår av grafene under.



Figur 5: Utvikling i avskrivninger og renter i planperioden 2024 - 2028

7.3 Hovedtall 2029 – 2035

Tabellene under viser hovedtall for planperioden 2029 – 2035 for ØLP 2020 – 2023 og ØLP 2019 – 2022.

ØLP 2020-2023(35)

Hovedtall ekskl. salg (millioner kroner)	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035
Resultat (ekskl. salg av eiendom)	-98	-19	251	-250	-116	-255	-108
Aktivitet	6,9 %	1,3 %	1,3 %	1,3 %	1,3 %	6,9 %	1,3 %
Endring bemanning	4,1 %	1,2 %	0,0 %	1,0 %	0,8 %	8,7 %	0,5 %
Arbeidsproduktivitet	2,8 %	0,1 %	1,3 %	0,3 %	0,5 %	-1,8 %	0,8 %
Investeringer	1 913	2 277	10 666	2 662	2 169	797	827
Basisfordring	-1 242	-831	-2 749	-2 241	-1 631	-1 112	-611
Driftskreditt	-2 126	-1 344	-415	-7	540	2 361	1 798
Regionalt lån	-3 368	-2 175	-3 165	-2 248	-1 090	1 249	1 187
Langsiktig gjeld inkl. fin. Leie	-25 218	-25 310	-31 266	-31 380	-31 115	-29 528	-27 946
Sum eiendeler	47 646	49 060	56 608	57 815	58 775	59 375	57 628
Egenkapital ekskl. salg	14 000	13 981	14 232	13 982	13 866	13 610	13 502
Resultatmargin (EBITDA)	8,8 %	8,6 %	9,2 %	9,1 %	9,3 %	9,4 %	9,7 %
<i>Resultatmargin uten korr.</i>	9,8 %	9,6 %	10,1 %	10,0 %	10,1 %	10,2 %	10,5 %

Tabell 23: hovedtall for planperioden 2029 – 2035 for ØLP 2020 – 2023

ØLP 2019 - 2022(35)

Hovedtall ekskl. salg (millioner kroner)	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035
Resultat (ekskl. salg av eiendom)	-166	-777	-485	-397	-136	-348	-95
Aktivitet	7,1 %	1,3 %	1,3 %	1,3 %	1,3 %	7,2 %	1,3 %
Endring bemanning	6,5 %	-0,3 %	0,0 %	1,2 %	1,0 %	7,4 %	0,4 %
Arbeidsproduktivitet	0,6 %	1,6 %	1,3 %	0,1 %	0,3 %	-0,3 %	0,9 %
Investeringer	17 401	2 889	3 403	3 392	2 819	803	833
Basisfordring	-2 620	-2 282	-2 006	-1 732	-1 603	-1 397	-1 190
Driftskreditt	-2 163	-2 180	-1 989	-1 681	-1 171	855	368
Regionalt lån	-4 783	-4 461	-3 994	-3 414	-2 774	-542	-822
Langsiktig gjeld inkl. fin. Leie	-29 554	-29 937	-30 717	-31 537	-31 822	-30 367	-28 668
Sum eiendeler	50 451	51 400	53 037	54 802	56 294	56 934	55 084
Egenkapital ekskl. salg	12 698	11 921	11 436	11 038	10 902	10 554	10 459
Resultatmargin (EBITDA)	8,5 %	9,3 %	10,0 %	9,9 %	9,7 %	10,7 %	11,1 %

Tabell 24: Hovedtall for planperioden 2029 – 2035 for ØLP 2019 – 2022.

De viktigste forutsetningene for utvikling i planperioden 2029 - 2035:

- Driftsgevinster av samling av fag i nye bygg på Aker og Gaustad er inntatt med samme nivå som ved forrige rullering av ØLP. Disse er ikke prisjustert.
- Driftsgevinstenes første år for Gaustad er inntatt fra 2029 grunnet delaktivering ett år tidligere enn ved forrige rullering av ØLP 2019 – 2022. Det fremgår et betydelig redusert investeringsnivå i 2029 i tabellen over for ØLP 2020-2023 sammenlignet med forrige rullering av ØLP, som følge av dette. Tilsvarende viser 2031 et økt investeringsnivå som følge av at aktivering av fase 2 for Aker og Gaustad er inntatt i 2031.
- Grunnet tilleggsutredning for Kvinne/Barn er det forutsatt at ulempekostnader faller bort med 150 millioner kroner av totalt 177 millioner kroner årlig mellom etappe 1 og 2.
- Gevinster for Kvinne/Barn er flyttet inn som en del av etappe 1 med 80 millioner kroner og tilsvarende redusert i etappe 2.

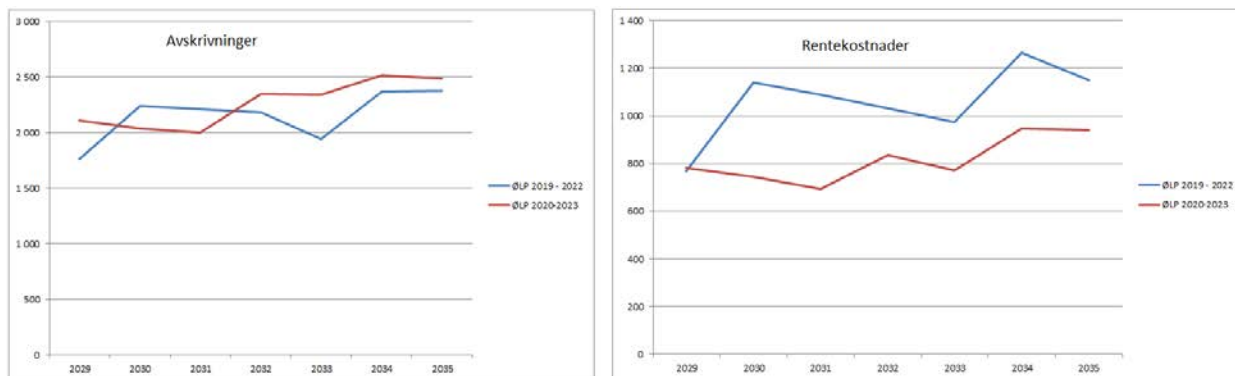
Konsekvenser for resultat: Resultat er bedret med 1,8 mrd. kroner samlet for vist periode i tabellen over sammenlignet med forrige rullering av ØLP 2019 – 2022. De viktigste årsakene til betydelig bedret resultat for planperioden er:

- Lavere rentenivå gir både lavere rente og nivå for avskrivningskostnader for perioden 2029 – 2035. Netto lavere rente- og avskrivningskostnader er på samlet 950 millioner kroner for perioden 2029 – 2035. Avskrivningskostnadene blir påvirket av at byggelånsrentene blir lavere som følge av et lavere rentenivå, men også av at investeringene er forutsatt aktivert i balansen tidligere, både som følge av flytting av kvinne/Barn fra etappe 1 til etappe 2, samt at Gaustad og Aker aktiveres i foretakets balanse i 2 omganger. Avskrivningene øker som følge av prisjustering av rammene fra 2019 priser til 2020 priser.
- Bortfall av ulempekostnader og flytting av gevinster grunnet samling av kvinne/barn fra etappe 2 til etappe 1 utgjør om lag 850 millioner kroner for planperioden.

Bemanningsveksten blir lavere i planperioden grunnet bortfall av iverksetting av risikoreduserende tiltak ved at kvinne/barn ikke blir liggende igjen på Ullevål mellom etappe 1 og 2. Gevinster som følge av samling i virksomhet i nye bygg blir større tidligere i planperioden(2029) og da øker også arbeidsproduktiviteten tilsvarende.

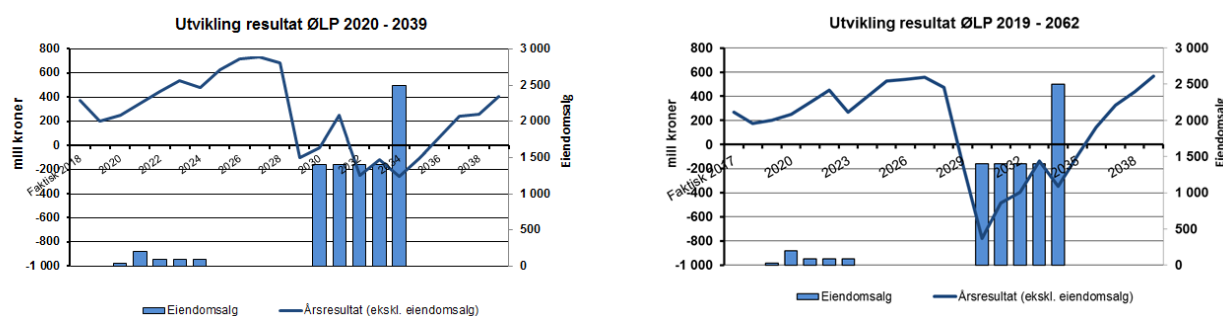
Konsekvenser for balansen: Regionalt lån(mellomværende mot Helse Sør-Øst RHF) reduseres fra 4,8 mrd. kroner i 2029 til 3,4 mrd. kroner ved oppdatert ØLP 2029-2023. Egenkapitalen bedres med om lag 3 mrd. kroner sammenlignet med forrige rullering av ØLP.

Utvikling i avskrivninger og renter i planperioden 2029 - 2035 for ØLP 2020 – 2023 mot forrige rullering av ØLP 2019 – 2022 fremgår av grafene under.



Figur 6: Utvikling i avskrivninger og renter

7.4 Økonomisk bærekraft - ved realisering av målbildet



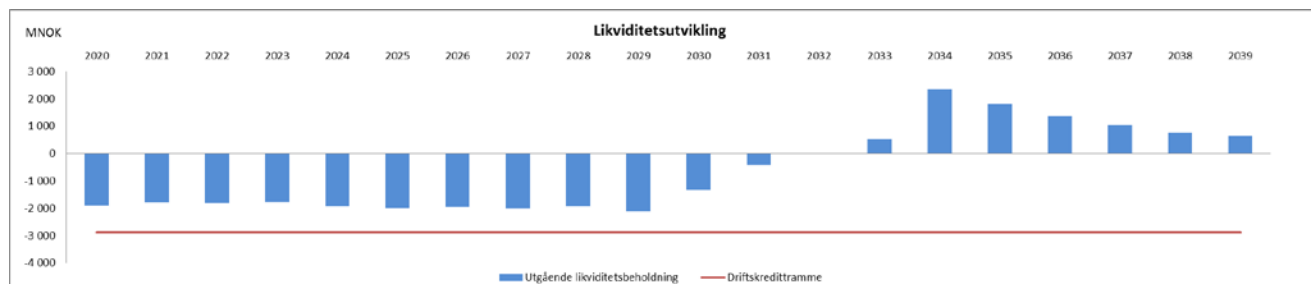
Figur 7: Økonomisk bærekraft ved realisering av målbildet

Bærekraften bedres ved denne oppdateringen av ØLP 2020 - 2023 først og fremst som følge av lavere rentenivå for planperioden 2022 – 2035. Driftsgevinstene knyttet til nye bygg er oppretthold på samme nivå som ved forrige rullering av ØLP 2019 – 2022. Flytting av kvinne/barn fra gjennomføring i etappe 2 til etappe 1 innebærer både bortfall av betydelige driftsulemper på Ullevål og tilsvarende tidligere gevinstrealisering for nevnte berørte fagområder.

Oppdateringen av ØLP 2020 – 2023 viser først og fremst hvor følsom driftsøkonomien er for et justert rentenivå. Rentebanen som er lagt til grunn fra Helse Sør-Øst RHF, og som denne ØLP oppdateringen bygger på, er basert på nominell 10 års markedsrente per 1. mars 2019.

8. Likviditet

Som figuren nedenfor viser er likviditeten innenfor bevilget driftskredittramme i hele perioden. Kontantstrømmen fra drift inkludert eiendomssalg er positiv i hele perioden. Redusert rentebane har betydelig effekt på resultat og kontantstrøm. Byggelånsrenter som aktiveres er om lag 1,8 milliarder kroner lavere enn ved forrige ØLP. Dette gir lavere avskrivninger og lavere avdragsbetalinger. I tillegg medfører redusert rentebane lavere rentekostnader etter aktivering av investeringer. Det er benyttet noe mer fra eiendomssalg for å finansiere investeringer enn i forrige ØLP.



Figur 8: likviditeten innenfor bevilget driftskredittramme

Figuren nedenfor viser utviklingen i netto driftskreditt og basisfordring. I 2029 er netto gjeld til Helse Sør-Øst RHF om lag 3,4 milliarder kroner. Dette er om lag 1,4 milliarder kroner lavere enn i forrige ØLP, som skyldes at deler av nye bygg nå aktiveres på et senere tidspunkt. I perioden frem til deler av nye bygg aktiveres i 2031 bedres likviditeten betydelig og trekket på driftskreditrammen er om lag 1,6 milliarder kroner lavere i 2031 enn i forrige ØLP.



Figur 9: utviklingen i netto driftskreditt og basisfordring

Etter avtale med Helse Sør-Øst RHF har Oslo universitetssykehus HF som en planforutsetning for innspill til økonomisk langtidsplan 2020-2023 lagt til grunn følgende i nye årlige investeringer finansiert ved leasing:

- 2020: 250 millioner kroner
- 2021: 150 millioner kroner
- 2022: 100 millioner kroner
- 2023: 100 millioner kroner

I perioden 2024 til 2030 er det lagt til grunn nye årlige investeringer finansiert ved leasing på 50 millioner kroner.

Inntekter fra salg av eiendom er lagt inn som forutsetning for investeringer med 506 millioner kroner i perioden 2020-2024, hvor av 414 millioner kroner til å finansiere RSA etappe 2. Dette er eiendommer i Sognsvannsveien og på Dikemark. I perioden 2030-2034 er det forutsatt salg av eiendom som ikke lenger benyttes når det langsiktige målbildet realiseres. Salgene er forutsatt benyttet som finansiering av investeringer i eksisterende bygg som skal videreføre og nye bygg på Gaustad og Aker. Det er risiko for at budsjettert salg og fremdrift i investeringer tar lenger tid en forventet.

9. Prosess

Økonomisk langtidsplan 2020 – 2023 vil bli fremlagt til vedtak på styremøte 10. mai 2019. Oversendelse 23. april 2019 tar forbehold om endringer som vil tilkomme etter styrets behandling.

Resultat og balanse 2020 – 2039 (Vedlegg)

RESULTAT (mill. kroner)	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	2038	2039
Driftsinntekter (ekskl. eiendomsalg)	24 292	24 564	24 842	25 122	25 560	25 857	26 139	26 434	26 736	28 554	28 816	29 069	29 325	29 586	31 456	31 731	31 999	32 260	32 540	32 821
Driftskostnader	23 110	23 292	23 469	23 663	23 845	23 924	24 136	24 464	24 798	25 761	26 058	26 121	26 388	26 587	28 249	28 409	28 575	28 717	29 043	29 351
<i>Driftsresultat før avskrivninger og finans</i>	1 182	1 272	1 372	1 459	1 714	1 933	2 003	1 970	1 939	2 792	2 758	2 948	2 937	2 999	3 207	3 322	3 424	3 542	3 496	3 470
Avskrivninger og nedskrivninger	951	950	947	946	1 169	1 231	1 225	1 197	1 207	2 109	2 034	2 002	2 349	2 343	2 513	2 490	2 491	2 507	2 512	2 403
Netto finansposter (= inntekt)	-18	-28	-24	-21	68	77	58	38	44	782	744	695	837	773	949	941	866	794	726	660
<i>- herav avskrivninger på bygg som fraflyttes</i>	0	12	26	29	32	35	39	43	48	48	48	48	48	48	0	0	0	0	0	0
Årsresultat (ekskl. eiendomsalg)	250	350	450	535	477	625	720	735	688	-98	-19	251	-250	-116	-255	-108	67	241	259	407
Eiendomsalg	33	200	91	91	91	0	0	0	0	0	1 400	1 400	1 400	1 400	2 500	0	0	0	0	0
<i>Kontroll</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

BALANSE (mill. kroner)	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	2038	2039
EIENDELER																				
Variere driftsmidler bygg	9 878	9 918	9 847	14 158	15 113	15 038	15 026	15 365	42 159	42 193	42 578	49 829	50 352	49 628	48 022	46 436	44 873	43 326	41 803	40 280
Variere driftsmidler MTU og annet	2 158	2 155	2 160	3 019	3 088	2 855	2 581	2 323	3 437	3 066	2 782	4 054	3 702	4 111	3 860	3 642	3 454	3 266	3 050	3 050
Netto basisfordring/konsernkonto	3 111	3 503	3 714	3 215	3 092	3 375	3 754	3 996	-3 268	-3 368	-2 175	-3 165	-2 248	-1 090	1 249	1 187	1 259	1 513	1 797	2 148
Øvrige finansielle anleggsmidler	4 021	4 101	4 187	4 251	4 347	4 453	4 559	4 666	4 147	4 253	4 359	4 363	4 469	4 575	4 681	4 788	4 894	5 000	5 107	5 213
Omløpsmidler	1 395	1 407	1 419	1 431	1 443	1 455	1 467	1 479	1 491	1 503	1 515	1 527	1 539	1 551	1 563	1 575	1 587	1 599	1 611	1 623
SUM EIENDELER	20 564	21 085	21 328	26 074	27 083	27 176	27 388	27 829	47 966	47 646	49 060	56 608	57 815	58 775	59 375	57 628	56 068	54 705	53 367	52 314
EGENKAPITAL OG GJELD	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	2038	2039
Egenkapital (inkl. eiendomsalg)	9 551	10 101	10 642	11 268	11 837	12 462	13 182	13 917	14 605	14 506	15 887	17 538	18 688	19 972	22 216	22 108	22 175	22 416	22 675	23 082
Egenkapital (ekskl. eiendomsalg)	9 518	9 868	10 318	10 853	11 331	11 956	12 676	13 411	14 099	14 000	13 981	14 232	13 982	13 866	13 610	13 502	13 569	13 810	14 069	14 476
Avsetninger for forpliktelser	2 352	2 286	2 220	2 886	2 889	2 811	2 744	2 681	2 619	2 560	2 500	2 442	2 384	2 326	2 268	2 210	2 160	2 128	2 098	2 072
Langsiktig gjeld (inkl. finansiell leie)	3 298	3 335	3 103	6 557	6 994	6 540	6 099	5 868	25 379	25 218	25 310	31 266	31 380	31 115	29 528	27 946	26 369	24 798	23 231	21 669
Kortsiktig gjeld	5 363	5 363	5 363	5 363	5 363	5 363	5 363	5 363	5 363	5 363	5 363	5 363	5 363	5 363	5 363	5 363	5 363	5 363	5 363	5 363
EGENKAPITAL OG GJELD	20 564	21 085	21 328	26 074	27 083	27 176	27 388	27 829	47 966	47 646	49 060	56 608	57 815	58 775	59 375	57 628	56 068	54 705	53 367	52 186

Investeringer og finansiering 2020 – 2039 (Vedlegg)

Investeringsbudsjett (inkl. byggepløst)		ØLP 2020	ØLP 2021	ØLP 2022	ØLP 2023	ØLP 2024	ØLP 2025	ØLP 2026	ØLP 2027	ØLP 2028	ØLP 2029	ØLP 2030	ØLP 2031	ØLP 2032	ØLP 2033	ØLP 2034	ØLP 2035	ØLP 2036	ØLP 2037	ØLP 2038	ØLP 2039	Summer (2020-2039)	
<i>(mill kroner)</i>																							
Ordinære investeringer	MTU	397	342	347	300	300	250	200	200	200	200	250	250	300	350	380	400	425	450	450	450	450	6 442
	Bygg (videreføres og nye)	196	233	335	349	467	582	649	751	590	108	177	182	161	187	216	226	236	242	242	242	242	6 372
	Bygg (fraflyttes)	15	15	30	30	30	30	30	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	210
	Annet	80	80	80	80	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	80	80	80	80	1 340
	Egenkapital pensjon	79	87	96	106	106	106	106	106	106	106	106	106	106	106	106	106	106	106	106	106	106	2 068
	IKT	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	700
	SUM	802	792	924	900	998	1 064	1 080	1 182	992	509	629	634	662	738	797	827	882	914	914	894	17 133	
Finansiert med	Ordinær likviditet	326	326	325	325	324	323	322	321	321	333	332	331	330	329	345	344	344	343	343	342	341	6 626
	Benyttet av resultater (ekskl. salg)	154	287	465	439	601	667	685	788	598	103	202	212	38	0	0	0	67	241	259	407	6 213	
	Annen finansiering	39	30	34	37	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	508
	Eiendomsalg	33	0	0	0	0							21	67	271	386	429	460	448	307	290	123	2 835
	Fordring på HSØ RHF																						0
	Øremerkede tilskudd																						0
	Lån																						0
Finansiell leie	250	150	100	100	50	50	50	50	50	50	50	50	0	0	0	0	0	0	0	0	0	950	
	SUM	802	792	924	900	998	1 064	1 080	1 182	992	509	629	634	662	738	797	827	882	914	914	894	17 133	
0 0																							
Tilsynsavvik og oppgraderinger (Fase 2)	MTU																					0	
	Bygg (videreføres og nye)	98	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	198	
	Bygg (fraflyttes)	147	149	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	296	
	Annet																						0
	SUM	245	249	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	494	
Finansiert med	Ordinær likviditet																					0	
	Driftsresultat (ekskl. salg)	70	70																			141	
	Eiendomsalg																					0	
	Fordring på HSØ RHF																					0	
	Lån	175	179																			353	
Finansiell leie																						0	
	SUM	245	249	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	494	

Investeringer og finansiering 2020 - 2039

Investeringsbudsjett (inkl. byggelånsrenter) <i>(mill kroner)</i>		ØLP 2020	ØLP 2021	ØLP 2022	ØLP 2023	ØLP 2024	ØLP 2025	ØLP 2026	ØLP 2027	ØLP 2028	ØLP 2029	ØLP 2030	ØLP 2031	ØLP 2032	ØLP 2033	ØLP 2034	ØLP 2035	ØLP 2036	ØLP 2037	ØLP 2038	ØLP 2039	Summer (2020- 2039)	
		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nytt klinikkbygg RAD	MTU	0	0	0	376	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	376
	Bygg (nye)	0	0	0	3 004	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3 004
	Annet	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	SUM	0	0	0	3 380	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3 380
Finansiert med	Ordinær likviditet																						0
	Driftsresultat (ekskl. salg)																						0
	Eiendomsalg																						0
	Fordring på HSØ RHF				794																		794
	Tilskudd fra Urstiftelsen				200																		200
	Lån				2 385																		2 385
	Finansiell leie																						0
SUM	0	0	0	3 380	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3 380	
		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Protonsenter	MTU	0	0	0	534	212	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	746
	Bygg (nye)	0	0	0	1 293	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1 293
	Annet	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	SUM	0	0	0	1 827	212	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2 039
Finansiert med	Ordinær likviditet																						0
	Driftsresultat (ekskl. salg)																						0
	Eiendomsalg																						0
	Fordring på HSØ RHF																						0
	Investeringstilskudd				527	64																	590
	Lån				1 300	149																	1 449
	Finansiell leie																						0
SUM	0	0	0	1 827	212	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2 039	

Investerings og finansiering 2020 - 2039

Investeringsbudsjett (inkl. byggefinansiering)		ØLP 2020	ØLP 2021	ØLP 2022	ØLP 2023	ØLP 2024	ØLP 2025	ØLP 2026	ØLP 2027	ØLP 2028	ØLP 2029	ØLP 2030	ØLP 2031	ØLP 2032	ØLP 2033	ØLP 2034	ØLP 2035	ØLP 2036	ØLP 2037	ØLP 2038	ØLP 2039	Summer (2020-2039)
(mill. kroner)																						
RSA - etappe 1 (Regional sikkerhetsavdeling)	Bygg (nye)	0	0	0	0	994	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	994
	Annet	0	0	0	0	22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	22
	SUM	0	0	0	0	1 016	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1 016
Finansiert med	Fordring på HSØ RHF					303																303
	Lån					713																713
	SUM	0	0	0	0	1 016	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1 016
RSA - etappe 2 (Lokal sikkerhet og PUA)	Bygg (nye)	0	67	89	150	108	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	414
	SUM	0	67	89	150	108	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	414
	SUM	0	67	89	150	108	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	414
Finansiert med	Eiendomsalg		200	91	91	32																414
	SUM	0	200	91	91	32	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	414
	SUM	0	200	91	91	32	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	414
Gautstad (samling av traume og regionale funksjoner)	MTU	0	0	0	0	0	0	0	0	776	0	0	850	0	0	0	0	0	0	0	0	1 626
	Bygg (nye)	0	0	0	0	0	0	0	0	11 432	0	0	3 695	0	0	0	0	0	0	0	0	15 126
	SUM	0	0	0	0	0	0	0	0	12 208	0	0	4 545	0	0	0	0	0	0	0	0	16 752
Finansiert med	Fordring på HSØ RHF									3 616		1 357										4 973
	Lån									8 591		3 188										11 779
	SUM	0	0	0	0	0	0	0	0	12 208	0	0	4 545	0	0	0	0	0	0	0	0	16 752
Aker - etappe 1 (lokal- og områdefunksjoner)	MTU	0	0	0	0	0	0	0	0	581	0	0	683	0	0	0	0	0	0	0	0	1 264
	Bygg (videreføres og nye)	0	0	0	0	0	0	0	0	14 802	0	0	2 755	0	0	0	0	0	0	0	0	17 556
	Annet	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	SUM	0	0	0	0	0	0	0	0	15 383	0	0	3 438	0	0	0	0	0	0	0	0	18 820
Aker - etappe 2 (lokal- og områdefunksjoner)	MTU	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	25	40	36	5	0	0	0	0	0	0	111
	Bygg (videreføres og nye)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	48	244	401	370	75	0	0	0	0	0	0	1 138
	SUM	0	0	0	0	0	0	0	0	0	53	269	441	406	80	0	0	0	0	0	0	1 249
Finansiert med (både etappe 1 og 2)	Fordring på HSØ RHF									4 558	16	80	1 155	116	16							5 941
	Lån									10 824	37	189	2 724	290	63							14 129
	SUM	0	0	0	0	0	0	0	0	15 383	53	269	3 879	406	80	0	0	0	0	0	0	20 069

Investeringer og finansiering 2020 - 2039

Investeringsbudsjett (inkl. byggeårsrenter) <i>(mill kroner)</i>		ØLP 2020	ØLP 2021	ØLP 2022	ØLP 2023	ØLP 2024	ØLP 2025	ØLP 2026	ØLP 2027	ØLP 2028	ØLP 2029	ØLP 2030	ØLP 2031	ØLP 2032	ØLP 2033	ØLP 2034	ØLP 2035	ØLP 2036	ØLP 2037	ØLP 2038	ØLP 2039	Summer (2020- 2039)		
Målbildet etappe 2	MTU	0	0	0	0	0	0	0	18	51	102	102	117	113	92	0	0	0	0	0	0	0	595	
	Bygg (nye)	0	0	0	0	0	0	0	218	624	1 249	1 278	1 492	1 480	1 259	0	0	0	0	0	0	0	7 600	
	Annet	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	SUM	0	0	0	0	0	0	0	0	236	675	1 351	1 380	1 609	1 593	1 351	0	0	0	0	0	0	8 195	
Finansiert med	Ordinær likviditet																						0	
	Driftsresultat (ekskl. salg)																						0	
	Eiendomsalg								0	0	0	396	455	441	359								1 650	
	Fordring på HSØ RHF								70	199	396	0	0	0	0								665	
	Lån								166	476	955	984	1 153	1 153	992								5 880	
SUM	0	0	0	0	0	0	0	0	236	675	1 351	1 380	1 609	1 593	1 351	0	0	0	0	0	0	8 195		
TOTALT	MTU	397	342	347	1 210	512	250	200	218	1 608	307	376	1 940	449	447	380	400	425	450	450	450	450	11 160	
	Bygg (videreføres og nye)	294	400	424	4 796	1 569	582	649	969	27 448	1 405	1 700	8 525	2 011	1 520	216	226	236	242	242	242	242	53 695	
	Bygg (fraflyttes)	162	164	30	30	30	30	30	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	506	
	Annet	80	80	80	80	82	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	80	80	80	80	60	1 362
	Egenkapital pensjon	79	87	96	106	106	106	106	106	106	106	106	106	106	106	106	106	106	106	106	106	106	106	2 068
	IKT	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	700
	SUM	1 047	1 109	1 013	6 257	2 334	1 064	1 080	1 418	29 257	1 913	2 277	10 666	2 662	2 169	797	827	882	914	914	914	894	69 492	
Finansiert med	Ordinær likviditet	326	326	325	325	324	323	322	321	321	333	332	331	330	329	345	344	344	343	342	341		6 626	
	Driftsresultat (ekskl. salg)	224	357	465	439	601	667	685	788	598	103	202	212	38	0	0	0	67	241	259	407		6 354	
	Annen finansiering	39	30	34	37	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	508	
	Eiendomsalg	33	200	91	91	32	0	0	0	0	0	417	523	712	745	429	460	448	307	290	123		4 900	
	Fordring på HSØ RHF	0	0	0	794	303	0	0	70	8 374	411	80	2 511	116	16	0	0	0	0	0	0	0	12 675	
	Øremerkede tilskudd	0	0	0	727	64	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	790	
	Lån	175	179	0	3 686	862	0	0	166	19 892	993	1 173	7 066	1 443	1 055	0	0	0	0	0	0	0	36 688	
	Finansiell leie	250	150	100	100	50	50	50	50	50	50	50	50	0	0	0	0	0	0	0	0	0	950	
SUM	1 047	1 241	1 015	6 198	2 258	1 064	1 080	1 418	29 257	1 913	2 277	10 666	2 662	2 169	797	827	882	914	914	894		69 492		



KLINIKKWISE TEKSTDOKUMENTER

Økonomisk langtidsplan
Vedlegg til oversendelse HSØ 23 april 2019

Innholdsfortegnelse

Klinikk psykisk helse og avhengighet.....	3
Medisinsk klinikk.....	14
Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi.....	19
Nevroklubnikken.....	23
Ortopedisk klinikk.....	28
Barne- og ungdomsklubnikken	33
Kvinneklubnikken	38
Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon.....	42
Kreftklubnikken	49
Hjerte-, lunge- og karklubnikken	53
Akuttklubnikken.....	57
Prehospital klinikk.....	62
Klinikk for laboratoriemedisin	66
Klinikk for radiologi og nuklearmedisin	71
Oslo sykehuservice	74

1. Konsekvens av vedtatte beslutninger i 2019

- Salderte kostnadsreducerende tiltak, er tiltak vurdert på grønn eller gul risiko og besluttet gjennomført med kontinuerlig flerårig effekt så raskt som mulig fra 2019. Informasjon er gitt fra klinikkleder i «Tildelingsbrev budsjett 2019 med tabeller», datert 28. januar 2019.
Det forutsettes gjennomføringseffekt i 2019 iht effekt inkludert i budsjett 2019.
- Usalderte kostnadsreducerende tiltak identifiseres utfra prosjekter i klinikkens forbedrings-program. Det forventes en gjennomføringseffekt med kontinuerlig flerårig effekt.
- Ytterligere kommentarer, se punkt 5.

2. Resultater 2018 og budsjett 2019

Resultatavviket ift budsjett for 2018 er negativt med 13,8 millioner kroner, eller 0,6 % av totale driftsinntekter. Totale driftsinntekter er 32,9 millioner kroner over budsjett, fordelt på polikliniske inntekter med 5,4 millioner kroner, gjestepasientinntekter med 20,9 millioner kroner og andre inntekter med 6,6 millioner kroner. Totale kostnader er 46,6 millioner kroner over budsjett, fordelt med et negativt avvik på personalkostnader med 46,0 millioner kroner, positivt avvik på varekostnader og gjestepasientkostnader med 6,3 millioner kroner, samt negativt avvik på andre driftskostnader med 7,0 millioner kroner. De kostnadsreducerende tiltak ga en effekt på 22,0 millioner kroner eller 47 % av budsjettert effekt.

Primo mars 2019, forventes det for 2019, en aktivitet iht budsjett. Det regnskapsmessige resultatet forventes et negativt avvik mot budsjett på 5,5 millioner kroner Dette skyldes reduserte inntekter på utskrivningsklare pasienter, der klinikken har skrevet fram det relative avviket fra de to første månedene fram til 31.desember 2019.

3. Aktivitetsutvikling 2020-2023

DRG POENG - ØLP 2020 - 2023	B2019 ny groupe	B2020	B2021	B2022	B2023	2019- 2020	2020- 2021	2021- 2022	2022- 2023
Antall liggedøgn	106 602	107 277	107 277	107 277	107 277	0,6 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Antall dagopphold	3 575	3 575	3 575	3 575	3 575	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Antall polikliniske konsultasjoner	160 416	163 624	166 897	170 235	173 639	2,0 %	2,0 %	2,0 %	2,0 %

Tabell 1. Aktivitetsvekst 2020 - 2023.

Vekst i pasientaktivitet legges på poliklinisk behandling og er 5,4 % fra 2018 til 2019. I planperioden 2019 – 2020 er den årlige veksten 2 % og akkumulert over hele planperioden på 8,2 %.

Klinikken vil påpeke at det er vanskelig å møte krav om årlig aktivitetsvekst på 2 % uten en reell økning av polikliniske ressurser, når vi samtidig får krav om å opprettholde en lav avslagsprosent, årlig reduksjon i ventetider iht Oppdragsdokumentet og med netto tilstrømning fra pasienter utenfor opptaksområdet. Dette innebærer en nødvendig årlig økning på minimum 8 årsverk. Økning i ressurser vil bidra til å oppfylle prioriteringsregelen

3.1 Psykisk helsevern for voksne (VOP)

Befolkningsøkning

Det legges til grunn en årlig befolkningsvekst på rundt 1,2 % – 1,5 % i aldersgruppen over 18 år.

Behov for pasientbehandling

Det forventes at behovet for pasientbehandling innen fagområdet psykisk helsevern for voksne vil øke mer enn befolkningsveksten. Befolkningens kunnskap om kompetent utredning og behandling innen fagområdet øker, og det er mye fokus på psykiske lidelser i media.

Det struktureres for en dreining i klinikkens pasientbehandling fra døgn-, til dag- til poliklinisk senere behandling. Klinikken videre omfattende behandling av alvorlige psykiske lidelser (SMI= Serious Mental Illness) tilsier at vi opprettholder nivået på dagens døgnbehandling. Veksten i pasientbehandling vil alt vesentlig skje innenfor poliklinisk behandling.

Ventetid og avvisningsrate

Det gjennomføres et arbeid for å redusere ventetid og avvisningsrate for poliklinisk behandling ved klinikken. Klinikken planlegger ventetider iht kravet i Oppdragsdokumentet. Avvisningsraten forventes å ligge like under 20 %, med forbehold om at antall henvisninger ikke øker vesentlig. Det økte inntaket går utover behandlingsskapiteten for lidelser som krever spesialiserte tilbud og lengre behandling.

Faktorer som påvirker etterspørselen etter polikliniske og ambulante tjenester:

- Sykelighet i befolkningen. Det er ikke forventet endring i forekomst av psykiske lidelser som etter prioriteringsveilederne gir rett til behandling i spesialisthelsetjenesten psykisk helsevern.
- Befolkningens etterspørsel etter spesialisthelsetjenester er en sterk pådriver i økning i poliklinisk og ambulant aktivitet. Økende etterspørsel er sammenfallende med uklare grenser for hvem som skal tas inn i henhold til prioriteringsveilederne. Pålegg om reduksjon i avvisningsraten bidrar til at grensene for inntak forskyves mot at lettere psykiske lidelser tas inn. Tilbudet til de med alvorlige psykiske lidelser (SMI) vil reduseres, forutsatt uendret behandlingsskapitet.
- Fastlegenes kapasitet til å drive behandling av lettere psykiske lidelser er en annen viktig faktor som spesialisthelsetjenesten i liten grad kan påvirke. Fastlegetjenesten er under stort press med relativt sett redusert kapasitet.
- Samhandlingsreformen la opp til at flere oppgaver i pasientforløp skulle overføres til bydel. Klinikken har ikke sett noen effekt av dette. Spørsmålet er om lavterskeltilbud i bydeler bidrar til høyere etterspørsel av spesialisthelsetjenester, eksemplifisert av økte henvisninger fra bydelenes kommunepsykologer.
- I Oslo-området er det mange avtalespesialister innen psykisk helsevern voksen. Fra spesialisthelsetjenestens side reises det spørsmål om disse bidrar til å løse spesialisthelsetjenestens «sørge-for-ansvar» i tilstrekkelig grad. Dette vil neppe endre seg innenfor aktuelle tidshorisont.
- Samhandling med bydeler og fastleger kunne tenkes å påvirke grensesnittet mellom første- og andrelinjetjenesten – slik at henvisninger til spesialisthelsetjenesten reduseres eller ikke øker i samme grad. Samhandling med kompetanseoverføring tar tid og reduserer tilsvarende behandlingsskapiteten for polikliniske konsultasjoner.

- Innad i klinikken vil en eventuell overføring av funksjoner til Distrikts Psykiatriske Senter (DPS) kunne endre behovet for tjenester på DPS. Det er ikke lagt planer for slik omstilling i løpet av 2020-23. Politiske signaler går fortsatt ut på å styrke DPS-ene på «bekostning» av sykehusnivået.
- Innføring av nye og mere effektive behandlingsformer som 4-dagersbehandling av angstlidelser påvirker behandlingsskapiteten. Metoden gir raskt inntreffende behandlingsresultater og er langt mere effektiv for pasientene, men de krever større personellinnsats fra DPS.
- Innføring av digitale behandlingstiltak kan gjøre poliklinikkene mere effektive, men klinikken har kommet svært kort i dette arbeidet; ikke minst grunnet hensyn til personvern. Regner med at det ikke vil få effekt i denne planperioden.
- Innføring av nye arbeidsformer for SMI-pasienter, som samhandling med bydelene i Flexible Assertive Community Treatment-teams (FACT) og IPS (Jobbmestrende oppfølging) vil være mere arbeidskrevende for Søndre Oslo DPS. Dette vil kunne medføre redusert antallet konsultasjoner/ambulans behandling per årsverk, men samtidig innebære betydelig redusert behov for døgnplasser. Usikkert om særkoder vil kompensere for merarbeidet, mest trolig ikke.

Nivå for døgnbehandling 2020-2023

Det har de siste par årene skjedd en vesentlig dreining fra sykehusinnleggelse til DPS-innleggelse. Det tar inntil 18 måneder å bygge og utvikle døgn tilbud.

En overgang fra døgn DPS til egne poliklinikker vil ikke synes i driftsdata. Vi ser en økende overgang for pasienter fra døgnbehandling på sykehusnivå til døgnbehandling i DPS og en tilsvarende overgang fra døgnbehandling DPS til konsultasjoner i DPS'ets egne poliklinikker. Med bedret døgn tilbud og bedret bemanning tar DPS-avdelingene i dag imot mer krevende pasienter. Pasientene opprettholder større grad av autonomi og behandlingen er betydelig mer ressurseffektiv.

I løpet av planperioden forventes full effekt av FACT-team (team i alle 6 bydeler) og IPS, dette vil først og fremst påvirke bruken av døgnplasser for pasienter med alvorlig psykisk lidelse (SMI). Erfaring med slike prosjekter til nå tyder på redusert forbruk av oppholds-døgn, nettoeffekten synes å innebære redusert bruk av akuttnivå av sykehusbehandling.

En profil med vekt på omfattende samhandling med bydeler, FACT, IPS og andre mestrings- og recoverybaserte tjenester samt godt bemannet døgn DPS vil muliggjøre reduksjon i bruk av de dyreste døgnplassene på sykehusnivå, samtidig med redusert oppholdstid.

Døgnavdelingens tilbud (både døgn og poliklinikk) er dimensjonert for insidensen av nye schizofrenitilfeller i Oslo. Vi ser at diagnosebildet endrer seg, og diagnosene forstås etter hvert mindre kategorisk og mer dimensjonalt, der symptombelastning, funksjonssvikt og samsykkelighet er avgjørende. Dette medfører at et mye større antall pasienter enn det insidensen av schizofreni skulle tilsi, søkes til seksjonen, både for utredning og behandling. Dette vil medføre økte ventetider på døgninnleggelse, men også på poliklinisk behandling. Dette kan løses med mer tilførte ressurser i poliklinikk.

I Døgnavdelingene vil dette kunne medføre økte ventetider på elektiv døgninnleggelse. Svært mange av pasienten har et lavt funksjonsnivå, hvor i alle fall starten av behandlingen tilsier døgnnivå. En forskyvning av behandlingen fra døgn til poliklinikk vil medføre behov for ekstra personalressurser for å gi tilstrekkelig og forsvarlig behandling.

Det er ønskelig at døgnkapasiteten med nåværende antall senger innen alderspsykiatri opprettholdes. Det forventes en økning av antall eldre over 65 år i Oslo universitetssykehus HF sin sektor på ca. 42 % frem mot 2030.

Alderspsykiatriske pasientgrupper er i større grad avhengig av døgnplasser, da de mer somatisk skrøpelige. Ofte har de i tillegg somatiske lidelser. Behovet for rask behandling i døgn er viktig for å kunne forebygge videre utvikling av både psykisk og somatisk lidelse. Redusering av antall senger må derfor særbehandles.

Det arbeides også ambulerende fra døgn, men dette er ressurskrevende og en økning av ambulerende tjenester fra døgn vil medføre behov for flere ressurser for å kunne drive effektiv døgnbehandling parallelt.

Potensialet for enkelte pasientbehandlinger med gjennomført dreining fra døgn til dag/poliklinikk er realisert i 2019. Dette merkes ved økt press på døgnplasser for pasienter med høy symptombelastning generelt, og på skjermingsplasser for pasienter for pasienter med høy risiko for egenskade og skade av andre.

Det forventes at det vil være uendret behov for døgnplasser i samsvar med prognosene i befolkningsveksten.

I lokale sikkerhetspsykiatriske enheter er det mellom 4 og 6 pasienter som har vært innlagt over flere år, og som det av hensyn til samfunnsvernet ikke er mulig å skrive ut. Dette begrenser sirkulasjonen på dette behandlingsnivået betraktelig.

3.2 Psykisk helsevern barn og unge (BUP)

Behov for pasientbehandling

Det forutsettes her en utvikling i aktivitet for betjening av eksisterende bydeler, altså før en tilbakeføring av Grorud-bydelene.

BUP har for tiden en dekningsgrad på ca. 3 % når det gjelder poliklinisk tilbud til Oslo universitetssykehus HF sine bydeler – som er langt unna myndighetenes målsetting om 5 %. Avdelingen mener at dekningsgraden bør økes gradvis, slik at Oslo universitetssykehus HF når målsettingen i løpet av maks 6 år. Det ville bety en gjennomsnittlig årlig vekst av pasientforløp på toppen av befolkningsveksten på 1,7 %, frem til 2025.

Dette innebærer mer enn en fordobling av behandlingsskapasiteten frem mot 2023. BUP i Oslo universitetssykehus HF klarer ikke en slik utvikling bare gjennom å jobbe smartere eller organisere tjenesten bedre.

Faktorer som påvirker døgn-, dag og poliklinisk behandling

Med en overføring av medarbeidere i BUP fra dagbehandling i Familie- og nettverksenheten (FNe) til poliklinikkene fra sommer -19 håper avdelingen å kunne bedre bemanningssituasjonen i poliklinikkene vesentlig – men på nåværende tidspunkt er avdelingen nødt til å holde omtrent 10 stillinger i poliklinikkene ledig (derav 7 nye i 2019) for å overholde budsjettammen. Dette går selvfølgelig på bekostning av måloppnåelse for antall konsultasjoner, reduksjonen av ventetiden, antall pasienter som vi overholder rammene i pakkeforløpene for, epikriser innen 7 dager, lav turnover, og ikke minst reduksjon av sykefravær.

Skillet mellom poliklinisk, ambulant, hjemmesykehus- og dag-/ døgn-virksomhet vil gradvis bli mindre skarp. Selv om vi øker den polikliniske virksomheten og jobber arenafleksibelt vil det alltid være et behov for døgnplasser. BUP i Oslo universitetssykehus HF ser en utvikling der vi har et behandlingstilbud med varierende grad av intensitet etter behov. Hva som er den rette kapasiteten for dag-/døgn-tjenestene er vanskelig å forutse. Dette henger bl.a. sammen med utviklingen av tjenestetilbudet på tvers i sykehuset og i bydelene. Men det omfatter også tilrettelegging for pasienter som det p.t. ikke finnes et tilbud til, som f.eks. unge med utviklingsforstyrrelser og alvorlige tilleggsversker som psykose, ungdom med alvorlig spiseforstyrrelse som trenger vedtak om tvang i ernæring, eller voldelige ungdommer. Dette er svært ressurskrevende pasientgrupper som i dag opptar plasser i vår akuttinstitusjon.

Selv om vi med hjelp av våre FRONT-team, (FRONT; hjemmebasert sykehus for å dekke et behov for rask respons (øyeblikkelig hjelp) ved svært alvorlige tilstander som poliklinikkene ikke håndterer), klarer å redusere presset på akuttinnleggelser ser vi at vi må avvise pasienter som bør legges inn enten på ø-hjelp eller selektivt. Det gjelder både aldersgruppen under og over 13 år. Det bør også vurderes om vi kan opprettholde tilbudet på enhet A som et 5-døgn tilbud, eller om det er behov for en utvidelse til 7-døgn.

Ventetid og avvisningsrate

Når det gjelder ventetid så har vi som kjent hatt en negativ utvikling – målet er under 40 dager, og BUP ligger på 60.

Våre poliklinikker har etter inspirasjon fra samarbeidet med Helse Sør-Øst RHF sitt innsatsteam på BUP Oslo Nord igangsatt ulike forbedringstiltak som på sikt skal gjøre oss i stand til å overholde forløpstidene i pakkeforløpene og ha en bedre vektning av pasienter inn og ut. Det vil på sikt også medføre kortere ventetid. Det er imidlertid noen faktorer som er en hemsko i denne ønskede utviklingen:

- Manglende ressurser, stort arbeidspress og en sterk belastet virksomhet gir dårlige vilkår for innovasjon.
- Vi har ikke etablert et robust system for samarbeidet med bydelene, barnevern, skolene, fastlegene mm., som sikrer god pasientflyt.
- Gir seg særlig utslag for gruppen pasienter med særlig sammensatte behov.
- Et aktivitetsbasert finansieringssystem som teller konsultasjoner fremfor pasientforløp og ikke registrerer andre relevante aktiviteter er ekstra uheldig i vårt arbeid med de unge og deres nettverk.

Avvisningsraten er ca. 20 %, som er altfor høyt. Inspirert av erfaringer fra våre kolleger på Nic Waals Institutt (NWI) i samarbeid med bydel Grünerløkka har vi en ambisjon om å kunne gi et tilbud til alle pasienter som henvises. Det betyr imidlertid ikke at Barne- og ungdomspsykiatrien nødvendigvis er den rette instansen – det kan like godt være et tilbud i bydelen, eller et samarbeidstiltak. Det krever at vi kjenner godt hverandres tjenestetilbud, og at vi har en stabil og god kommunikasjon før, under og etter innleggelsen. Vårt prosjekt «Inntak ute» (jf. søknad om Invent-2-midler) er tenkt som et skritt på veien.

Oppsummering

Avdelingens vurdering er at selv om vi med hjelp av dyktige og engasjerte medarbeidere vil kunne jobbe mer effektivt og organisere pasientflyten bedre både innad og i samarbeid med omverden, så har BUPA et betydelig gap i forholdet mellom ressurser og oppgaver. Innovasjon krever ekstra innsats, og jo mer overarbeidet en virksomhet opplever seg selv, jo vanskeligere er oppgaven. Det krever kapasitet og vilje hos lederne i virksomheten å jobbe

med forventningsstyring og bruke styringstall til å utvikle virksomheten. Det virker som om det er et sprik mellom politiske ambisjoner for vårt fagfelt og utviklingen slik den ser ut og er prognostisert gjennom tall. Det er høy risiko for at det ikke er pasientgruppens og fagfeltets behov eller den demografiske utviklingen som vil styre ressurstildelingen fremover, men at det vil være tildelingen av ressurser som bestemmer, når og hvor mye hver enkelt pasient kan få av behandling i Barne- og ungdomspsykiatri i Oslo. Den største trusselen er rekrutteringssvikt: vi klarer ikke å rekruttere og beholde nok fagfolk til å opprettholde dagens tjenestetilbud.

3.3 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Befolkningsøkning

Det legges til grunn en årlig befolkningsvekst på rundt 2 % i aldersgruppen over 18 år, basert på SSB tall lagt ved oppgave fra klinikken.

Avdeling rus- og avhengighetsbehandling (ARA) har områdefunksjon for 12 bydeler for majoriteten av oppgaver/tjenester som avdelingen tilbyr.

Det forventes at pasientmengden vil øke i takt med befolkningsveksten. Parallelt med at vi får en stadig eldre befolkning, blir også ruspasientene eldre. Pasientgruppen vil dermed i økende grad ha somatiske aldersrelaterte sykdommer, samt sykdommer som skyldes langvarig belastning gjennom mange år med rusbruk. TSB i Oslo universitetssykehus HF skal dermed behandle pasienter med stadig mer sammensatte vansker, som trenger spesialistkompetanse innen både rus og avhengighet, psykisk helse og somatikk, i tillegg til betydelig sosial oppfølging. Det er avgjørende at TSB i Oslo universitetssykehus HF optimaliserer samhandlingen med kommunen og med de ulike andre områdene i spesialisthelsetjenesten.

Faktorer som påvirker etterspørselen etter døgnbehandling, polikliniske og ambulante tjenester:

- Forventet befolkningsvekst, se over ca. 2 % årlig vekst, aldersgruppen over 18 år.
- Selve bærebjelken i rus- og avhengighetsbehandling vil være tilbud om polikliniske og arenafleksible tjenester, uavhengig om de er knyttet til kommunen eller til spesialisthelsetjenesten. Det store volumet av kartlegging, utredning og behandling av pasienter vil foregå på poliklinikker som er lokalisert nær der pasientene bor. Det forventes at Oslo kommune i økende grad vil få overført oppgaver for det som i dag oppfattes å være tverrfaglig spesialisert rus- og avhengighetsbehandling. Vi må sammen utvikle en helsetjeneste som følger pasienten, fremfor at pasienten må forholde seg til organisering i nivåer og isolerte fagsiloer. Samhandling tar tid og reduserer behandlingsskapiteten i planarbeid og under implementering.
- Avdeling rus- og avhengighetsbehandling ved Oslo universitetssykehus HF har allerede utviklede basistjenester for en helhetlig pasientbehandling. Disse basistjenestene inkluderer akutt-tjenester, avgiftningstjenester, ambulante tjenester, døgnbehandling og lett tilgjengelige polikliniske tjenester. Vi ønsker å etablere effektive, standardiserte og samtidig individuelt tilpassede behandlingsforløp, med økende bruk av e-helse tjenester som kan supplere tiltakene i spesialisthelsetjenesten.
- Sykelighet i befolkningen. Det er ikke forventet endringer i forekomsten av rus- og avhengighetslidelser som etter prioriteringsveileder gir rett til behandling i TSB.
- Fra justis til helse: Globalt sett er det en fagpolitisk diskusjon og utvikling i retning mot avkriminalisering for besittelse av illegale rusmidler til eget bruk. Flere land med slike lovendringer har hatt en dreining vekk fra justis over på helse når personer

anholdes for mindre narkotikarelaterte forseelser. TSB i Oslo universitetssykehus HF støtter en videreføring av statens restriktive ruspolitikk, da dette trolig virker forebyggende på nivået av problematisk rusbruk i befolkningen. Samtidig virker det hensiktsmessig med en styrt og faglig støttet dreining vekk fra straff over til behandling som respons på mindre narkotikarelaterte forseelser. Dersom Norge endrer sin politikk i en slik retning, bør dette gjøres i samarbeid med fagfeltet. TSB i Oslo universitetssykehus HF bør være aktivt deltagende i et slikt utviklingsarbeid ved å påvirke utformingen av nye reguleringer, og ligge i forkant ved en eventuell endring i tjenestebehov.

- Fastlegenes kapasitet og kompetanse til å drive behandling av rus- og avhengighetslidelser er en annen viktig faktor som spesialisthelsetjenesten i liten grad påvirker. Fastlegetjenesten er under stort press med relativt sett redusert kapasitet.
- Private avtaleparter og HELFO plasser: I Helse Sør-Øst RHF-området er det 21 avtaleparter som har avtale med Helse Sør-Øst RHF samt at antallet HELFO aktører øker. Fra spesialisthelsetjenestens side i sykehus reises det spørsmål om alle aktører bidrar til å løse spesialisthelsetjenestens sørge-for-ansvar i tilstrekkelig grad. Det ser i liten grad ut til å påvirke kapasitet ved ARA i Oslo universitetssykehus HF.
- Inspirert av OCD- (Obsessive Compulsive Disorder; tvangslidelse) og angstbehandling: Hva kan være TSBs nye behandlingsformer/ 4 dagers format? En ide å utvikle men som ikke får effekt i denne planperioden.
- Innføring av digitale behandlingstilbud kan gjøre poliklinikkene mere effektive, men Klinikk psykisk helse og avhengighet har kommet svært kort i dette arbeidet. Regner med at det ikke vil få effekt i denne planperioden.
- Innføring av nye arbeidsformer som RusFact og IPS. Disse vil være mere arbeidskrevende for ARA, særlig i en etableringsfase.
- Samlokalisering og samdrift mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. Nær geografisk plassering, samlokalisering og/eller felles møtearenaer for kommunale tjenester og spesialisthelsetjeneste vil gjøre pasientsamarbeid, gjensidig veiledning og kompetanseoverføring lettere. Dette kan eksemplifiseres ved:
 - Ambulerende/arenafleksible tjenester i tett samarbeid med kommunen. Det trengs økonomiske virkemidler for å styrke dette arbeidet.
 - FACT- team/RusFACT team: Kommunene og spesialisthelsetjenesten samarbeider tett i både ACT og FACT-team. Behandlingsfilosofien i denne type oppsøkende virksomhet er å ha fokus på brukerens mestring, fungering og integrering i lokalsamfunnet. (FACT-håndboken ROP.no (Rusmisbruk og psykisk lidelse)).

Faktorene som er nevnt over vil kunne gi effekt, men usikkert i hvilket omfang

Aktivitetskravet på 2 % vekst i poliklinisk og ambulant behandling kan være realistisk ut fra befolkningens behov, samtidig som vi vet en del om at pasienter med rus- og avhengighetslidelser ikke i tilstrekkelig grad oppsøker helsetjenester og som kan være vanskelig å behandle: «hard to reach and hard to treat». Det er en forventning til avdelingen å dreie mer av aktiviteten mot oppsøkende arbeid i samarbeid med kommunen, også for å nå pasienter med rett til tjenester i spesialisthelsetjenesten som vi i dag ikke når. Dette er også beskrevet i samarbeidsavtalen med Oslo kommune underavtale til tjenesteavtale 1 og 2. Det vil være ressurskrevende å etablere slike team og få opp aktiviteten i oppstartsfase. På sikt vil det kunne avlaste døgninnleggelser.

I budsjett arbeidet for 2019 vektla ARA at vi ikke klarer å øke aktiviteten ytterligere og at vi allerede har utfordringer med å oppnå budsjettet aktivitet. ARA trenger tilførte midler for å oppnå aktivitetsvekst og omlegging til andre mer arenafleksible tiltak.

Gjennomsnittlig ventetid og avvisningsrate

Gjennomsnittlig ventetid i TSB/ARA er under 35 dager. Lav avvisningsrate, stabilt.

Nivå for aktivitet 2020-2023

Avdeling rus- og avhengighetsbehandling vil fortsette med fordeling av senger i planperioden slik det i dag er organisert, samlet har ARA 86 senger.

Over tid har det blitt jobbet med registreringsrutiner og tilpasning til vedtatte prosedyrer. Nivået som er lagt på antall utskrevne og liggedøgn vurderes i liten grad å bli justert i planperioden.

I løpet av planperioden forventes det økt effekt av etableringen av RusFact på Sagene og ut i planperioden også effekt av IPS satsning. Dette vil kunne påvirke kapasitet og aktivitet, foreløpig uvisst i hvilket omfang.

4. Bemanning for å ivareta aktiviteten 2020-2023

2018 Faktisk	B2019	B2020	B2021	B2022	B2023	2019- 2020	2020- 2021	2021- 2022	2022- 2023
2 272	2 240	2 212	2 176	2 141	2 106	-1 %	-2 %	-2 %	-2 %

Tabell 2. Brutto månedsverk 2018 - 2023.

Iht Budsjettsskriv nr. 1 Oslo universitetssykehus HF Økonomisk langtidsplan 2020 – 2023. 29. januar 2019, er ikke følgende forhold inkludert i bemanningsoversikten. Se punkt 3:

Klinikken vil påpeke at det er vanskelig å møte krav om årlig aktivitetsvekst på 2 % uten en reell økning av polikliniske ressurser, når vi samtidig får krav om å opprettholde en lav avslagsprosent, årlig reduksjon i ventetider iht Oppdragsdokumentet og med netto tilstrømning fra pasienter utenfor opptaksområdet. Dette innebærer en nødvendig årlig økning på minimum 8 årsverk. Økning i ressurser vil bidra til å oppfylle Prioriteringsregelen (Den gylne regel).

5. Forbedret drift (ifht tiltaksområder 2020-2023)

Felles tiltaks type fra mal	Tiltak type	Verdier				2020-2023 (i mill kr)	2020-2023 (ibmv)	2020-2023 (DRG)
		mill kr 2020	mill kr 2021	mill kr 2022	mill kr 2023			
Bemanningsstyring	Riktig kompetanse og bruk av ressurser	16	11	9	5	41	53	0
	Riktig liggetid	15	9	6	3	33	37	0
Innkjøp	Bedre innkrevningsrutiner	1	1	1	1	4	0	0
	Begrense medisinkostnader	1	1	1	1	4	0	0
Andre tiltak	Redusere innkjøpskostnader	2	2	2	2	8	0	0
	Redusere antall ikk-møtt og drop-out	1	1	1	1	4	4	0
	Øvrige tiltak	0	10	14	21	45	49	0
Totalsum		36	35	34	34	139	143	0

Tabell 3. Forbedret drift iht tiltaksområder 2020 - 2023.

Krav om 2 % av rammen i 2019 tilsvarer ca. 35 millioner kroner i reduserte kostnader årlig. Klinikken planlegger å møte dette med planlagte tiltak på ca.140 millioner kroner i perioden 2020 – 2023.

Salderte kostnadsreduserende tiltak, er tiltak vurdert på grønn eller gul risiko og besluttet gjennomført med kontinuerlig flerårig effekt så raskt som mulig fra 2019. Informasjon er gitt

fra klinikkleder i «tildelingsbrev budsjett 2019 med tabeller», datert 28.1.2019. Det forutsettes gjennomføringseffekt i 2019 iht effekt inkludert i budsjett 2019.

Usalderte kostnadsreducerende tiltak identifiseres utfra prosjekter i klinikkens forbedringsprogram. Det forventes en gjennomføringseffekt med kontinuerlig flerårig effekt.

Tiltaks/forbedringsområder 2020 – 2023

På grunn av nåværende finansieringsordning av klinikkens pasientbehandling, er klinikkens eneste handlingsrom og mulighet for å oppnå en produktivitetsvekst på 2 %, gjennomføring av kostnadsreducerende tiltak. Dette til motsetning for de somatiske klinikkene, som er ISF finansiert, og kan løse utfordringssituasjonen i lang større grad ved hjelp av øket aktivitet og derved økte inntekter.

Det planlegges også for en vekst i pasientbehandlingen innenfor poliklinisk drift en årlig vekst på 2 %. Gjennomføring av produktivitetsforbedringen på årlig 2,0 %, medfører en årlig reduksjon i kostnader på ca. 34 – 36 millioner kroner som vil medføre en årlig reduksjon på 35 – 37 årsverk.

På grunn av endret prognose for 2019, utsettes kostnadsreducerende tiltak med 10,5 millioner kroner med tilhørende årsverk på 12,2, fra 2019 til 2020. For 2020 kommer dette i tillegg til produktivitetsforbedringen på 2 % fra året før. Oppfyllelsen av de overnevnte kravene vil derfor være særdeles utfordrende, der det også er et behov for økte behandlerressurser for å oppnå den pålagte veksten i pasientaktiviteten.

Klinikken må derfor forutsette, som eneste mulighet, at den pålagte produktivitetsforbedringen på årlig 2 % i ØLP perioden, skal oppnås utfra klinikkens forbedringsprogram. Kostnadsreducerende tiltak gjennomføres i all hovedsak innenfor personalområdet. Ca. 90 % av klinikkens kostnader er personalkostnader. 10 % av kostnadsreducerende tiltak er innenfor områder som ikke har årsverkseffekt.

Styringsgruppen for klinikkens forbedringsprogram har foreløpig identifisert en rekke prosjekt / områder i forbedringsprogrammet:

- Formålet med de klinikkvise forbedringsprogrammene er hovedfokus på fag, ledelse og optimalisering av driften, samt å drive klinikken i økonomisk balanse.
- Utgangspunktet og målsettingen for forbedringsarbeidet skal være faglige endringer med forbedringer, der kostnadsreduksjoner skal hentes ut som en ytterligere gevinst fra arbeidet.

Klinikkens forbedringsprogram har hittil prioritert følgende prosjekter / områder for det innledende arbeidet med forbedringsprosjektene:

1. Riktig liggetid

Klinikken har lengre liggetid enn andre helseforetak. Dette knytter seg opp til ulike forhold:

- Innlagte pasienter har høyere andel av alvorlig psykisk lidelse (SMI)
- Innlagte pasienter har høy symptombelastning og uttalt funksjonssvikt
- Pasientoverføringer mellom avdelinger
- Samarbeid mellom enheter
- Øke samhandling med kommune for bedre pasientflyt, inkludert vurderingen av utviklingsklare pasienter

2. Riktig kompetanse og bruk av ressurser

- Overnevnte punkter knyttes opp til effektivitet i pasientbehandlingen og reduksjon i variasjon, der riktig kompetanse brukes til riktig tid med fokus bemanning mot aktivitet på den enkelte enhet. Det kreves bemanningsplaner som sikrer rett bemanning til rett tid utfra aktivitet og arbeidsplaner som oppfyller bemanningsplanene
- Redusere overtid, ekstravakter og innleie av arbeidskraft

3. Redusere antall ikke-møtt og drop-out

- Dette gjelder hovedsakelig TSB, med en trolig overføringsverdi til andre avdelinger

4. Økonomiske forhold

- Begrense medisinkostnader
- Bedre innkrevningsrutiner
- Redusere innkjøpskostnader

Øvrige områder / prosjekter som foreløpig er identifisert

Klinikken konsentrerer seg foreløpig om overstående områder og vil inkludere ytterligere områder etter hvert. Klinikken er opptatt av å videreutvikle en optimal gjennomføringsevne og gjennomføringskraft. Dette gjøres best ved å inkludere ytterligere områder etter hvert.

Områdene nedenfor inkluderes i det løpende arbeidet med overstående områder, der det er relevant:

- Epikrisetid
 - 50 % av epikriser etter døgnopphold skal være utsendt innen 1 døgn.
- Redusere gjennomsnittlig ventetid
 - Pr fagområde
- Reduksjon i avvisningsraten
- HMS arbeid
 - Gjennomføre tiltak iht klinikkens HMS handlingsplan
- Evaluere og videreutvikle eksisterende behandlingsmetoder
 - Arenafleksible løsninger
 - Redusere variasjon i klinikken
 - Redusere liggetid
 - Poliklinikk – vekte effektive behandlingstjenester.
 - Bemanning
- Innføring av pakkeforløp
 - Effektivisering og kvalitetssikring av utredning
- Redusert antall tvangsmiddelvedtak
- Pasientoverføringer mellom avdelinger
- Samarbeid mellom enheter / Organisasjonsgjennomgang
- Lederopplæring og lederutvikling
- Øket analysekapasitet
- Teknologisk utvikling
 - E-helse
- Økning i kliniske behandlingsstudier
- Definisjon, avklaring av ansvaret i områdefunksjonen
- Samhandling med private avtalepartnere

1. Konsekvens av vedtatte beslutninger i 2019

En dør inn

Det er vedtatt at Slagbehandling skal overføres fra Medisinsk klinikk til Nevroklinikken. Det er ikke vedtatt endelig nivå på aktivitetskrav og økonomisk ramme som overføres. I prinsippet skal dette være budsjettneutralt. Det er allikevel noen momenter som må nevnes:

- Fire LIS leger knyttet til Geriatri skal overføres til Nevroklinikken for å inngå i vaktlag for Slag. Medisinsk klinikk blir kompensert med 2 LIS stillinger (ikke formelt vedtatt). Gapet på 2 LIS vil skape utfordringer for Medisinsk klinikk i og med at eksisterende vaktlag må opprettholdes.
- I dag ligger det Medisinske pasienter i Slagposten, som etter overføring vil ligge i andre sengeposter i Medisinsk klinikk. Dette vil skape ekstra press på sengekapasitet i Medisinsk klinikk, og må tas hensyn til i overføring av aktivitetskrav og økonomisk ramme.
- Når Lovisenberg diakonale sykehus og Diakonhjemmet sykehus flytter mottak av pasienter med mistanke om slag til OUS, vil noen av disse pasientene bli værende i Medisinsk klinikk. I hovedsak pasienter som kommer inn med mistanke om slag, men blir diagnostisert med annen lidelse og ikke forsvarlig kan transporteres tilbake til Lovisenberg diakonale sykehus / Diakonhjemmet sykehus. Finansiell nettoeffekten av dette er omtrent null, men vil kunne skape behov for økt sengekapasitet i Medisinsk klinikk.

Konsekvens av slag er ikke tatt med videre dokumentet.

Overføring av dialyse til LDS og DS

Det er besluttet i HSØ at Lovisenberg diakonale sykehus og Diakonhjemmet sykehus selv skal ivareta eget opptaksområde for dialysepasienter. For at dette skal gjennomføres på en god måte forventer Nyremedisinsk avdeling / Medisinsk klinikk ved Oslo Universitetssykehus at Akershus Universitetssykehus samtidig overfører ansvaret for dialyse til OUS. Slik vil volumet ved Oslo Universitetssykehus være uendret, og Akershus Universitetssykehus vil ikke ha behov for å utvide kapasitet. En annen mulighet vil være å si opp avtalen for Sagene opptaksområde mellom Lovisenberg diakonale sykehus og Oslo Universitetssykehus.

Overheng av tiltak definert i 2019

Medisinsk klinikk ligger noe bak i effektuering av tiltak på bemanningssiden. Det er beregnet en effekt på ytterligere 7 årsverk helårseffekt i 2020.

2. Resultater 2018 og budsjett 2019

Resultat 2018

Medisinsk klinikk endte opp med et resultat på – 25 millioner kroner. Dette er prognosen levert i begynnelsen av januar. Det er særlig to effekter som slår ut.

Klinikken hadde som tiltak å redusere sommerkapasitet med 3 senger sammenlignet med fjoråret. Dette skapte utfordringer i pasientlogistikk og tidvis høyt belegg i starten av sommeren. Tiltaket fikk ikke full effekt. Sensommer ble det press på intensivkapasitet, som gjorde flyt fra mottak krevende. Videre var høsten preget av krevende pasienter med økt behov for blant annet fastvakter.

Den andre effekten er en betydelig nedgang i antall Tracheostomi som pga. av sin høye DRG sats førte til en inntektssvikt. Innenfor denne DRG endte klinikken 500 DRG bak plantall. Tilsvarende 12,5 millioner kroner. Risiko tar klinikken med seg inn i 2019, siden vi på budsjetteringstidspunkt forventet denne DRG i balanse.

Sett bort fra DRG Tracheostomi var den en reell vekst i døgnaktivitet, dag og poliklinikk med en samlet produktivetsforbedring på ca. 1,2 %.

Budsjett 2019

Medisinsk klinikk har stor andel øyeblikkelig hjelp og har i hovedsak lagt aktivitetsvekst opp til forventet demografisk utvikling. Ut over dette er det enkelte aktivitetsøkende tiltak med medium til høy risiko. Dette tilsvarer ca. 50 av de 550 DRG vi forventer å ligge bak ved årsslutt. De øvrige 500 DRG er knyttet til Tracheostomi som beskrevet over.

Det forventes en god oppnåelse av definerte kostnadsreducerende tiltak, men en synliggjort risiko på ca. 7 årsverk på bemanningsreducerende tiltak.

16 millioner kroner av klinikkens tiltak har effekt på sentrale poster i OUS og vil ikke redusere utfordringsbildet til klinikken.

Resultat av dette er ca. -20 millioner kroner for 2019. Gitt at full effekt av tiltak på sentrale poster blir tilskrevet klinikken, er utfordringsbildet ca. -4 millioner kroner. Dette tas ikke hensyn til videre i dokumentet.

3. Aktivitetsutvikling 2020-2023

DRG POENG - ØLP 2020 - 2023	B2019 ny gruppe	B2020	B2021	B2022	B2023	2019-2020	2020-2021	2021-2022	2022-2023
DRG-poeng døgnbehandling	20 633	20 942	21 257	21 575	21 899	1,5 %	1,5 %	1,5 %	1,5 %
DRG-poeng dagbehandling	3 269	3 318	3 368	3 418	3 470	1,5 %	1,5 %	1,5 %	1,5 %
DRG-poeng poliklinisk virksomhet	4 482	4 549	4 617	4 687	4 757	1,5 %	1,5 %	1,5 %	1,5 %
TOTALT	28 384	28 809	29 241	29 679	30 124	1,5 %	1,5 %	1,5 %	1,5 %

Tabell 1: DRG-utvikling i planperioden

Medisinsk klinikk legger til grunn en årlig aktivitetsvekst på 1,5 % for døgn, dag og poliklinikk. 0,25 % -poeng lavere en angitt i bestilling. Dette basert på nye signaler om en mer moderat befolkningsvekst. Veksten er beregnet i antall opphold som hovedparameter. Det vil si at antall behandlede pasienter øker med 1,5 % hvert år i planperioden. Gitt at liggetid og beleggsprosent er uendret i perioden vil det være et behov for en økning i kapasitet på 13 senger fra 2019 til 2023.

For å motvirke behov for kapasitetsøkning vil det jobbes med tiltak for ytterligere redusere liggetid i Medisinsk klinikk. Med en forutsetning at Medisinsk klinikk klarer 1 %-poeng av veksten med dagens beleggsprosent, vil det være behov for en økning i sengekapasitet på 5 senger i perioden. Litt over en seng pr år.

For å få til dette må liggetiden redusere med 4,5 timer, eller hver femte pasient skrives ut en dag før.

I 2023 vil det være behov for ca. 6000 flere konsultasjoner enn i 2019 og 1500 flere dagbehandlinger. For poliklinikk og dag vil det måtte påregnes ca. 1,5 årsverk mer til konsultasjonskapasitet pluss noe til støttefunksjoner som merkantilt o.l.

4. Bemanning for å ivareta aktiviteten 2020-2023

Klinikk	2018 Faktisk	B2019	B2020	B2021	B2022	B2023	2019-2020	2020-2021	2021-2022	2022-2023
11-MED	1 298	1 288	1 257	1 244	1 231	1 218	-2 %	-1 %	-1 %	-1 %

Tabell 2: Brutto månedsverk i planperioden

For 2020 må Medisinsk klinikk redusere bemanning eller kostnader tilsvarende en bemanning på 33 årsverk (2,5 %). Dette kommer fra prognostisert utfordring 2019 på -20 millioner kroner, vurdering av overheng av tiltak 6 millioner kroner og effektiviseringskrav på -22 millioner kroner. Arbeidsproduktiviteten må bedres med 4,2 %.

For å klare effektiviseringskravet på 2 % (en redusert ramme på ca. 22 millioner kroner pr år) må aktivitetsveksten på 1,5 % gjennomføres med 11 årsverk færre hvert år. Det vil si en reduksjon på 2,8 % fra budsjett 2019, og 4,7 % reduksjon fra prognose 2019.

Arbeidsproduktiviteten må økes med 2,2 % årlig fra budsjett 2020, eller 9,2 % for hele perioden.

5. Forbedret drift (ifht tiltaksområder 2020-2023)

Tiltak type	mill kr 2020	mill kr 2021	mill kr 2022	mill kr 2023	2020-2023 (i mill kr)	2020-2023 (ibmv)	2020-2023 (DRG)
Sengepost drift	1	1	1	1	4	4	0
Poliklinikk	-2	2	2	2	4	1	475
Dreining døgn til dag pol/hj.syk	0	0	0	0	0	0	0
Effekt nye IKT-systemer	0	0	0	0	0	0	0
Ferbedre enkelte forløp	1	1	1	1	4	0	0
Logistikk, kapasitet og samarbeid	1	1	1	1	4	0	0
Gevinst implementering regionale prosjekter	0	0	0	0	0	0	0
Må, bør & kan	9	3	3	3	18	19	0
	10	8	8	8	34	24	475

Tabell 3: Tiltak i planperioden

2019 -2020

Medisinsk klinikk har en prognose på – 20 millioner kroner for 2019. I 2020 vil et effektiviseringskrav på 2 % resultere i et ytterligere rammekutt på 22 millioner kroner. Det er forventet en effekt inn i 2020 fra tiltak 2019 på ca. 6 millioner kroner. Det vil si at samlet utfordringsbilde for 2020 er -36 millioner kroner.

Legger til grunn at klinikken blir kompensert med 25.000,- pr DRG for aktivitetsvekst. Med en aktivitetsvekst på 1,5 % vil det gi en styrket ramme på 11 mill. Ved å klare 1 % -poeng av vekst ved å redusere liggetid, vil aktivitetsveksten ha en kostnadsside på 3,5 millioner kroner. Medisinsk klinikk har dermed løst 7,5 millioner kroner av utfordringsbildet, og sitter igjen med 29 millioner kroner i utfordring.

For å klare utfordringsbildet 2020 vil klinikken sette i gang 3 større prosjekter med en langsiktig horisont.

Logistikk, pasientflyt, kapasitet ved sengepostdrift

Dette er et område som kom frem under budsjettsamling høsten 2018 som et ønsket område å gå inn på. Prosjektet skal detaljeres nærmere frem mot vedtak mandat juni 2019. Forventet effekt er fra 4 – 9 millioner kroner.

Kostnadskrevende pasientforløp

Medisinsk klinikk vil ved hjelp av modell for kostnad pr pasient forsøke å identifisere mulige pasientforløp (knyttet til DRG) som er relativt mer kostnadskrevende enn DRG skal tilsi. Klinikken vil også forsøke å identifisere pasienter med hyppige reinnleggelser for å forstå årsakene til dette for å kunne sette inn virkemidler som øker kvalitet i pasientbehandling. Styringsgruppen vil ta stilling til om noen av disse skal sees nærmere på for forbedring av pasientflyt. Forventet effekt 4 – 9 millioner kroner.

Må, bør kan

Det er klart at med en slik utfordring er det behov for større strukturelle tiltak. Her må det vurderes en gjennomgang av bør, kan og må oppgaver for å se om det er bør og kan oppgaver hvor netto inntekter og kostnader vil tilsi en finansiell oppside.

Det vil opprettes et eget prosjekt i Program forbedring som skal identifisere mulige bør og kan områder. Forventet effekt 9 – 21 millioner kroner.

2021 – 2023

I hovedsak har klinikken ett virkemiddel for å redusere behov for kapasitetsøkning; kontinuerlig reduksjon av liggetid. Prosjektet i programmet som ser på dette må resultere i en løpende effekt på liggetid.

Ut over dette vil det være behov for å avvikle aktiviteter innenfor bør og kan tilsvarende ca. 10 – 12 millioner kroner pr år gitt forutsetninger i «Økonomisk langtidsplan(ØLP) 2020-2023. Budsjett 2020- Skriv nr. 1 Prosess og leveranse» sendt 29. januar 2019.

1. Konsekvens av vedtatte beslutninger i 2019

Klinikken har ingen effekter av tiltak vedtatt i 2019 for 2020 ut over det som allerede er innarbeidet i budsjettet for 2019. Alle disse er lagt inn med helårseffekt og forventer ikke å gi noe ytterligere effekt inn i 2020-2023.

2. Resultater 2018 og budsjett 2019

Manglende tiltak for 2018 skyldtes i hovedsak to forhold. Forsinket effekt av tiltak knyttet til AMD-prosjekt, samt at Øre-Nese-Hals-avdelingen ikke fikk startet opp sin dagkirurgiske virksomhet på Aker. Dette skyldtes at man ikke ble prioritert inn på operasjonsstuene på Aker.

For 2019 forventer vi å komme i mål med tiltak knyttet til medikamenter på Øye og økte inntekter på poliklinikk. Vi ser at vi har en utfordring knyttet til den operative virksomhet, da klinikken fortsatt ikke får de øktene man skulle hatt på Operasjon 3 på Rikshospitalet. Dette gjelder Plastikkirurgisk avdeling og Øre-Nese-Hals-avdelingen. I tillegg er det fortsatt for høy grad av prosjektaktivitet på Øye målt mot budsjett. Det gjøres stadig tiltak for å redusere denne, men det vil trolig fortsatt være behov for en del prosjektaktivitet for å klare å håndtere det stadig økende behovet for injeksjonspasienter.

3. Aktivitetsutvikling 2020-2023

DRG POENG - ØLP 2020 - 2023	B2019 ny gruppe	B2020	B2021	B2022	B2023	2019-2020	2020-2021	2021-2022	2022-2023
DRG-poeng døgntilbehandling	11 076	11 187	11 299	11 412	11 526	1,0 %	1,0 %	1,0 %	1,0 %
DRG-poeng dagbehandling	4 032	4 092	4 154	4 216	4 279	1,5 %	1,5 %	1,5 %	1,5 %
DRG-poeng poliklinisk virksomhet	4 200	4 263	4 327	4 392	4 458	1,5 %	1,5 %	1,5 %	1,5 %
TOTALT	19 308	19 542	19 780	20 020	20 263	1,2 %	1,2 %	1,2 %	1,2 %

Tabell 1: DRG-utvikling i planperioden

Det er lagt inn årlig 1 % vekst innenfor inneliggende virksomhet og 1,5 % årlig vekst for poliklinikk og dagkirurgi. Hode-hals-klinikken vil inneværende år ha utfordringer med å nå sitt aktivitetsmål. Det er i stor grad knyttet til mangel på operasjonssykepleiere på operasjon 3. Og disse aktivitetstallene forutsetter at denne situasjonen løses. Det er også noe mindre poliklinisk virksomhet på Rikshospitalet enn ønsket som følge av arealutfordringer. I tillegg er det et stort spørsmålstegn rundt hva som vil skje knyttet til AMD-virksomheten på Øyeavdelingen. Det er en forventning om at det vil komme nye medikamenter som vil ha en lengre halveringstid av virkestoffene slik at injeksjonsintervallet vil kunne økes. Men det er foreløpig usikkert om hvor mye man kan forlenge injeksjonsintervallet og ikke minst om den økningen man har sett for injeksjonsbehandling ville begynne å avta eller fortsatt stige med 10-15 % årlig.

I klinikkens forbedringsprogram jobbes det med hvilke pasienter man tar inn til poliklinikkene og hvilke pasienter man kanskje kan ringe til istedenfor. Dette vil avlaste poliklinikkene i forhold til areal også være en fordel for mange pasienter som slipper å dra langt for å komme inn til sykehuset. Det er viktig at det jobbes for at det kommer bedre finansieringsordninger på plass for denne typen pasientbehandling.

4. Bemanning for å ivareta aktiviteten 2020-2023

Klinikk	2018 Faktisk	B2019	B2020	B2021	B2022	B2023	2019-2020	2020-2021	2021-2022	2022-2023
12-HHA	778	771	770	769	768	767	0 %	0 %	0 %	0 %

Tabell 2: Brutto månedsværk i planperioden

Det er klare forventninger om at prosjektet knyttet til digital utsendelse av post vil medføre store besparelser på poliklinikkene. Det er forutsatt at man vil klare å redusere ca 4 årsverk i planperioden, knyttet til dette prosjektet, med noe gradvis uttak. Utover dette så vil klinikkens viktigste tiltak være å avvikle kveldsprosjektet knyttet til AMD ved Øyeavdelingen. Forutsetningen var at man skulle klare å redusere prosjektaktiviteten med 50 % i 2019. I denne langtidsplanen er det forutsatt at man klarer å avvikle restprosjektaktiviteten i periode 2020-2021. For å lykkes med dette er det en forutsetning om at Vestre Viken overtar ansvaret for sine egne pasienter innenfor denne pasientgruppen. I tillegg er det forutsatt at Sykehuset Østfold tar over pasientene fra Vestby. Øyeavdelingen må i tillegg øke sin kapasitet innenfor ordinær arbeidstid for denne pasientgruppen. Avdelingen har flere mulige tiltak rundt dette. Blant annet leger i spesialisering tar flere injeksjoner enn de gjør i dag. I tillegg så vurderer man om sykepleiere bør overta noe av injeksjonsvirksomheten. I tillegg forventes det i løpet av 2020 nye medikamenter som vil forlenge injeksjonsintervallet for pasientene og dermed behov for færre injeksjoner per pasient årlig.

I tillegg har klinikken en klar ambisjon om å øke andelen sammedag-kirurgi. Det er potensial for å øke denne andelen på samtlige av våre kliniske avdelingen, med unntak av Øyeavdelingen, hvor i praksis alle inneliggende pasienter er øyeblikkelig hjelp. Dette vil bidra til å redusere liggedøgn i klinikken. I tillegg jobbes det på Øre-nese-hals med å redusere bruken av postoperative dren. Dette vil også medvirke til reduserte liggedøgn. Det må også jobbes videre med å forenkle noen pasientforløp. Samlet bør disse tiltakene medføre at klinikken klarer å redusere noen senger og dermed noe årsverk knyttet til sengepostdriften.

Det viktigste tiltakene utover beskrevne bemanningstiltak er å kunne gjøre den operative driften så forutsigbar og strømlinjeformet som mulig. I dag er kirurgitiden på våre operasjonsstuer som oftest mindre enn fire timer, og det er vanskelig å få satt opp et program utnytter dagene godt nok. I driftsrådet på Rikshospitalet er det nå vedtatt at vi skal forsøke at det som hovedregel skal settes opp et program med fem timer kirurgitid hver dag. Klarer man å gjennomføre dette så vil det føre til en stor produktivitetsforbedring på våre stuer.

5. Forbedret drift (ifht tiltaksområder 2020-2023)

Felles tiltaks type fra mal	Verdier				2020-2023 (i mill kr)	2020-2023 (ibmv)	2020-2023 (DRG)
	mill kr 2020	mill kr 2021	mill kr 2022	mill kr 2023			
Operasjoner	0	0	0	0	0	0	955
Sengepost drift	1	1	0	0	1	2	0
Dreining døgn til dag pol/hj.syke	1	1	0	0	1	2	0
Bemanningsstyring	6	6	0	0	12	0	0
Gevinst implementering regionale prosjekter	1	1	1	1	3	4	0
Totalsum	8	8	1	1	18	8	955

Tabell 3: Tiltak i planperioden

Den årlige økningen av aktivitet er her lagt inn her som tiltak, da det er forutsatt at dette skal gjøres uten bemanningsøkning. I tillegg er det lagt inn årlig reduksjon på 1 årsverk knyttet til elektronisk utsendelse av pasientbrev

HHA har en omsetning på om lag 800 millioner kroner. Et krav på 2 % produktivitetsforbedring innebærer årlige besparelseskrev på 16 millioner kroner.

Hovedstrategien til klinikken vil være å jobbe videre med tiltak gjennom den klinikkvise forbedringen. Dette innebærer at hovedfokuset vil være på å bedre utnytte den operative kapasiteten uten at dette vil påvirke bemanningen. I tillegg vil det være fokus på redusert bruk av overtid, særlig på Øyeavdelingen og AMD-virksomheten, men også i andre enheter. På Øye vil det også være fokus på å minimere medikamentkostnadene knyttet til injeksjonsbehandling, knyttet til de nye medikamentene med lengre halveringstid. Det pågår også nå et nytt anbud på Cochleaimplantater. Dette kan bety en del på varekostsiden, men det er for tidlig å si noe om konkrete beløp her. Til sist kan det nevnes at det jobbes med å påvirke DRG-vektene på en del prosedyrer både innenfor øyeområdet og ØNH-området. Dette bør forhåpentligvis både føre til en riktigere og bedre finansiering av en del av våre inngrep fra og med 2020.

Slik HHA i dag vurderer det så vil ikke strategien for hvordan man vil jobbe med tiltak være vesentlig annerledes i årene 2021-2023 kontra hvordan klinikken jobber opp mot 2020. Det vil være fokus på en best mulig utnyttelse av de ressursene klinikken råder over, og da særlig innenfor operasjonsområdet. På poliklinikkene må man fortsette å jobbe med å få de rette pasientene inn til rett tid, avslutte de pasienter som skal avsluttes og så videre. Til slutt vil det være arbeid med å redusere bruken av variabel lønn til et minimum gjennom god planlegging av driften.

1. Konsekvens av vedtatte beslutninger i 2019

Nevroklinikken har fått finansiering for følgende forhold med effekt i 2020:

Hjerneslag – «En dør inn»

Forbedring av slag behandling i Oslo universitetssykehus ved å etablere et slagsenter hvor all behandling av hjerneslag er samlet et sted for Oslo befolkningen. Det er pr i dag ikke nevrologisk kompetanse i mottak og nevrologiske pasienter er den gruppen som har lengst liggetid i mottak. Forbedring av dette pasientforløp er nødvendig og vil øke utgiftsnivå i klinikken. Etablering av Oslo hjerneslagsenter, med en dør inn, vil medføre at ca. 800 pasienter overføres fra Lovisenberg og Diakonhjemmet til Oslo universitetssykehus.

Totalt medfører dette behov for oppbemanning av 8 årsverk sykepleiere, 6 årsverk leger i spesialisering og 3 årsverk overleger. Planlagt oppbemanning er fra mars 2019, mens pasientene overføres fra Diakonhjemmet og Lovisenberg f.o.m. 6.mai 2019. Gjenværende helårseffekt kommer i 2020. I tillegg vil sengepost og bemanning overføres fra Medisinsk klinikk.

2. Resultater 2018 og budsjett 2019

Resultatavvik 2018 kommenteres kort:

- Det negative resultatet i 2018 skyldes i hovedsak lavere DRG-aktivitet enn plan og merforbruk på lønn. DRG-avviket skyldes i hovedsak reduksjon i antall tracheostomier og antall operasjoner. Merforbruket på lønn skyldes at klinikken ikke hadde nok bemanningsreducerende tiltak i forhold til krav satt i budsjettet.

Prognosevurdering økonomi, bemanning, aktivitet og tiltak 2019:

- Basert på budsjettildelingen for 2019 har klinikken behov for 40 millioner kroner i kostnadsbesparende tiltak. Klinikken har for tiden identifisert tiltak for i størrelsesorden 15 millioner kroner, slik at det mangler 25 millioner kroner for å gå i budsjettbalanse i 2019. I tillegg har klinikken i starten av 2019 et større merforbruk på kostnader enn forventet, slik at Nevroklinikken p.t. har en negativ prognose på 30 millioner kroner for 2019.
- Klinikken har derfor ikke tilstrekkelig antall tiltak, og avdelingene skal alene og sammen med klinikkens forbedringsprogram jobbe for å identifisere og implementere nye tiltak.

3. Aktivitetsutvikling 2020-2023

DRG POENG - ØLP 2020 - 2023	B2019 ny gruppe	B2020	B2021	B2022	B2023	2019-2020	2020-2021	2021-2022	2022-2023
DRG-poeng døgntilrettelagt	22 270	22 480	22 692	22 906	23 122	0,9 %	0,9 %	0,9 %	0,9 %
DRG-poeng dagbehandling	730	739	748	757	766	1,2 %	1,2 %	1,2 %	1,2 %
DRG-poeng poliklinisk virksomhet	2 750	2 786	2 824	2 862	2 900	1,3 %	1,4 %	1,3 %	1,3 %
TOTALT	25 750	26 005	26 264	26 525	26 788	1,0 %	1,0 %	1,0 %	1,0 %

Tabell 1: DRG-utvikling i planperioden

Avdeling	Vekst i prosent fra foregående år			
	2020	2021	2022	2023
Nevrokirurgisk avdeling (NKI)	0,75 %	0,75 %	0,75 %	0,75 %
Nevrologisk avdeling (NEV)	1,50 %	1,50 %	1,50 %	1,50 %
Fysisk medisin og rehabilitering (FMR)	1,75 %	1,75 %	1,75 %	1,75 %
Nevrorehabilitering (NHA)	2,00 %	2,00 %	2,00 %	2,00 %
Psykosomatisk (PSY)	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %
Kompleks epilepsi (SSE)	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %

Tabell 1b: Aktivitetsvekst pr avdeling

Estimert samlet DRG-vekst for klinikken fra 2019 til 2020 er på 1,0 %, og veksten fra 2019 til 2023 er på 4,0 %. Totalt forventer Nevroklinikken en vekst som er lavere enn gjennomsnittet for Oslo universitetssykehus i planperioden. Det skyldes i hovedsak at klinikken estimerer lav aktivitetsøkning (0,75 %) på antall operasjoner hos Nevrokirurgisk avdeling og ingen vekst hos Avdeling for kompleks epilepsi.

Det har over snart 2 år pågått et kontinuerlig forbedringsprosjekt for å redusere ventetiden for poliklinisk virksomhet hos Nevrologisk avdeling, som nå viser gode resultater. Avdelingen vil fortsette med dette grundige oppfølgingsarbeidet i planperioden. Nevrologisk avdeling forventer en gradvis økning (1,5 % p.a.) av aktiviteten i planperioden.

Avdeling for fysisk medisin og rehabilitering forventer klinikken vil ha en vekst i planperioden i tråd med gjennomsnittet for Oslo universitetssykehus. Veksten er basert på økning i pasienter med høy grad av komorbiditet og alder som bidrar til økt rehabiliteringsbehov. Pasienter med smerter i bevegelsesapparatet er en pasientgruppe der man har meget god dokumentasjon på at tverrfaglig utredning og behandling er vesentlig mer effektivt enn ortopediske tiltak som denne pasientgruppen ofte møtes med i fravær av rehabiliteringstilbud. Ahus og Østfold har ikke tilbud til denne pasientgruppen og det sees en 30 % økning fra dette opptaksområde.

Det er tilstrekkelig antall pasienter med behov for tverrfaglig rehabilitering til å forsvare veksttaket i planperioden.

Det er vanskelig å estimere drift og aktivitet ved Avdeling for nevrorehabilitering flere år frem i tid blant annet fordi dette bare i beskjeden grad vil variere med for eksempel befolkningsframskrivninger etc. Pasienthenvisninger og -behandlinger endrer seg for Avdeling for nevrorehabilitering like mye eller mer parallelt med endrede overordnede politiske forutsetninger, forskrifter og føringer fra helseforvaltning, endringer i samfunnet. Dette er trolig av større betydning for Avdeling for nevrorehabilitering enn det er for de for andre avdelinger i klinikken. Barn med cerebral parese har siden 2006 hatt tilbud om injeksjonsbehandling av spastisitet med botulinumtoxin ved samtlige barnehabiliteringer i landet. Slike injeksjonsbehandlinger må videreføres inn i voksen alder. Disse barna blir nå voksne og henvises til Avdeling for nevrorehabilitering.

Klinikken estimerer at Avdeling for nevrorehabilitering vil ha en poliklinisk aktivitetsvekst i tråd med gjennomsnittet for Oslo universitetssykehus.

4. Bemanning for å ivareta aktiviteten 2020-2023

2018 Faktisk	B2019	B2020	B2021	B2022	B2023	2019- 2020	2020- 2021	2021- 2022	2022- 2023
918	912	914	913	912	912	0 %	0 %	0 %	0 %

Tabell 2: Brutto månedsværk i planperioden

Figur 2 viser bemanningsutviklingen i planperioden. Der er kun besluttede nye forhold (dvs. hjerneslag – «en dør inn») inkludert, samt at bemanningen øker i tråd med estimert aktivitetsutvikling pr avdeling. Variabel lønn er dog estimert med en lavere veksttakt enn aktivitetsutviklingen, da variabel lønn påvirkes i tillegg av andre forhold (f.eks. sykefravær) som ikke forventes å vokse like mye som aktiviteten.

Prosentvis bemanningsvekst fra budsjett 2019 til 2020 er på 1,2 % før tiltak og 0,2 % etter tiltak, og er inkludert gjenværende helårseffekt av oppbemanning i forbindelse med hjerneslag – «en dør inn». Bemanningsøkning fra budsjett 2019 til 2023 er på 3,9 % før tiltak og 0 % etter tiltak.

Arbeidsproduktiviteten (målt som antall drg-poeng pr brutto månedsværk) øker med 4,1 % fra 28,2 i 2019 til 29,4 i 2023. Dette er ikke tilstrekkelig for å gå i økonomisk balanse dersom klinikkene må forutsette 2 % effektivisering hvert år i planperioden. For å gå i økonomisk balanse må arbeidsproduktiviteten i 2023 være på 31,7 DRG-poeng pr brutto årsværk. I klinikkens estimat er arbeidsproduktiviteten kun på 29,4 DRG-poeng pr brutto årsværk i 2023.

5. Forbedret drift (ifht tiltaksområder 2020-2023)

Felles tiltaks type	mill kr				2020-2023 (i mill kr)	2020-2023 (ibmv)	2020-2023 (DRG)
	mill kr 2020	2021	2022	2023			
Poliklinikk	2	1	1	1	4	4	0
Bemanningsstyring	7	6	6	6	25	32	0
Andre tiltak	2	1	1	1	5	0	0
Totalsum	11	8	8	8	34	36	0

Figur 3: Tiltak i planperioden

Klinikkene er blitt bedt om å planlegge med en årlig effektivisering på 2 % av budsjett 2019 i plantallperioden. Budsjettrammen for 2019 utgjør 866 millioner kroner (eksklusiv øremerkede midler og pensjon), slik at 2 % effektivisering utgjør ca 17 millioner kroner. Samlede estimerte tiltak i 2020 er 11 millioner kroner, slik at klinikken har for tiden ikke tilstrekkelig tiltak i forhold til effektiviseringskravet, verken i 2020 eller i hele planperioden.

Klinikkens tiltak i planperioden kan deles i følgende tre hovedkategorier:

1. **Arbeidsproduktivitet:** Håndtere aktivitetsvekst med en lavere økning i bemanning enn veksttaket for aktivitet. Nevroklinikken estimerer en arbeidsproduktivitet slik at klinikken kun trenger å ha en bemanningsøkning på halvparten av aktivitetsveksten. Dette tiltaket utgjør ca. 4 årsværk og 3 millioner kroner i nye innsparinger pr år. I hele planperioden forventes det at arbeidsproduktivitet vil gi en samlet innsparing på 16 årsværk og 13 millioner kroner.

2. **Avdelingsvis tiltak:** Lokale innsparingsmuligheter avdelingene kan realisere selv. Avdelingene melder om tiltak i hele planperioden på til sammen 4 årsverk og 10 millioner kroner.
3. **Forbedringsprogram:** Avdelingene klarer ikke å finne nok innsparinger alene, slik at klinikken har et forbedringsprogram som ser på tvers av avdelinger og klinikker for å identifisere og implementere nye tiltak. I hele planperioden forventes det at forbedringsprogram vil gi en samlet innsparing på 16 årsverk og 13 millioner kroner.

Inn mot budsjett 2020 vil hovedtilnærmingene til tiltaksarbeidet være å lykkes med forbedringsprogrammet, samt øke arbeidsproduktiviteten. Disse tilnærmingene er også klinikkens strategi for effektivisering for årene 2021-2023.

Klinikken skal gjennomføre de fire områdene som er identifisert i forbedringsprogrammet:

1. **Slag**
Implementering av «Én dør inn» for alle slagpasienter i Oslo område
2. **Dimensjonering**
Sikre at alle pasienter blir behandlet på korrekt omsorgsnivå, med riktig dimensjonert kapasitet for morgendagens behov.
Tiltak klinikken arbeider med er:
 - Koordinere sengeareal på Rikshospitalet mellom Nevrologisk avdeling og Nevrokirurgisk avdeling.
 - Etablere felles Nevro dag og poliklinikk på Rikshospitalet. Det vil gi mulighet for å flytte deler av pasientforløpene fra døgn til dag og poliklinikk.
 - Gjennomgang av tjenesteplan for leger.
 - Bruk av variabel lønn på sengeposter og lavaktivitetsperioder.
3. **Operasjon**
Videre implementering av nivå 1 prosedyre som er utarbeidet av Oslo universitetssykehus innen god operasjonsdrift.
4. **Poliklinikk, dagbehandling og ambulante tjenester**
Videre implementering av nivå 1 prosedyre som er utarbeidet av Oslo universitetssykehus for god poliklinisk drift.

I tillegg vil Nevroklinikken i planperioden arbeide med løsninger som samler og bedrer utnyttelsen av sengekapasiteten på Ullevål. Klinikken er også positiv til å delta i sengepostrokader som innebærer innflytting til Ullevål av kardiologisk og urologisk virksomhet fra Aker.

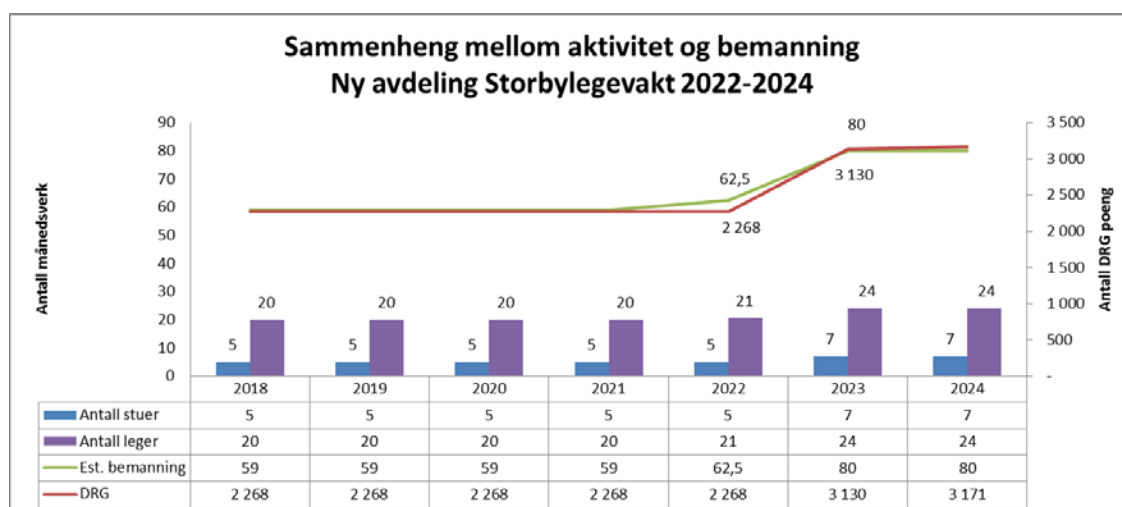
De to siste årene (2017 og 2018) har det vært høy aktivitet i OPK, sammenlignet med 2015 og 2016. Det høye aktivitetsnivået har slitt på bemanningen og tiltak for å bøte på noe av innleiebruken har vært å omgjøre dette til faste stillinger. Aktiviteten ventet for 2019 vil dempe det aktivitetstrykket. Man ventet å få færre pasienter enn planlagt og prognosen som innleveres samtidig med ØLP bærer preg av dette bildet. Dette danner grunnlag for aktiviteten og utviklingen i kostnadene i 2020.

Av pasientene som tidligere har fått behandling ved OPK har avtaler utarbeidet av Helse Sør Øst (versjon 02-2019) ført til aktivitetsendringer i dagkirurgi på ORH og ORU for hånd- og fotseksjonen. Avtalen som Helse Sør Øst har etablert med ulike private klinikker på ortopedisk kirurgi fra 1.07.2018 – 31.12.2019 (med mulighet for opsjon på 1+1 år) treffer aktivitet til avdelingene. Dette medfører i praksis at dagkirurgi utført i 2018, ikke blir gjennomført i samme grad i 2019. Aktivitetsreduksjonen i 2018 er ikke stor, men tas med som et bakteppe for ØLP.

Klinikken tror det vil bli noe flere ortopediske pasienter enn befolkningsøkningen skulle tilsi som følge av økende andel eldre pasienter, flere pasienter fra land med ubehandlede tilstander og skader, antallet pasienter med implantater og infeksjoner knyttet til dette og endring i befolkningens forventninger om helsegevinsten ved behandling. Hvordan effekten av denne behandlingen blir i DRG-veksten er usikkert og hvordan man tar inn aktiviteten i eksisterende arealer usikkert. Dagens nivå på dag- og døgnopphold ligger til grunn, mens det er en forventet vekst i poliklinisk behandling.

Ut over pasientbehandlingen vil et viktig arbeid i perioden fortsatt være planleggingen av nytt sykehus og noen henvendelser på Storbylegevakt (SBLV).

SBLV forventet ferdigstilt i 2023 og vil gi 7 operasjonsstuer samt 1 skiftestue. Dette er en økning ifht. de 5 stuen som i dag disponeres i Storgt 40. Antall senger øker fra 10 til 15. Innfasingen er hensyntatt i tallene i 2020 og 2023 og kan oppsummeres i følgende graf:



Protonserteret gir ingen kjent endring for drift eller kapasitet for ORA. Ellers planlegges ØLP uten endring ifht nytt sykehus.

Klinikken vil framover måtte prioritere:

Endringen i spesialistutdanningen for LIS 2 og 3 vil generere økte 0,2 månedsverk i økt ressursbruk ettersom kravet om at de skal utarbeide et vitenskapelig arbeid vil redusere deres tid til klinisk arbeid i klinikken. I tillegg er det mer formelle forpliktelser knyttet til veiledning undervegs. Veiledere må redusere sin kliniske aktivitet for å følge opp LIS 2 og 3 slik det er skissert i dag. Når behovet er til stede, vil man fase inn LIS-legene i tur og orden inn i ny ordning etter oppstart 1/mars 2019. Klinikken har 28 LIS-leger (7 ORH, 1 ORA, 20 ORU - halvparten av disse vil få fast stilling).

Organisering av nasjonale betalingstjenester

OPK har i dag 6 nasjonale behandlingstjenester. Nasjonale behandlingstjenester som ble opprettet etter 2011 har blitt tilført 1,7 millioner kroner per tjeneste, men disse er ikke nødvendigvis disponert til å dekke de oppgavene som er forventet. Man jobber med å utvikle en organisering av driften av disse tjenestene, men ser i et nytt skriv fra HSØ at behandlingstjenestene skal innarbeides i normal drift uten basistilskudd. Hvordan dette skal håndteres fremover er det ikke tatt stilling til p.t.

Organisering av klinikken

- Klinikken jobber med en spørreundersøkelse vedr organisering til ny klinikk i 2016. Denne vil gi grunnlag for å se på hvordan organiseringen er tilpasset aktiviteter og pasientflyt.
- KAB3 og poliklinikk ORH. Organiseringen av disse aktivitetene ligger under HHA hvor OPK har stor interesse av å overføre enheten til OPK da aktiviteten er så betydelig. En ide er å legge dette inn under OPK og man trenger en grundig utredning av de ulike alternativene for å sikre at gevinster realiseres.
- Sterilforsyningen som er organisert under AKU er et område som klinikken bruker økte ressurser på å håndtere. En ide er å legge dette inn under OPK og man trenger en grundig utredning av de ulike alternativene for å sikre at gevinster realiseres.

Overlegepermisjoner: Klinikken har hatt et negativt overheng fra tidligere år hvor rettigheter på overlegepermisjoner må realiseres. Dette gjennomføres i 2019 slik at man kommer i balansen ved utgangen av året.

Opprydding av øremerkede midler: Klinikken må prioritere oppfølgingen av øremerkede midler og har brukt store ressurser på dette i 2018 og vil fortsette å prioritere det fremover.

1. Konsekvens av vedtatte beslutninger i 2019

Evalueringen av organisering til ny klinikk i 2016 vil kanskje vurdere endringer i struktur og ansvarsoppgaver, for å møte de økonomiske målene for driften. Det er for tidlig å si noe om omfanget av dette.

2. Resultater 2018 og budsjett 2019, medium-prognose 2019

Resultat 2018:

Realisering av tiltakene var lav bl.a. grunnet forsinkelser av eKiosk-prosjektet (utgjør 30 %) som ikke innfridde og som fortsatt står uavklart, og som er utenfor klinikkens kontroll.

3. Aktivitetsutvikling 2020-2023

DRG POENG - ØLP 2020 - 2023	B2019 ny gruppe	B2020	B2021	B2022	B2023	2019-2020	2020-2021	2021-2022	2022-2023
DRG-poeng døgntilrettelagt	14 917	14 639	14 566	14 606	15 044	-1,9 %	-0,5 %	0,3 %	3,0 %
DRG-poeng dagbehandling	1 949	1 889	1 880	1 983	2 276	-3,1 %	-0,5 %	5,5 %	14,8 %
DRG-poeng poliklinisk virksomhet	7 631	7 319	7 392	7 466	7 541	-4,1 %	1,0 %	1,0 %	1,0 %
TOTALT	24 497	23 847	23 837	24 055	24 861	-2,7 %	0,0 %	0,9 %	3,3 %

Tabell 1: DRG-poeng - ØLP 2020 - 2023

- Prosentvis vekst 2019 – 2020 0,35 % pga. kapasitetsbegrensninger og usikkert hvor stort veksten i pasientbehandling ved Storbylegevakten vil være i første driftsår. Har ikke beregnet noen økning basert på stor usikkerhet så langt frem, men vi vet at det vil komme noe.
- Prosentvis vekst hele planperioden 2,2 % (2018-2023)

Forsinkelser i investeringer sammenlignet med budsjettet aktivitet:

- PDE-kamera ventes installert i mai 2019 /effektiv fra sept (8 mnd senere enn budsjettet)
- O-arm ventes før sommeren

4. Bemanning for å ivareta aktiviteten 2020-2023

2018 Faktisk	B2019	B2020	B2021	B2022	B2023	2019-2020	2020-2021	2021-2022	2022-2023
608	600	616	612	612	629	3 %	-1 %	0 %	3 %

Tabell 2: Brutto månedsværk i planperioden

- Prosentvis vekst 2019 – 2022 ligger flatt, men vil øke i 2022 for å bygge opp aktivitetsveksten som vi venter kommer på ny Storbylegevakt
- Endring i arbeidsproduktivitet i perioden vil måtte hentes inn i økning i poliklinikk som må leveres gjennom økt IKT-løsninger og flere behandlingsrom (eKiosker, flere behandlingsrom)
- Tiltak/ forbedringer med effekt på bemanningsvekst vil måtte løses gjennom bedre IKT-verktøy og gjennom rett organisering av virksomheten.

5. Forbedret drift (ifht tiltaksområder 2020-2023)

Felles tiltaks type	mill kr 2020	mill kr 2021	mill kr 2022	mill kr 2023	2020-2023 (i mill kr)	2020-2023 (ibmv)	2020-2023 (DRG)
Operasjoner	2	2	2	2	7	5	0
Sengepost drift	0	0	0	0	1	2	0
Poliklinikk	3	3	3	3	13	0	309
Bemanningsstyring	3	3	3	3	13	10	0
Effekt nye IKT-systemer	3	3	3	3	12	0	0
Andre tiltak	2	1	1	1	6	0	204
Totalsum	13	13	13	13	52	17	513

Tabell 3: Tiltaksområder 2020-2023

Krav om 2 % av rammen i 2019 tilsvarer ca. 13 millioner kroner i reduserte kostnader årlig. Klinikken planlegger å møte dette med planlagte tiltak på 13 millioner kroner i perioden 2020 – 2023.

Ledergruppeutvikling og samspill:

Klinikken har etablert halvårlige ledersamlinger de siste årene, med mål om å legge grunnlag for felles lederfilosofi, opplæring, diskusjoner om drift og alle sider leders ansvar. Dette er en viktig arena for klinikken for å utvikle seg i riktig retning med felles oppfattelse av visjon, leveregler og grunnlag for vekst og sunn utvikling.

Forutsetninger for god drift:

Bekymringer og områder som klinikken er opptatt av bør være i fokus for å møte fremtidige utfordringer:

- Gevinstrealisering av IKT prosjekter: denne prosessen bør begynne allerede når man vurderer om IKT verktøyene skal anskaffes, og en realistisk vurdering av muligheten til å hente ut gevinster i form av endret arbeidsmåte bør legges til grunn. Det bør kritisk gjennomgås hva som skal registreres av informasjon hvor og av hvem og legges til rette for gjenbruk, automatisk pålogging osv.
- Harmonisering av åpningstidene. Det er viktig at man ser på praksisen knyttet til tidspunktet for når sykepleierne skal møte på poliklinikken og når legene skal komme, samt hvor lenge man kan forvente at disse tilbudene skal være åpne. Dette gjelder i hele OUS og må skje på et overordnet nivå i samspill med klinikk-nivå og enhets nivå for å sikre minst mulig uro.
- Bedre verktøy for driftsoppfølging. Det er liten tvil om at OUS bruker mye tid på budsjettprosesser, prognoseutarbeiding og at verktøyene for oppfølgingen av virksomheten baserer seg på mye manuelt arbeid. Det vil bedre oppfølgingen og frigjøre dyrebar ledertid dersom det fantes et bedre styringsverktøy, der det er mulig å sammenstille informasjon fra forskjellige kilder, analysere utviklingen på tvers både tallform og grafisk.
- Lagerkapasitet ORU og ORH: Klinikken trenger stor lagringskapasitet, og langt mer enn man har i dag. I tillegg til at MTU lagres på ganger, i korridorer og på operasjonsstuer, lagres også svært mye implantater og materiell på seksjonene. Det skaper bekymring at man i dag må bruke areal egnet for operasjon for lagring av utstyr. En ekstern enhet (brakke, container e.l.) som kan sikre effektiv bruk av operasjonsstuene kan bidra til bedre utnyttelse av arealene.

- Digitalt sporingssystem for implantater og utstyr (og ikke kun materiell). Klinikken bruker mye utstyr som blir registrert, logget og bestilt manuelt. Dette er lite effektivt og man er bekymret over tidslinjen for investeringer som antyder at dette IKT-verktøyet kommer i bruk etter 2020. Det mener man er for sent.

Klinikk	Barne- og ungdomsklinikken (BAR)
---------	----------------------------------

1. Konsekvens av vedtatte beslutninger i 2019

Klinikken ar tiltak og prosjekter som er startet i 2018 med overhengseffekt i 2019 men få videre inn i 2020 ut over det som er innarbeidet i budsjettet.. Dette er i tillegg til det ordinære tiltaksarbeidet klinikken har i forbindelse med budsjettprosessen hvert år.

2. Resultater 2018 og budsjett 2019

De viktigste årsakene til klinikkens resultatoppnåelse i 2018 ligger i:

- En betydelig aktivitetsvekst innenfor store barn (534 DRG / 5,6 % over plan)
- En forsterket endring i pasientsammensetningen på nyfødtintensiv med forskyvning fra «vanlige» premature til kompliserte terminfødte barn som gir betydelig svakere DRG refusjon (NIN -624 DRG / -11,8 %)
- Den store veksten innenfor aktivitet på store barn har drevet bemanningsnivået oppover for å ivareta forsvarlig pasientbehandling samtidig som nyfødtintensiv har fortsatt å øke sin bruk av ekstern innleie grunnet pasienttyngden.
- Manglende tiltaksoppnåelse på kostnadsreducerende tiltak grunnet økt aktivitet innenfor store barn
- Økte ledsagerkostnader innenfor store barn
- Grunnet høye inntekter for øvrig inkl. spesielt innen BUP og med god generell kostnadskontroll gjennomførte vi likevel 2018 med et samlet resultat nær budsjett.

Prognosevurdering økonomi, bemanning, aktivitet og tiltak 2019

Klinikkens vurdering etter februar resultat er en negativ prognose på -12 millioner kroner. Det vurderes at klinikken vil oppnå budsjettert aktivitet både innenfor somatikken og innenfor barne- og ungdomspsykiatrien.

DRG-aktiviteten knyttet til Nyfødtintensiv-virksomheten avregnes utenfor klinikkens regnskap. Antall nyfødte er synkende, og pasientsammensetningen på nyfødt er i endring som angitt over. Vi forventer en viss videre utvikling i samme retning, dvs lett fallende aktivitet innen «vanlige meget for tidlig fødte» grunnet bedre helse og oppfølging og behandling av gravide, samtidig som øvrig avansert nyfødtmedisin inkl. for misdannelser og sjeldne, alvorlige sykdommer minst vil opprettholdes og trolig øke. Samlet DRG aktivitet forventes i beste fall å opprettholdes, evt. falle noe, mens samlet faktiske intensivaktivitet forventes å være stabil eller lett økende.

Av budsjetterte 60.000 screeningprøver på Nyfødtsscreeningen var resultatet kun 55.600 i 2018. Nivået for 2019 basert på januar ser ut til å være omtrent det samme. Det forventes dog at nyfødtsscreeningen samlet sett vil gå i balanse også i 2019.

3. Aktivitetsutvikling 2020-2023

DRG POENG - ØLP 2020 - 2023	B2019 ny gruppe	B2020	B2021	B2022	B2023	2019-2020	2020-2021	2021-2022	2022-2023
DRG-poeng døgnbehandling	14 032	14 102	14 276	14 452	14 630	0,5 %	1,2 %	1,2 %	1,2 %
DRG-poeng dagbehandling	724	796	820	844	870	9,9 %	3,0 %	2,9 %	3,1 %
DRG-poeng poliklinisk virksomhet	1 715	1 826	1 881	1 937	1 995	6,5 %	3,0 %	3,0 %	3,0 %
TOTALT	16 471	16 724	16 976	17 233	17 494	1,5 %	1,5 %	1,5 %	1,5 %

Tabell 1: Vekst i aktivitet målt som antall DRG-poeng

Prosentvis vekst 2019 – 2020

Innenfor Nyfødtintensiv er pasientsammensetningen i endring, jamfør kommentar over, og ISF-systemet henger etter med å reflektere endringen i ressursbruk. Samtidig har fødetallet vært fallende de siste år (samlet ca. 10 % i Norge). Nyfødtintensiv avregnes nå utenfor klinikkens regnskap og i aktivitetsframskrivningen over legges dette til grunn samt uendrede plantall for nyfødtintensiv i det videre arbeidet. Vi legger således til grunn at kun grupperjusteringer vil endre plantallene for Nyfødtintensiv.

SSBs befolkningsframskriving for perioden tilsier en forventet befolkningsvekst på om lag 0,75 % pr. år. Det er dog en rekke momenter i pasientbehandlingen innenfor barn etter nyfødtperioden som tilsier en aktivitetsvekst utover 0,75 % i perioden. Dette gjelder særlig aktiviteten innenfor barnekreft, allergi & lungesykdommer, nevrologiske sykdommer og andre sjeldne og alvorlige sykdommer. Klinikken har ofte en sentral nasjonal rolle ved innføring av nye avanserte behandlingstilbud innenfor disse fagområdene, og det bidrar til en viss sentralisering av denne pasientbehandlingen.

Med dreining mot kronisk, sjelden sykdom og tilgjengelighet av persontilpasset behandling, ser vi en økende rolle for Barne- og ungdomsklinikken nasjonalt i behandlingen av en del pasientgrupper. Spinrazabehandling ble startet i Oslo universitetssykehus HF hos alle barn og deretter breddet til utvalgte øvrige sykehus etter opplæring fra Barne- og ungdomsklinikken. Tilsvarende er CAR-T genbehandling ved leukemi og lymfom nå kun godkjent gitt ved Oslo universitetssykehus HF. Utvidelser av nyfødtsscreeningen gir tidlig diagnose og mulighet for tidlig behandling som til dels kun gis i Oslo universitetssykehus HF (jamfør benmargstransplantasjon etter SCID screening). Barne- og ungdomsklinikkens søstersykehus i Helsinki anslår at 40 % av ressursbruken nå går til sjeldne sykdommer utenom kreft (selv om de kun utgjør 15 % av pasientene).

Klinikken anslår derfor en aktivitetsvekst utenom Nyfødtintensiv på om lag 1,5 % pr. år i perioden. Den framskrevne aktivitetsveksten i figur 3 over er dermed innenfor barn etter nyfødtperioden.

Prosentvis vekst hele planperioden

ca. 6,2 %

Eventuell dreining fra døgn til dag poliklinikk

Jamfør figur 3 over. Det er antatt at brorparten av veksten vil skje innenfor dagbehandling og poliklinikk. Med dagens takster er dette ikke en «lønnsom vridning» for klinikken, men den er åpenbart riktig for pasient og familie og for samfunnet. Det forventes dog en vridning i takster som gjør denne overgangen mer økonomisk balansert samtidig som denne driftsformen er mer driftseffektiv og tillater at sengepostene brukes til annen nødvendig døgnaktivitet.

PHV - DRG POENG	B2019	B2020	B2021	B2022	B2023
Pasienter bosatt i egen region behandlet i eget HF	2 340	2 629	2 729	2 816	2 907
Pasienter bosatt utenom egen region behandlet i eget HF	384	407	413	419	426
Endring i prosent (jf prioriteringsregelen) (for B2019 og E2019 er dette målt mot R2018- ellers fra B til B)	0,5 %	4,6 %	3,5 %	3,0 %	3,0 %
TOTALT ANTALL PHV - DRG-POENG	2 724	3 036	3 142	3 236	3 332

Tabell 1a: Aktivitet innenfor barne- og ungdomspsykiatrien innenfor Barne- og ungdomsklinikken

Aktiviteten innen barne- og ungdomspsykiatrien innenfor Barne- og ungdomsklinikken er god, og klinikken er trygg på å kunne levere aktivitet utover prioriteringsregelen for 2019, sågar utover budsjettert aktivitet. Klinikken fikk tilført 3,5 årsverk for å sikre fortsatt

aktivitetsvekst slik at Barne- og ungdomsklinikken kan ivareta prioriteringsregelen innenfor ansvarsområdet klinikken har, samt for å sikre at Oslo universitetssykehus HF samlet sett vil kunne ivareta dette for 2019.

Klinikken legger til grunn prioriteringsregelens føringer om at både kostnader og aktivitet skal øke utover tilsvarende vekst innenfor somatikken også fremover. Gitt dette vil klinikken kunne levere innenfor prioriteringsregelen også etter 2019. Disponible fysiske arealer for virksomheten til barne- og ungdomspsykiatrien innenfor Barne- og ungdomsklinikken kan dog være en begrensende faktor etter 2020 som ikke er hensyntatt i beregningene over. Gitt begrensningene over utgjør den prosentvise veksten i perioden 15 % fra estimat 2019 og 22 % fra budsjett 2019 slik det fremkommer i figur 4 over.

4. Bemanning for å ivareta aktiviteten 2020-2023

2018 Faktisk	B2019	B2020	B2021	B2022	B2023	2019- 2020	2020- 2021	2021- 2022	2022- 2023
964	995	1 031	1 034	1 037	1 040	4 %	0 %	0 %	0 %

Tabell 2: Brutto månedsverk i planperiode

Prosentvis vekst 2019 – 2020

Prioriteringsregelen er ikke hensyntatt i bemanningsframskrivningen over som er tiltenkt å gjelde for den somatiske virksomheten.

Basert på oppdatert prognose vurderer klinikken å ha ca. 1.031 internfinansierte årsverk i snitt ved utgangen av 2019. Klinikken jobber nå med å forberede et arbeid der vi skal gå gjennom oppgaver som vi kan gjøre mindre av, ev. slutte med (utdypes i neste punkt).

Målet er tilnærmet stabil bemanning i perioden 2020-2023. Dette henger dog tett sammen med utviklingen i aktivitet. Slik prognosen er angitt over med årlig vekst på 1,5 % i aktivitet for barn etter nyfødtp perioden, vil det være nødvendig med en forsiktig vekst av årsverk utover det som «frigjøres» ved omprioritering og effektivisering slik det er angitt i figur 5 over. Den prosentvise veksten i årsverk fra B2019 til B2020 er på ca. 3,6 %.

Prosentvis vekst hele planperioden

4,5 %

Endring arbeidsproduktivitet i perioden

Øker med ca. 1,6 %

Tiltak/ forbedringer med effekt på bemanningsvekst

Klinikken har i skrivende stund ikke noen tiltak som direkte går på å redusere bemanning. Derimot har klinikken tiltak som går på å stagnere bemanningsvekst, jf. punkt 4 over og figur 6 nedenfor og å frigjøre årsverk som kan disponeres til andre oppgaver. Klinikken vil med det nye prosjektet «Kloke valg» blant annet søke å identifisere områder som man kan gjøre mindre av eller slutte med. Sammen med øvrige prosjekter i forbedringsprogrammet som bl. a. kompetansehevende team og reduksjon i variasjoner i bruk av dag, døgn og permisjon vil dette frigjøre arbeidskapasitet til forsterket innsats innen andre områder.

5. Forbedret drift (i forhold til tiltaksområder 2020-2023)

Felles tiltaks type	Tiltak type	mill kr 2020	mill kr 2021	mill kr 2022	mill kr 2023	2020-2023 (i mill kr)	2020-2023 (ibmv)	2020-2023 (DRG)
☑ Sørgespast drift	Korrekte PLO-meldinger	0	0			0	0	0
	Redusere variasjoner i bruk av dag, døgn og permisjon	1	1	1		2	0	75
☐ Dreining døgn til dag pol./hj.syke	Dreining døgn til dag pol./hj.syke	1	1			2	0	70
☐ Bemanningsstyring	Kloke valg	0	1			1	0	0
	Reduksjon av sykefravar	1	1			2	0	0
☐ Andre tiltak	Implementering av pakkeforløp for pasienter med spiseforstyrrelser sett opp mot PHA	0	0			1	0	0
	Nye forbedringsprogrammer	2	3	6	6	17	0	0
	Reduksjon av tid i behandlingsforløp	1	1			2	0	70
	Redusere feilhenvisninger for å minske ventetider					0	0	0
	Tradisjonelle tiltak ifbm. Budsjettprosessen	6	6	6	6	24	0	0
	Økt bruk av AHS	1	1			2	0	70
	Økt styring	1				1	0	35
Totalsum		14	15	13	12	54	0	320

Tabell 3: Barne- og ungdomsklinikkens forbedringsprogram

Krav om 2 % av rammen i 2019 tilsvarer ca. 20,4 millioner kroner i effektivisering årlig. Klinikken planlegger å møte dette med økt aktivitet og planlagte tiltak tilsvarende 20,4 millioner kroner årlig i perioden 2020 – 2023.

Indikasjonen på nedtrekk av årsverk i tabellen over skal ikke tolkes som nedbemanning, men som en stagnasjon av et eventuelt behov for oppbemanning. Ressurser tilsvarende disse årsverkene kan ses på som mulighet for omdisponering av stillinger innad i klinikken.

For budsjett 2020 er klinikken godt i gang med å arbeide med områdene som inngår i klinikkens forbedringsprogram. Styringsgruppen har identifisert to nye områder som det er bestemt å gå videre med (omtalt over); kompetansebyggende team og kloke valg. Utover dette vil klinikken arbeide videre med å identifisere tradisjonelle kostnadsreducerende tiltak i tilknytning til budsjettprosessen samt å videreutvikle vårt overordnede prosjekt for forbedring av driften, se under.

I Barne- og ungdomsklinikkens siste styringsgruppemøte (ledergruppe + tillitsvalgte og verneombud) for «Forbedring av drift» jobbet styringsgruppen med idemyldring til nye områder som man vil vurdere å gå videre med. Hvorvidt disse ideene til slutt ender opp med å være egnet til å starte med egne programmer, er usikkert. Områder som ble diskutert var

- Forskingsprosjekt på Nyfødtscreeningen med rask genetisk diagnostikk av alvorlig syke nyfødte kan gi tidlig, endelig diagnose hos kritisk syke barn. Fra utenlandske sykehus angis det at dette kan redusere liggetid og gi tidligere start av riktig behandling.
- Nye arenaer for helsetjenester. Klinikken har nå utvidet avansert hjemmesykehus (AHS) til døgndrift og jobber målrettet med å overføre flere pasienter og nye pasientgrupper dit. Med utvikling innen medisinen vil behandlingsformer endre seg, og klinikken ser på økte muligheter for både mer bruk av AHS og mer bruk av ulike former for telekonsultasjoner både til hjemmet og hjemstedssykehuset og legekantoret hjemme. Dette kommer i tillegg til pågående dreining fra døgn til pol/dag (jamfør forbedrings-prosjekt for dette).
- Systematisk kvalitetsforbedrende arbeid med avvikssaker i Achilles som grunnlag. Barne- og ungdomsklinikken sender nå en overlege på kurs i Skottland og ønsker øket involvering av leger i dette arbeidet. Færre komplikasjoner gir bedre og raskere pasientforløp.
- Redusere medikamentkostnader, jamfør Oslo universitetssykehus HF prosjekt. Utviklingen innen medikamentkostnader er i eksponentiell utvikling, og det er

særdeles viktig å ha oversikt over dette området og at klinikken tidlig avklarer finansieringsansvar slik at man sikrer at hjemsykehus betaler sin andel der det er mulig etc.

Prosess med å identifisere nye områder vil fortsette utover første halvdel av 2019.

1. Konsekvens av vedtatte beslutninger i 2019

Klinikken forventer i stor grad at planlagte tiltak gjennomføres i 2019 og at effektene dermed inntreffer allerede i år med lite overheng til 2020. For klinikkviser er det forutsatt et aktivitetsresultat 200 DRG større enn plan. For prosjektet som omhandler reduksjon i innkjøpskostnader vil imidlertid avtaler ikke være på plass for alle avdelingenes varegrupper i 2019.

2. Resultater 2018 og budsjett 2019

Kvinneklinikken hadde i 2018 et negativt avvik på -18,4 millioner kroner fra budsjett. Dette skyldtes først og fremst høyere lønns- og innleiekostnader enn budsjettet (-11,4 millioner kroner). Videre hadde klinikken også et avvik på inntektssiden (-7 millioner kroner) som skyldtes færre fødsler enn i 2017 og plan, utfordringer ved innføring av nytt norsk lab-kodeverk og lavere takster og aktivitet enn plan hos reproduksjonsmedisinsk avdeling.

Basert på budsjett for 2019 og identifisert utfordringsbilde, leverte klinikken høsten 2018 en prognose med merforbruk på 7 stillinger og tilhørende 7 millioner kroner for 2019. Inngangsfarten til 2019 har vært litt bedre enn forventet på kostnadssiden, og samtidig er lab-takstene for reproduksjonsmedisin økt mer i 2019 enn det Kvinneklinikken forutsatte for sin aktivitet i budsjett. DRG-aktiviteten (DRG) i klinikken forutsettes å bli noe høyere enn budsjettet. Klinikken har i tillegg økt fokus på kvalitetssikring av kodingen, og dette har større effekt enn forutsatt i budsjett. Klinikken styrer imidlertid i liten grad antall fødsler per år, og det er derfor noe risiko knyttet til aktivitetsprognose. Plantall er basert på SSBs prognoser. I mars vil klinikken levere en forsiktig ny prognose på +7 millioner kroner.

3. Aktivitetsutvikling 2020-2023

DRG POENG - ØLP 2020 - 2023	B2019 ny gruppe	B2020	B2021	B2022	B2023	2019-2020	2020-2021	2021-2022	2022-2023
DRG-poeng døgnbehandling	18 166	18 478	18 720	18 998	19 231	1,7 %	1,3 %	1,5 %	1,2 %
DRG-poeng dagbehandling	1 284	1 348	1 372	1 396	1 421	5,0 %	1,8 %	1,7 %	1,8 %
DRG-poeng poliklinisk virksomhet	3 312	3 336	3 366	3 398	3 429	0,7 %	0,9 %	1,0 %	0,9 %
TOTALT	22 762	22 961	23 254	23 585	23 871	0,9 %	1,3 %	1,4 %	1,2 %

Tabell 1: DRG-poeng - ØLP 2020 - 2023

Klinikken forventer en vekst på 1,8 % fra budsjett 2019 til 2020, hvorav 0,9 % er relatert til forventet positivt DRG-resultat i 2019. For hele planperioden forventes en vekst på 5,8 %. Forventet endring i behovet for pasientbehandling/etterspørsel er lagt til grunn for beregningen.

For fødeavdelingen er det lagt til grunn Statistisk sentralbyrå sin prognose med forutsetning om lav fruktbarhet, som i 2019 kun forventer en økning i antall fødsler på 0,7 %, og for hele perioden en økning på 5,4 %. Dette gir et plantall for fødsler på 10 200 i 2023, og vil potensielt kreve en ny fødestue.

Presset på fostermedisinsk avdeling vil kunne øke de nærmeste årene, med flere fødende og økende kompleksitet med mer patologi. Innføring av NIPT (analyse av foster-DNA i blodprøve fra gravide) vil påvirke antall konsultasjoner. I utgangspunktet er det forventet en

nedgang i antall morkakeprøver og fostervannsprøver, men dette er svært usikkert. Totalt sett er det lagt til grunn en DRG-økning på 0,5-0,9 % i årene i planperioden, totalt 2,5 %.

For gynekologisk avdeling er det lagt til grunn behov for og økning av aktivitet i tråd med befolkningsvekst. Imidlertid er det lagt til grunn at all økning for nåværende døgnaktivitet skjer som dagbehandling. Dreiningen utgjør ca. 40 DRG per år. Per i dag har gynekologisk avdeling ingen ledige stuer til en slik økning. Dette vil derfor kreve tilhørende stuekapasitet, - minimum en ny økt per uke. Gynekologisk avdeling har uansett behov for en stue (økt) med robot til i nærliggende fremtid, og disse to behovene kan dermed kombineres.

For reproduksjonsmedisinsk avdeling er det ikke lagt til grunn noen økning i aktivitet. Man forventer at antall behandlinger per pasient vil kunne reduseres og at dette frigir kapasitet. Samtidig er antall private klinikker økt, og dette kan også redusere pågangen.

4. Bemanning for å ivareta aktiviteten 2020-2023

2018 Faktisk	B2019	B2020	B2021	B2022	B2023	2019-2020	2020-2021	2021-2022	2022-2023
672	666	678	687	696	705	2 %	1 %	1 %	1 %

Tabell 2: Brutto månedeverk i planperioden

Klinikken har på nåværende tidspunkt planer som muliggjør planlagt aktivitetsvekst på til sammen 5,8 % med en tilhørende bemanningsøkning på 2,3 % i planperioden (økning fra budsjett for 2019). Dette gir en endret arbeidsproduktivitet på 3,4 %, og en bemanning på 681 brutto årsverk ved utgangen av planperioden.

Det viktigste tiltaket for å øke produktiviteten er å øke aktiviteten uten tilsvarende bemanningsøkning. Totalt har klinikken estimert dette til å ha en effekt på 20 årsverk. Videre vil avdelingene, spesielt gynekologisk avdeling, forsøke å vri aktivitet fra døgn til dag, slik at man kan spare sengeposter for belastning når antall pasienter øker. Det vil være mulig å øke bruken av talegjenkjenning, for å frigjøre kapasitet til kontoroppgaver ifb med økt aktivitet, rapportering og lederstøtte.

Basert på effektiviseringskravet på 2 % per år, er det forutsatt aktivitetsøkning i kap 3 behov for en plan som reduserer årsverk med 0,9 % i planperioden, dvs en bemanning på 660 årsverk i B2023. Styringsgruppa i forbedringsprogrammet må arbeide videre med tiltak for å nå dette målet.

5. Forbedret drift (ifht tiltaksområder 2020-2023)

Felles tiltaks type	mill kr 2020	mill kr 2021	mill kr 2022	mill kr 2023	2020-2023 (i mill kr)	2020-2023 (ibmv)	2020-2023 (DRG)
Dreining døgn til dag pol/hj.syke	1	1	1	1	4	4	0
Bemanningsstyring	-3	-4	-4	-4	-13	-15	1 121
Innkjøp	0	1	1	1	2	0	0
Andre tiltak	3	6	4	5	18	21	0
Totalsum	1	4	2	3	10	10	1 121

Tabell 3: Tiltak Kvinneklinikken - ØLP 2020 - 2023

Det viktigste fokusområdet til klinikken i 2020 vil være å sikre at aktivitetsveksten som er forventet iht til prognoser fra Statistisk sentralbyrå for befolkningsøkning, skjer med minst mulig bemanningsøkning samtidig som kostnader for eksisterende aktivitet holdes på et stabilt nivå. Man arbeider kontinuerlig for å fordele aktivitet mellom seksjonene iht kapasitet, slik at man utnytter ressursene best mulig. Det blir viktig å tilse at pasienter mottar hjelp på riktig omsorgsnivå.

Klinikken vil forsøke å dreie en andel av aktiviteten sin fra døgn til dag. Dette kan antagelig i stor grad ivaretas lokalt på gynekologisk avdeling. Hos fødeavdelingen blir det viktig at man i takt med at kapasitet og kunnskap i bydelene øker, overfører tilhørende oppgaver dit. Klinikken har foreløpig ikke identifisert enheter eller seksjoner der man kan redusere bemanningen ift 2019. Arbeidspresset i klinikken anses allerede svært høyt. Kravene til og kompleksiteten i fødetilbudet har vært og er stadig økende. Det er verdt å merke seg at kostnadsvektene til fødeavdelingen er vesentlig økt i 2019.

Kvinneklinikken vil fortsette å ha fokus på innkjøpskostnader. Flere produkter er fortsatt uten avtaler. Kapasiteten hos sykehusinnkjøp er imidlertid en flaskehals, og Kvinneklinikken har ikke de største varegruppene uten avtale. Med samme rammemodell som for 2019 vil Kvinneklinikken mangle tiltak for ca. 3 millioner kroner og tilhørende årsverk i 2020. Dette forutsetter at man beholder prognostisert DRG-resultat over plan fra 2019.

Klinikkens hovedstrategi for årene 2021-2023 blir en videreføring av det man jobber med i 2019 og 2020. Hovedstrategien for å nå målene vil på samme måte være å møte det økende aktivitetsbehovet uten tilsvarende økning i bemanning samtidig som man har kontinuerlig fokus på eksisterende drift og sørger for at denne er mest mulig effektiv.

Videre vil klinikken se på muligheter for dreining av aktivitet fra døgn til dag. Totalt sett vil det bli veldig krevende å innfri kravet på 2 % per år. Hvis man følger og bruker samme ramme modell som ved rammetildeling for 2019, vil Kvinneklinikken med foreløpig plan mangle tiltak for ytterligere ca. 6 millioner kroner hvert år i planperioden 2021-2023 som man altså må løse i tiden fremover når nye muligheter åpner seg. Forhåpentligvis vil dette være aktuelt innenfor barselomsorgen.

1. Konsekvens av vedtatte beslutninger i 2019

Satsing gastrokirurgi - Økning for å ivareta øyeblikkelighjelpsavviklingen på Ullevål

Effekten av økning i antall leger i spesialisering (LiS) vil føre til en mer robust bemanning som kan tåle ikke-planlagt sykdom/fravær og samtidig håndtere daglige gjøremål bedre og med færre brudd på vernebestemmelser. Økningen i ø-hjelpskapasitet vil forhåpentlig medføre at vi ikke trenger å sende pasienter ut av Oslo universitetssykehus HF for å bli operert, samt at pasienter som i dag venter på en ø-hjelpsoperasjon med lavere medisinsk prioritet blir operert raskere slik at de får kortere liggetid, som igjen vil kunne redusere overbelegget. Det settes av mer ressurser til visitt som er en viktig faktor for å redusere overbelegget.

Sengepost 3 har ansatt i de tre stillingene som ble tilført. De leier inn fra bemanningspool de resterende 40 % stillingene videre da det er behov for å få dekket opp huller i arbeidsplan i ukedagene etter ny bemanningsplan. Sengepost 1 og 2 arbeider aktivt med rekruttering og har fått ansatt syv sykepleiere som har oppstart fra februar til mai. Effekt av bemanningsøkningen vil komme etter hvert som alle stillingene blir besatt med redusert innleie, spesielt på helg. Ny bemanningsplan er tatt i bruk og det meldes at det er positivt med flere kjente på jobb i helg.

Balansert endring - overlege revmatologi

Økende ventelister for barne- og voksenrevmapasienter gjorde det nødvendig med en overlegestilling. Klinikken fikk godkjenning på å øke med et årsverk forutsatt økte polikliniske inntekter. Det forventes at ventelistene vil bli kortere basert på denne årsverksøkningen. Stillingen er utlyst, besatt av vikar inntil videre. Poliklinisk aktivitet følges tett.

PrEP (PreEksposisjonsProfylakse (HIV forebygging))

Innføring av PrEP-behandlingen har vist seg å være mer ressurskrevende enn først antatt grunnet flere pasienter. Det er foreløpig uklart hvordan vi skal håndtere dette på sikt. De nærmeste to årene må vi regne med å ta mesteparten av ansvaret for behandling og oppfølging selv. Dette krever noe bemanningsøkning, men forenkling av tilbudet kan bidra til at økningen ikke blir så stor. Dette må vi komme tilbake til.

Døgnvirksomheten i urologi flyttes fra Aker til Ullevål

Klinikken har i flere år lagt til grunn at døgnvirksomheten i urologi flyttes fra Aker til Ullevål. Helårseffekten av tiltaket er tidligere beregnet til 6,4 millioner kroner for vår klinikk, og har også gunstige effekter for andre klinikker. Dette gjelder spesielt Akuttklinikken og Klinikk for radiologi og nukleærmedisin. Effekten forklares ved kostnader til drift av akuttmottak, beredskap og vaktordninger. Det er krevende for klinikken å motivere til ytterligere tiltak når slike store forhold som er besluttet tidligere ikke blir gjennomført. Flytt av døgnaktivitet fra Aker er også en viktig forutsetning for å lage et elektivt kirurgisk senter. Et slikt driftskonsept må rendyrkes for å være funksjonelt og nåværende blanding med ordinær døgn drift vanskeliggjør effektiv drift.

1.1 Andre forhold med innvirkning 2019

Lutetiumbehandling av neuroendokrine tumores (NET).

I august 2018 ble det bestemt i Beslutningsforum at metoden skal innføres i Norge. Den planlegges iverksatt ved Oslo universitetssykehus HF i 2019, trolig september 2019. Selve

behandlingen vil foregå ved Avdeling for nukleærmedisinsk ved Rikshospitalet. Pasientene vil i hovedsak håndteres som dagpasienter, men vi må påregne noen innleggelser (anslagsvis ved ca. 10 % av behandlingene).

Med estimert 30 pasienter året med 4 behandlinger hver, regner vi med behov for 10-15 ekstra innleggelser ved Seksjon for gastromedisin årlig. Pasientene skal også følges poliklinisk i Avdeling for transplantasjonsmedisin med 1-3 konsultasjoner per behandling per pasient, som medfører ca. 200 ekstra polikliniske konsultasjoner per år. Det er tidligere beregnet tilførsel av en sykepleier og 0,5 overlegestilling til dette. Disse estimatene er basert på håndtering av pasienter kun fra Helse Sør-Øst RHF. Det forventes imidlertid at vi vil få pågang også med pasienter fra andre helseregioner slik at behovet vil være en overlegestilling.

Prosjekt prehabilitering uten midler

Prosjektet prehabilitering ble vedtatt av ledermøtet OUS i juni 2017, men oppstarten er forsinket grunnet manglende tilgjengelig areal.

2. Resultater 2018 og budsjett 2019

Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon leverte et underskudd på 47,5 millioner kroner i 2018. Hovedårsaken til underskuddet var lavere aktivitet målt i DRG enn det som var planlagt; -28,3 millioner kroner. Aktiviteten i 2018 var 2,4 % lavere enn budsjettet, og 1 % lavere enn året før. Lavere antall gjennomførte transplantasjoner og noe færre operasjoner er hovedårsaken til avviket i aktivitet. Klinikken merforbruk på kostnadssiden var i all hovedsak knyttet til personalkostnader.

Klinikken samlede tiltaksportefølje i avdelingene er ikke tilstrekkelig for å nå innsparingskravet i 2019, og Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon gikk derfor inn i 2019 med en uløst utfordring i budsjettet på 19,4 millioner kroner. Omregnet til årsverk utgjør dette 34 årsverk. Det er lagt opp til en vesentlig aktivitetsvekst for klinikken i 2019 sammenlignet med 2018, begrunnet i særskilt lav transplantasjonsaktivitet i 2018. Klinikken har forverret prognosen til -22,5 millioner kroner etter årets to første måneder hovedsakelig grunnet større lønnsavvik enn forutsett.

3. Aktivitetsutvikling 2020-2023

DRG POENG - ØLP 2020 - 2023	B2019 ny gruppe	B2020	B2021	B2022	B2023	2019-2020	2020-2021	2021-2022	2022-2023
DRG-poeng døgntbehandling	32 830	33 617	34 364	34 960	35 616	2,4 %	2,2 %	1,7 %	1,9 %
DRG-poeng dagbehandling	1 566	1 588	1 610	1 633	1 657	1,4 %	1,4 %	1,4 %	1,5 %
DRG-poeng poliklinisk virksomhet	4 021	4 067	4 115	4 163	4 212	1,1 %	1,2 %	1,2 %	1,2 %
TOTALT	38 417	39 272	40 089	40 756	41 485	2,2 %	2,1 %	1,7 %	1,8 %

Tabell 1: Aktivitetsutvikling 2020-2023

Klinikken estimerer en aktivitetsvekst på om lag 2 % i året i perioden. Dette begrunnes under i avdelingsvise kommentarer.

Avdeling for gastro- og barnekirurgi

Kreftoperasjoner utgjør størstedelen av elektiv kirurgi og antall operasjoner vil øke tilsvarende økning i eldre del av befolkningen i perioden. Avdeling for gastro- og barnekirurgi opplever økning i overføring av pasienter fra andre sykehus i regionen grunnet manglende kompetanse og vaktordninger på mindre sykehus. I tillegg gis det et behandlingstilbud til flere eldre pasienter med sammensatte diagnoser med forhøyet risiko. Det forventes en fortsatt

økning av HIPEC (nasjonal tjeneste) ved peritoneal spredning. For Seksjon for HPB-kirurgi var 8 % av alle operasjoner i 2018 pasienter fra andre regionale helseforetak. 14 % av alle pasienter på MDT-møter (multi-disiplinære team-møter) var fra andre regionale helseforetak. Vi tror avansert kreftbehandling og mer spesialisering fortsatt vil gi en økning i antall HPB-pasienter.

Det arbeides med å effektivisere forløpene med innføring av prepoliklinikk og sammedagskirurgi, men omleggingen krever arealer til dagbehandling og poliklinikk. Vi har nå prepoliklinikk og sammedagskirurgi for cirka 70 % av våre pasienter. De siste 30 % lar seg ikke hente ut før arealproblemet for poliklinikk løses. Disse endringene vil forhåpentligvis «holde unna» økningen i pasienter slik at sengetallet kan forbli det samme fremover, men med tyngre belegg og større behov for kompetanse hos personalet.

For barnekirurgi på Rikshospitalet er hovedutfordringen høy strykprosent grunnet øyeblikkelig hjelp, både egen og transplantasjon. Rikshospitalet har ingen dedikert øyeblikkelig hjelp-stue og akutt barnekirurgi og transplantasjoner fører til strykning av elektive pasienter. Det må arbeides for samling av noen flere pasientgrupper på Rikshospitalet som i dag som opereres på to steder.

Avdeling for revmatologi, hud- og infeksjonssykdommer

Gitt arealer til dagbehandling vil flere pasienter kunne behandles på poliklinikk og dagenhet, og som konsekvens mer resurskrevende kompliserte pasienter på sengepost. Antallet kompliserte pasienter forventes å øke som følge av økende sentralisering. Flere pasienter smittet med resistente mikrober vil kreve ekstra tiltak i form av isolasjon og ressurskrevende smittevernrutiner.

Stadig utvikling av nye biologiske behandlinger vil holde medikamentkostnadsnivået oppe selv om vi får biosimilars som er rimeligere enn originalproduktene. Færre hudpasienter trenger lysbehandling som vil frigjøre sykepleierressurser og rom på Villa Derma som vil utnyttes til annen poliklinisk virksomhet for å bedre kapasiteten.

Avdeling for transplantasjonsmedisin

Vi regner med at Donasjon etter hjertedød (cDCD) vil bli godkjent og tillatt i løpet av 2019, noe som vil kunne øke tilgangen til organer med anslagsvis 10-15 %, mot slutten perioden opp mot 20%. Men dette vil også medføre økte kostnader relatert spesielt til merarbeid for transplantasjonskoordinatorer og donorteam.

En annen endring som vil komme fra 2019 og utover er leverperfusjon av marginale leverer. Ved denne teknikken er det sannsynlig at man kan «redde» en rekke organer av «borderline» kvalitet som ellers ikke ville bli brukt. Et konservativt anslag på antall perfusjoner pr år er ca. 10, av disse kan man oppnå å transplantere 50-60%. Hver perfusjon vil koste 40-50.000 kroner og kreve ekstra personellinnsats.

Avdeling for urologi

Avdelingen har i løpet av siste halvår trappet opp samarbeidet med eksterne tilbydere av urologisk tjenester i Oslo for å ivareta tidsfrister. Ettersom kompetansen i avdelingen bygges opp vil dette kunne tas tilbake, men vil kunne gi et ressursproblem. Pasientstrømmen rundt prostatacancer i regionen er i endring, slik at Oslo universitetssykehus HF nå opererer færre pasienter fra andre sykehus. De fleste sykehus i Helse Sør-Øst RHF har nå tilgang på robot. Dette har redusert antallet robotinngrep i avdelingen noe, og denne reduksjonen vil trolig fortsette. Nye behandlingsformer som HiFU (som kun er tilgjengelig ved Oslo

universitetssykehus HF) vil kunne endre dette igjen, likeledes utvikling av metastasekirurgi for prostatacancer. Pasientstrømmen innen kirurgisk behandling av urologisk kreft er svært usikker og vil måtte følges nøye.

4. Bemanning for å ivareta aktiviteten 2020-2023

2018 Faktisk	B2019	B2020	B2021	B2022	B2023	2019- 2020	2020- 2021	2021- 2022	2022- 2023
1 015	998	1 035	1 038	1 038	1 040	4 %	0 %	0 %	0 %

Tabell 2: Brutto månedeverk 2020-2023, Budsjettallene for 2019 er inkludert 34 årsverk knyttet til udefinert innsparingskrav.

Avdeling for gastro- og barnekirurgi

Seksjon for HPB-kirurgi vil, grunnet økt aktivitet og som flaskehals i utdanning, ha behov for å øke med en LiS-stilling i perioden. På Ullevål vil det måtte gjøres en avklaring mot andre fagområder for å unngå bemanningsøkning, spesielt gjelder dette gastromedisin og traumatologi. Arbeidsbelastningen på primærvaktskiktet er stor og en forutsetning for å unngå bemanningsøkning her er at karkirurgi og urologi kan flyttes til Ullevål og bidra i en felles vaktordning. Radiumhospitalet har en reststilling på 50% etter mamma, denne bør økes til 100% for unngå huller i turnus og utnytte utdanningspotensialet.

Avdeling for transplantasjonsmedisin

Transplantasjonskoordinatortjenesten vil måtte involveres tungt i utviklingstrekkene nevnt under Aktivitetsutvikling. Samtidig står avdelingen overfor et generasjonsskifte av større dimensjoner idet det er en opphopning av medarbeidere rundt eller over 60 år. Økt antall oppgaver, arbeidsbelastning, total vaktbelastning tilsier at transplantasjonskoordinatortgruppen må utvides. Etter avdelingens syn gjøres dette best ved tilsetning av 2 «trainees» fra 2019. Sengepost transplantasjon vil også måtte påregne en mindre økning i bemanning for å ivareta beredskap ved økt volum. Mulighet for arealer til driftsendringer og overgang til dagbehandling vil være en forutsetning for at bemanningen på sengepost for nyre og gastroenterologi kan holdes konstant.

Avdeling for revmatologi, hud- og infeksjonssykdommer

Legeressurs innen klinisk immunologi og infeksjon vil måtte øke med en stilling for å ivareta drift i løpet av perioden. For venerologi vil PrEP-behandlingen gi en mindre bemanningsøkning i 2019-2020 som nå er under utredning, det forventes ikke økninger etter dette.

Avdeling for urologi

Stor usikkerhet rundt fremtidig aktivitet gjør bemanningsberegning vanskelig og ytterligere komplisert av usikkerhet rundt flytt og endring til prostatakreftsenter på Radiumhospitalet fra 2023. Det vil være behov for en legestilling knyttet til tilbakeføring av pasienter fra Aleris.

5. Forbedret drift (ifht tiltaksområder 2020-2023)

Felles tiltaks type	mill kr 2020	mill kr 2021	mill kr 2022	mill kr 2023	2020-2023 (i mill kr)	2020-2023 (ibmv)	2020-2023 (DRG)
Operasjoner	16	15	12	13	56	0	2 229
Sengepost drift	2	1	0		2	0	0
Poliklinikk	2	0	0	0	3	0	82
Innkjøp	1	1	1	1	4	0	0
Effektiv bruk av legeressurser	1	1	1	1	2	0	0
Andre tiltak	6	8	6	7	27	8	757
Begrense medikamentkostnadene	0	0			0	0	0
Bedre innkrevingsrutiner					0	0	0
Totalsum	28	25	20	22	95	8	3 068

Tabell 3: Tiltaksområder 2020-2023

Krav om 2 % av rammen i 2019 tilsvarer ca. 23 millioner kroner i effektivisering årlig. Klinikken planlegger å møte dette med økt aktivitet og planlagte tiltak tilsvarende 23 millioner kroner årlig i perioden 2020 – 2023.

Avdelingene i Klinikkk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon har forskjellig fagprofil og innslagspunkter for forbedring i perioden. Tiltakene listet i ovenstående tabell vil derfor treffe avdelingene i klinikken forskjellig. Klinikken har i sin vurdering av prosjekter lagt vekt på flere konkrete, mindre prosjekter med målbare resultater fremfor store tematiske områder.

5.1 Klinikkens forbedringsprogram

Forbedring av poliklinisk drift

Klinikken har to store poliklinikker, hudsykdommer og urologi, og flere små. Bedret samstemthet mellom arbeidstidene til leger og annet personell på poliklinikken vil kunne øke antall pasienter, det samme vil bedret planlegging og utnyttelse av arealer. Innenfor enkelte fagområder vil man kunne redusere antall kontroller ved å avslutte tidligere eller overføre til avtalespesialist eller fastlege. Denne effekten vil komme langsomt fordi det må gjøres en individuell vurdering når pasientene møter til kontroll.

Begrensning av medikamentkostnader

Overgang fra intravenøs til peroral antibiotikaproylaks er vellykket innført på en seksjon og et forbedringsprosjekt vil overføre dette til flere fagområder. Et prosjekt rundt skriftlige retningslinjer for bruk av medikamenter er planlagt oppstartet, dette vil utfylle det sentrale prosjektet rundt reduksjon i bruk av bredspektret antibiotika. Vi får stadig nye typer biologiske medikamenter og nye indikasjoner Klinikken har gode rutiner for overgang til biotilsvarende og fortsetter dette arbeidet.

Reduksjon i bemanningskostnader og ressursbruk

Bedret planlegging og styring av bemanning på sengeposter ved bruk av GAT vil redusere overtid og innleie fra eksterne leverandører. Prosjektet er vellykket gjennomført på flere sengeposter i 2017-2018 og resterende vil gjennomføres i 2019.

Bedre innkrevingsrutiner

Prosjekt med delprosjekter rundt «ikke møtt», bruk av bankterminaler og tilleggs-takster for engangsutstyr er godt i gang hvor effekten forventes i løpet av 2019.

Redusere innkjøpsutgiftene

Prosjekt bevisstgjøring av kostnader til utstyr og bandasjemateriell har startet på seksjon hudsykdommer og vil kunne breddes til flere enheter. Avtaledekningen kan forbedres noe uten at det ser ut til å ligge større økonomiske gevinster i dette. Garantiavtaler ved utstørsinnkjøp på sengeposter og andre driftsenheter kan redusere reparasjonskostnader.

Effektiv bruk av legeressurser

Gjennomgang av aktivitet og arbeidsplaner for leger slutføres i disse dager. Det er ikke identifisert umiddelbare kostnadsreducerende følger av dette, men vi forventer større kontroll og bedret oversikt fremover som gir mindre feil og negative økonomiske effekter.

Sengepostdrift

Samarbeid leger og sykepleiere på sengepost er viktig for god drift, et prosjekt innen gastrokirurgi Ullevål forventes å gi redusert belegg og ekstravakt/overtid. Neste ledd i dette prosjektet er å se på riktige pasienter i sengene, med hensikt å kunne få overført pasienter til mer hensiktsmessig fagområde eller lokalsykehus. Klinikken har høy andel sammedagskirurgi, men fortsatt et stort potensial i økning hvor et forventet mål for klinikken bør være 60-70 %.

Effektivisere operasjonsdriften

Klinikken har startet ett prosjekt innen barnekirurgi med hensikt å redusere strykninger og skiftetider, slik at flere pasienter kan behandles med samme ressurs. Prosjektet vil fra våren 2019 videreføres til urologi. Elektivt kirurgisk senter slik det er planlagt på Aker, vil gi effektive og gode pasientforløp for pasientgrupper med lav risiko og behov for kort liggetid eller dagbehandling. Dette gir mulighet for en reduksjon i inneliggende behandling, forutsatt at det organiseres med en 5-6 døgnpst.

5.2 Prosjekter initiert i klinikken utenfor sykehusovergrepene prosjekter

Korrekt koding

Kodekvaliteten i klinikken vurderes som god, men vi har stor andel ISF i inntektsgrunnlaget og vil starte en gjennomgang som vi forventer gir positiv økonomisk effekt.

Korrekt omsorgsnivå

Mer effektiv bruk av personalressursene er avhengig av en endring til mer dagbehandling og poliklinikk. Mange enheter er for små til selv å drifte dagenheter, man vil også erfaringsmessig få lite effekt av en slik enhet som en del av en sengepost. Klinikken starter i 2019 en gjennomgang av dagbehandling og poliklinikk på Rikshospitalet med utgangspunkt i enhet for dagbehandling i Avdeling for transplantasjonsmedisin. Det vil være mulig å gjøre mindre forbedringer i driften her, men større effekter som kan gjelde for flere avdelinger vil være avhengig av en samlet gjennomgang og omfordeling av arealer på Rikshospitalet.

Pasienttransport

Forbedringsprosjekt i henhold til korrekt bruk av retningslinjene er godt i gang hvor effekten forventes i løpet av 2019.

1. Konsekvens av vedtatte beslutninger i 2019

I budsjett 2019 har Kreftklinikken flere tiltak for kapasitetstilpasning. Disse gjennomføres i 2019, men har overhengseffekter i 2020. Ytterligere kapasitetstilpasninger vil vurderes senere i 2019 og 2020, avhengig av faktisk aktivitetsutvikling.

CAR-T-behandling for akutt leukemi for pasienter opp til 25 år ble vedtatt av Beslutningsforum i desember 2018. Det vurderes at denne behandlingen er aktuell for 5-10 pasienter årlig. Behandlingen kan i løpet av året bli godkjent på flere indikasjoner og dette vil i så fall øke antall pasienter. Det er foreløpig ikke avklart om oppstart av CAR-T behandling vil påvirke bemanningen i Kreftklinikken. Behandlingen vil imidlertid gi økte kostnader for sykehuset i form av liggedøgn i sengeposter og intensivenheter, uttak og filtrering av celler samt vesentlig økning i medikamentkostnader (ca. 4 millioner kroner pr. pasient). Behandlingen vil kun gjøres ved OUS i Norge.

Helse Sør-Øst har bestemt av lokalsykehusfunksjoner i kreftbehandling i Oslo sykehusområde skal overføres fra OUS til Diakonhjemmet sykehus og Lovisenberg Diakonale sykehus. Overføringen forventes å skje fra januar 2020 og til skje gradvis over en toårsperiode. Endringen medfører en vesentlig aktivitetsreduksjon i Kreftklinikken. Effekter av dette er ikke beregnet til denne budsjettleveransen, men vil påvirke budsjett 2020 og 2021 for Kreftklinikken i stor grad.

2. Resultater 2018 og budsjett 2019

Kreftklinikkenes positive resultat i 2018 skyldes først og fremst økte laboratorietakster, som det ikke var tatt høyde for i budsjettet. ISF-aktiviteten i klinikken var noe under budsjett, mens personalkostnadene var noe over budsjett.

Prognose for 2019, vurdert pr. februar, er et resultat noe i minus. Klinikken er pr. februar -250 DRG-poeng i forhold til budsjett. Klinikken forventer ikke å ta igjen dette i løpet av året og avgir derfor en prognose på -7,5 millioner kroner.

3. Aktivitetsutvikling 2020-2023

DRG POENG - ØLP 2020 - 2023	B2019 ny gruppe	B2020	B2021	B2022	B2023	2019-2020	2020-2021	2021-2022	2022-2023
DRG-poeng døgntbehandling	17 168	16 250	16 250	16 250	16 250	-5,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
DRG-poeng dagbehandling	905	1 406	1 370	1 420	1 470	55,4 %	-2,6 %	3,6 %	3,5 %
DRG-poeng poliklinisk virksomhet	13 386	13 853	14 193	14 477	14 766	3,5 %	2,5 %	2,0 %	2,0 %
TOTALT	31 819	31 869	32 173	32 507	32 846	0,2 %	1,0 %	1,0 %	1,0 %

Tabell 1: Aktivitetsutvikling Kreftklinikken 2020-2023

Kreftklinikken forventer ikke (prognose pr. februar 2019) å nå aktivitetskravet for 2019. Med basis i prognose for 2019 er det lagt til grunn årlig vekst i DRG-poeng på 1 % fra 2019 til 2023. Klinikken forventer flat aktivitetsutvikling for innlagte pasienter i perioden. Veksten i antall pasienter i perioden forventes å skje som en økning i dag- og poliklinisk behandling. Forventet vekst i antall pasienter er om lag 2 % årlig, mens veksten i DRG-poeng kun ventes å være om lag 1 % da all vekst ligger på dagbehandling og poliklinikk.

For 2020 vil det, som i 2019, være særskilt risiko knyttet til gjennomføring av aktivitet i Kreftklinikken på grunn av ombygging, riving og grunnarbeider for det nye klinikkbygget på Radiumhospitalet. Det er ikke innarbeidet noen aktivitetsreduksjon knyttet til dette i 2020.

Det er foreløpig ikke tatt stilling til aktivitetsvekst som følge av CAR-T. Det er heller ikke lagt inn aktivitetsreduksjon som følger av overføring av lokalsykehusfunksjoner til Lovisenberg og Diakonhjemmet. Overføring av lokalsykehusfunksjoner innen medikamentell kreftbehandling og palliasjon gjelder for en befolkning på snaut 350 000. Sannsynligvis vil denne overføringen starte opp senest Q1 2020 og med en gradvis opptrapping over noen år.

4. Bemanning for å ivareta aktiviteten 2020-2023

2018 Faktisk	B2019	B2020	B2021	B2022	B2023	2019- 2020	2020- 2021	2021- 2022	2022- 2023
1 373	1 388	1 393	1 398	1 407	1 416	0 %	0 %	1 %	1 %

Tabell 2: Brutto månedeverk Kreftklinikken 2020-2023

Vekst i bemanning fra 2018 til 2019 i Kreftklinikken skyldes omlegging av regnskapsføring for kliniske studier. Bemanning knyttet til kliniske studier var i 2018 eksternt finansierte, men blir internt finansierte i 2019.

Vekst i bemanning fra 2019 til 2020 gjelder to forhold. Det forventes en økt studieaktivitet som medfører et økt bemanningsbehov. Økte kostnader for dette vil dekkes av økte inntekter. Det forventes også en fortsatt særskilt høy vekst i laboratorieundersøkelser i kreftcytogenetikk med i overkant av 5 % som tilsier en økning i bemanning på 2 årsverk. Også veksten i bemanning fra 2020 til 2021 er knyttet til disse to forholdene. Økt bemanning fra 2021 til 2023 er knyttet til oppbemanning som forberedelse til oppstart av protonsentret.

Det er foreløpig ikke lagt inn noen tiltak med effekt på bemanning for perioden 2020-2023. Det er foreløpig ikke tatt stilling til bemanningsvekst som følge av CAR-T. Det er heller ikke lagt inn bemanningsreduksjoner som følger av overføring av lokalsykehusfunksjoner til Lovisenberg og Diakonhjemmet. I henhold til Oppdragsdokumentet for 2019 skal Kreftklinikken ha ansvar for fagforvaltningen for medikamentell kreftbehandling applikasjonen (CMS) i HSØ. Det vil medføre en oppbemanning på inntil 10 personer og forutsetter en særskilt finansiering fra HSØ.

Slik aktivitets- og bemanningstallene ligger i tabellene over vil det i perioden være en viss økning i arbeidsproduktivitet for pasientbehandling. Bemanningsøkningen som gjelder kliniske studier har egen finansiering og det samme forventes å gjelde forberedelse til oppstart av protonsentret.

5. Forbedret drift (ifht tiltaksområder 2020-2023)

Felles tiltaks type	Tiltak type	mill kr 2020	mill kr 2021	mill kr 2022	mill kr 2023	2020-2023 (i mill kr)	2020-2023 (ibmv)	2020-2023 (DRG)
<input type="checkbox"/> Bemanningsstyring	Reduserte variable lønnskostnader med 2 %	1	1	0	0	1	1	0
<input type="checkbox"/> Innkjøp	Medikamentkostnader	5	3	3	3	14	0	0
	Redusert kapasitet sengeposter	1	1			3	3	0
<input type="checkbox"/> Andre tiltak	Redusert portefølge av stråleterapimaskiner (kapitalkostnad)	3	3	3	3	12	0	0
	Økt effektivitet i stråleterapi	1	1	0	0	3	4	0
Totalsum		11	9	6	6	32	8	0

Tabell 3: Vurdering av tiltaksområder 2020-2023 Kreftklinikken

Kreftklinikken har planlagte tiltak for 2019 på 14,8 millioner kroner på kostnadssiden. I tillegg er det planlagt en økt aktivitet tilsvarende 1 %. Andre forhold av særlig betydning for helseforetakets økonomi, er at klinikken gjennom færre behandlingsframmøter (ikke behandlingsserier) og mer effektive nye strålemaskiner, har planlagt å redusere antall LINACer fra 17 til 16 fra høsten 2019. Det gir et redusert investeringsbehov på ca. 30 millioner kroner eller 3 millioner kroner pr. år med en levetid på maskinene på 10 år.

For å oppnå nødvendig årlig effektivisering legger klinikken opp til å kunne håndtere planlagt aktivitetsvekst innenfor gjeldende bemanningsnivå. Vekst i pasientbehandlingen i planperioden forventes å skje som økning i dag- og poliklinisk behandling. Økt pasientbehandling innenfor dagens bemanningsnivå forventes å kunne håndtere om lag 1 % effektiviseringskrav årlig. Den resterende delen av effektiviseringskravet må håndteres gjennom kostnadsreduksjoner.

Det er ikke lagt konkrete planer for forbedringstiltak for 2020 og fremover. Klinikken ser imidlertid spesielt på følgende forbedringsområder:

- Ytterligere kapasitetsreduksjon i sengeposter. Anslagsvis 4 senger og 4 årsverk. Gjennomføring er blant annet avhengig av utviklingen i medisinsk praksis og av spesifikke tiltak som sammedags-kirurgi, hjemmebehandling, ambulant palliativt team og hjemmesykehus. Utvikling av team i pasientbehandlingen, både for sengeposter, poliklinikk og stråleterapi med sikte på bedre samarbeid mellom yrkesgruppene. Bedre samarbeid mellom yrkesgruppene skal i sin tur gi effektiviseringsgevinster i pasientbehandlingen (kortere liggetider, økt gjennomstrømming, reduserte behandlingstider i stråleterapi).
- Ytterligere effektivisering og kapasitetstilpasning i stråleterapi. Anslagsvis 4 senger og 4 årsverk. Tilpasning av stråleterapi ift. desentralisering i HSØ er trolig først aktuelt fra 2024, og må også ses i sammenheng med etablering av et protonsentor.
- Reduksjon av variable lønnskostnader. Anslagsvis 2 % årlig i 2020 og 2021.
- Reduksjon i medikamentkostnader med 2 % som følge av nye anbud og etterlevelse av retningslinjer for medikamentbruk. Det arbeides også med områder som start- og stoppkriterier for bruk av antibiotika og kreftlegemidler.
- Reduserte kapitalkostnader gjennom reduksjon av portefølje av strålebehandlingsmaskiner. Effekt på reduserte kapitalkostnader om lag 3 millioner kroner hvert år i 10 år.

Klinikk	Hjerte-, lunge- og karklinikken (HLK)
---------	---------------------------------------

1. Konsekvens av vedtatte beslutninger i 2019

Hjerte-lunge og karklinikken har fra høsten 2018 gradvis tatt over hjertekirurgi og kateterbasert behandling av aorta (TAVI) fra Landsforeningen for hjerte og lungesyke-klinikken (LHL). Dette ble estimert til å utgjøre ca. 200 operasjoner og 100 TAVI behandlinger i 2019. Dette er estimater som er basert på 2017 aktivitet ved Landsforeningen for hjerte og lungesyke med korreksjon for forventede endringer i henvisningspraksis og terapivalg. I tillegg til pasienter fra Landsforeningen for hjerte og lungesyke, estimerer klinikken en videre økning av TAVI-pasienter utover nivået fra Landsforeningen for hjerte og lungesyke.

Utfordringsbildet for klinikken i årene fremover er preget av noe usikkerhet knyttet til antall pasienter til hjertekirurgi og TAVI. Det ligger an til at en del pasienter som ville vært operert ved Landsforeningen for hjerte og lungesyke, vil få gjort TAVI ved Oslo universitetssykehus HF. Dette øker kostnadene ved overføring av pasienter fra Landsforeningen for hjerte og lungesyke til Oslo universitetssykehus HF. En vridning fra kirurgisk aortaklaff erstatning (SAVR) til kateterbasert erstatning av klaff (TAVI) vil gi en noe bedre DRG inntjening pr inngrep, men også en vesentlig kostnad på ca. 150.000,- pr behandling knyttet til implantatkostnad.

I tillegg er det usikkert i hvilken grad Landsforeningen for hjerte og lungesyke reelt vil fortsette å utrede hjertepasienter i fremtiden. Overtakelsen av pasientgrunnet ved Landsforeningen for hjerte og lungesyke har derfor store konsekvenser for aktiviteten ved klinikken i driftsåret 2019 og den videre aktivitetsutviklingen for perioden 2020-2023.

2. Resultater 2018 og budsjett 2019

Akkumulert regnskapsresultat for Hjerte-Lunge og karklinikken (Hjerte-lunge og karklinikken) 2018 var -43 millioner kroner.

Avviket på -43 millioner kroner skyldes i stor grad et lavere antall transplantasjoner og redusert bruk av annen høykostmedisin som impella og mekanisk hjertepumpe (LVAD). En annen viktig årsak var at pasientbehandlingen i klinikken i 2018 h endret karakter raskere enn forventet. Tilbudet til pasienter med aortastenose som trengte TAVI-behandling økte vesentlig i 2018.

Klinikkens utfordringsbilde i 2019 etter en innarbeidet produktivitetsvekt på 2,5 % er beregnet til å gi en negativ prognose på minus 15 millioner kroner. Dette er basert på en endret og dyrere pasientbehandling innenfor invasiv kardiologi, samt en risiko for at klinikken ikke klarer å innfri tiltakene om å øke aktivitet uten å øke med tilsvarende bemanning.

3. Aktivitetsutvikling 2020-2023

DRG POENG - ØLP 2020 - 2023	B2019 ny gruppe	B2020	B2021	B2022	B2023	2019-2020	2020-2021	2021-2022	2022-2023
DRG-poeng døgntbehandling	32 471	33 120	33 783	34 458	35 148	2,0 %	2,0 %	2,0 %	2,0 %
DRG-poeng dagbehandling	1 299	1 325	1 351	1 379	1 406	2,0 %	2,0 %	2,0 %	2,0 %
DRG-poeng poliklinisk virksomhet	1 131	1 154	1 177	1 200	1 224	2,0 %	2,0 %	2,0 %	2,0 %
TOTALT	34 901	35 599	36 311	37 037	37 778	2,0 %	2,0 %	2,0 %	2,0 %

Tabell 1: Aktivitet målt i DRG-poeng 2020-2023

Klinikkens hovedstrategi økt pasientbehandling med 2 % innenfor tilnærmet samme bemanning.

De to største endringene i Hjerte-lunge og karklinikken vil være økning i kateterbasert behandling av aorta (TAVI) og mitralklaffesykdom (MitraClip) og i ablasjonsbehandling av atriale og ventrikulære arytmier. Det forventes utflating eller noe fall i antall pasienter til hjertekirurgi, men ressursbehovet vil ikke falle tilsvarende på grunn av økende andel kompleks hjertesykdom, inklusive økt bruk mekanisk pumpe ved hjertesvikt. Det forventes flere operasjoner for avansert aortasykdom og disse inngrepene bør av hensyn til kvalitet sentraliseres til Oslo universitetssykehus HF. Selv om forekomst av koronarsykdom faller og PCI er startet ved Akershus universitetssykehus HF, forventes bare et mindre fall i PCI ved Oslo universitetssykehus HF fordi antall eldre er økende. Summen av dette er at det forventes en netto økning i antall hjertebehandlinger ved Hjerte-lunge og karklinikken neste 4 år. Det vil være god driftsøkonomi og å etablere et nytt ablasjons-laboratorium ved Hjerte-lunge og karklinikken neste 4 år.

Lungeavdelingen har stabil aktivitet og med unntak av en moderat økning av lungetransplantasjoner, lungecancer, og lungefibrose, men forventes ikke større endringer i pasientvolum.

Hjerte-lunge og karklinikken utfører pasientbehandling med dyre implantater og varekostnader. Utviklingen det siste tiåret og i årene fremover går i mer invasiv kardiologisk behandling. Selv om den invasive behandlingen gir høye varekostnader for sykehuset, er den i utgangspunktet kostnadseffektiv for samfunnet fordi pasientens rekonvalesens er vesentlig kortere enn ved åpen kirurgi.

Sykehusinnkjøp ivaretar avtaleinngåelse og forhandlinger med leverandører og priser og betingelser knyttet til vareleveranser. Oslo universitetssykehus HF er helt avhengig at Sykehusinnkjøp representerer driften og kompleksiteten ved sykehuset. Oslo universitetssykehus HF er i større grad enn andre sykehus et spesialist sykehus, og har av den grunn et behov for andre varer og personell enn sykehus i resten av landet. Eksempler på nasjonale avtaler hvor Oslo universitetssykehus HF ikke ser fordelene av inngåtte avtalen er innenfor «Innleie fra sykepleiere fra vikarbyrå» eller avtale vedr pacemaker og ICD der det ble konkludert med at avtalen ble 11% dyrere etter ferdig forhandlet ny avtale.

4. Bemanning for å ivareta aktiviteten 2020-2023

2018 Faktisk	B2019	B2020	B2021	B2022	B2023	2019-2020	2020-2021	2021-2022	2022-2023
870	889	893	898	903	908	1 %	1 %	1 %	1 %

Tabell 2: Brutto månedsverk

Klinikkens hovedstrategi er økt pasientbehandling innenfor invasiv kardiologi med en netto gevinst på ca. 2 % uten vesentlig økt bemanningen i planperioden. Økt aktivitet stiller krav til god planlegging av pasientløp og operasjonsdrift internt i klinikken, og i samarbeid med Akuttklinikken. Avdelingene melder om en bemanningsvekst over plan perioden på ca 20 årsverk det vil si en vekst på ca. 5 årsverk pr år. Dette relaterer seg til økt forskning og økt /endret pasientbehandling for å dekke kravet til pasientbehandling innenfor tidsfrist. I tillegg

vil det være behov for styrkning av antall overleger ved Thorax kirurgisk avdeling inntil driften vil bli samlet ved et nytt Oslo universitetssykehus HF.

Det vil også være behov for bedre utnyttelse og driftsplanlegging av intensiv enheter og sengeposter i klinikken. Klinikken jobber med å redusere innleie av sykepleiere fra eksterne vikarbyrå. Dette vil realiseres ved at klinikken jobber med diverse driftsforbedrende tiltak på sengepostene i klinikken. Både internt på tvers av seksjoner i en avdeling, og på tvers av avdelinger. Klinikken ambisjon er å redusere innleie med ca 10 % pr år i planperioden, Dette utgjør ca 3 millioner kroner pr år.

Oppsummert vil klinikken jobbe med forbedringsprosjektene for å oppnå økt pasientbehandling til en lavere kostnad tilsvarende effektiviseringskravet på 2 %.

5. Forbedret drift (ifht tiltaksområder 2020-2023)

Felles tiltaks type	Tiltak type	mill kr 2020	mill kr 2021	mill kr 2022	mill kr 2023	2020-2023 (i mill kr)	2020-2023 (ibmv)	2020-2023 (DRG)
Operasjoner	Skiftetider	3	3	3	3	12	0	0
Sengepost drift	Dagenhet	1	1	1	1	4	0	200
	Pasientløp	5	5	5	5	20	24	0
Bemanningsstyring	kvalifisert bemanning til enhver tid	5	5	4	4	18	22	0
	Legetid (sentralt prosjekt)	0	0	3	3	6	4	0
Andre tiltak	LHL	4	4	4	4	16	0	0
	Økt aktivitet uten tilsvarende økning i bemanning	0	2	2	2	6	0	1 600
Totalsum		18	20	22	22	82	50	1 800

Tabell 3: Tiltak

Krav om 2 % av rammen i 2019 tilsvarer ca. 23 millioner kroner i effektivisering årlig. Klinikken planlegger å møte dette med økt aktivitet og planlagte tiltak tilsvarende 23 millioner kroner årlig i perioden 2020 – 2023.

Klinikken har en løpende prosess omkring forbedringsprogram i klinikken. Hovedstrategien bak forbedringsprogrammet er økt pasientbehandling på 2 % innenfor samme bemanning. Ingen økning av bemanning krever at pleiepersonell brukes på tvers av enheter

Alle forbedringsprosjektene har et mandat med fokus på prosess, god logistikk og økonomi. Prosjektene underbygger enten økt aktivitet eller en enda mer hensiktsmessig bruk av bemanning. Hovedsakelig har det vært seksjonsledere som har leder prosjektene. Seksjonsledere som prosjektledere er viktig for å sikre god forankring i klinikken, samt kvalitet i forbedringene og gjennomføringen.

Prosjektledere har løpende rapportert om prosjektet i klinikkens ledermøte. Det er viktig at prosjektene ikke stopper opp etter budsjettleveransen 2019, men fortsetter inn i driftsåret 2019 og planperiode 2020-2023. Alle prosjektene knytter seg til løpende drift, og det er derfor viktig at driften og tiltakene evalueres og at fokus opprettholdes igjennom hele året.

Klinikkens etablerte forbedringsprogram er følgende:

1. Dagenhet – lettpost
2. Landsforeningen for hjerte og lungesyke – åpen hjertekirurgi / TAVI
3. Operasjonsdrift: Skiftetider operasjon, strykninger mm.
4. Driftsplanlegging og pasientforløp
5. Legetid: Fravær og vakansleger

6. Kvalifisert bemanning: Kompetanse på tvers
7. Sengepostdrift: Turnus – tidsbruk – mellomvakter

I tillegg har klinikken hatt to prosjekter som har fokusert på planlegging av overtakelse av pasienter fra Landsforeningen for hjerte og lungesyke. Et prosjekt er knyttet til TAVI-pasienter og et til åpen hjertekirurgi. Dette for å sikre en godt planlagt overtakelse av pasientgrunnlaget. Prosjektene har fokusert på investeringsbehov, bemanningsbehov i Hjerte-lunge og karklinikken samt i serviceklinikker, først og fremst Akuttklinikken.

Klinikkens økonomistyring er i stor grad basert på fokus planlagt og utført pasientbehandling innenfor

Forskningsstrategi i planperioden 2020-2023

I langtidsperioden 2020-2023 har Institutt for kirurgisk forskning interne planer om å rekruttere 2 yngre forskningsgruppeledere til Instituttet. Det vil være behov for å øke instituttets basisramme med 2 forskerstillinger (gruppeledere), 2 postdok-stillinger, og 1 laboratorieingeniørstilling, det vil si økning av Instituttets budsjetttramme med ca. 4 millioner kroner pr. år over neste plan periode (opptrapping med 2 millioner kroner i 2021 og 2 millioner kroner i 2023).

Kardiologisk avdeling har i sin forskningsstrategi å få ekstern finansiering til et nytt SFI i planperioden.

1. Konsekvens av vedtatte beslutninger i 2019

Det er flere nye forhold som påvirker klinikkens drift i 2019. Akuttklinikken har fått finansiering for følgende forhold:

- **LHL-sykehuset:** LHL-sykehuset overførte ca. 200 åpne hjerteoperasjoner og ca. 70 TAVI til Oslo universitetssykehus. Medførte behov for oppbemanning av 6,7 årsverk i Akuttklinikken.
- **Hjerneslag – «En dør inn»:** Etablering av Oslo hjerneslagsenter, med en dør inn, vil medføre at ca. 800 pasienter overføres fra Lovisenberg og Diakonhjemmet til Oslo universitetssykehus. Dette medfører behov for oppbemanning av 10 årsverk hos Akuttmottak US i vår klinikk. Oslo universitetssykehus sin ledelse skal beslutte oppbemanning primo mars 2019. Planen er at oppstart skal skje fra 6.mai 2019. Gjenværende helårseffekt kommer i 2020.
- **Øyeblikkelig hjelp Ullevål:** Øyeblikkelig hjelp håndtering av operasjoner på Sentral Operasjon på Ullevål var ikke forsvarlig. Det kom vesentlige avvik på spesielt Klinikk for kirurgi, inflammasjonsimmunologi og transplantasjons gastropasienter, som måtte vente for lenge på ø-hjelp operasjoner. Akuttklinikkens bemanningssituasjon var en vesentlig flaskehals her. Akuttklinikken fikk budsjettmidler i 2019 til å styrke mellomvaktene på hverdager og helg for operasjonsspl og anestesipl, samt styrke postoperativ hele døgnet hele uken. Til sammen 11,5 årsverk. Ressursforsterkningene er innført i en tiltakspakke der klinikken adresserer en rekke supplerende tiltak (effektiv kommunikasjon/samarbeid/standardisering etc.) som øker total effekt.
- **Helårseffekt døgndrift Steril US:** For å håndtere døgndrift av sterilisering av instrumenter oppbemannet Sterilavdelingen i 2018 med 6 årsverk fra jan 2018 på Rikshospitalet og med 6 årsverk fra sommeren 2018 på Ullevål. I 2019 får klinikken helårseffekt av oppbemanning på Ullevål.
- **Barnepalliativt team:** Barne- og ungdomsklinikken fikk midler i budsjett 2019 til etablering av barnepalliativt team. I dette teamet inngår 0,2 årsverk barneanestesiolog fra Akuttklinikken.
- **Hybridstuer Intervensjonscenteret:** Våren 2018 ble to hybridstuer hos Intervensjonscenteret ferdigstilt, og i den forbindelse har Intervensjonscenteret fått lov til å bemanne opp med 3 årsverk. Disse stillingene vil ha helårseffekt i 2019.
- **Trombektomi:** For å håndtere trombektomier uten at det skal gå vesentlig ut over Nevroklinikkens elektive operasjonsprogram, har Akuttklinikken bemannet opp med 1,35 årsverk hos Avdeling for anestesisykepleiere.
- **Thorax barn intensiv:** Oppbemanning hos Akuttklinikken for ekstra oppfølging av intensiv Thorax-barn på Rikshospitalet av Akuttklinikkens intensivleger.

2. Resultater 2018 og budsjett 2019

Resultatavvik 2018 kommenteres kort. Merforbruk på innleie fra vikarbyrå og lønn er hovedforklaringene på det negative resultatet til klinikken i 2018.

Prognosevurdering økonomi, bemanning aktivitet og tiltak 2019. Akuttklinikken har fått et produktivitetskrav på 2,5 % i budsjett 2019, som i sin helhet skal dekkes av kostnadsbesparende tiltak. Det utgjør kr 40 millioner kroner Klinikken har tiltak for ca. 31,5

millioner kroner i budsjett 2019. Den gjenværende økonomiske utfordringen er på ca kr 8,5 mill gitt at klinikk oppnår 100 % tiltaksoppnåelse. Tiltaksoppnåelse var lav i 2018, og er lav i starten av 2019 også. Klinikken tror ikke det oppnås 100 % tiltaksoppnåelse i 2019, slik at klinikken har en negativ prognose på 20 millioner kroner i 2019.

Klinikken har derfor ikke tilstrekkelig antall tiltak, og avdelingene skal alene og sammen med klinikkens forbedringsprogram jobbe for å identifisere og implementere nye tiltak.

3. Aktivitetsutvikling 2020-2023

DRG POENG - ØLP 2020 - 2023	B2019 ny gruppe	B2020	B2021	B2022	B2023	2019-2020	2020-2021	2021-2022	2022-2023
DRG-poeng døgntilrettelagt	1 115	750	750	750	750	-32,7 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
DRG-poeng poliklinisk virksomhet	415	820	840	860	880	97,6 %	2,4 %	2,4 %	2,3 %
TOTALT	1 530	1 570	1 590	1 610	1 630	2,6 %	1,3 %	1,3 %	1,2 %

Tabell 1: DRG-poeng 2020-2023

Vekstområde	Vekst i prosent fra foregående år			
	2020	2021	2022	2023
Antall konsultasjoner (smerte)	5,0 %	3,0 %	3,0 %	3,0 %
Antall operasjoner (smerte)	5,0 %	4,0 %	4,0 %	4,0 %
Akuttmottak	3,0 %	3,0 %	3,0 %	3,0 %
Intensivdøgn	1,0 %	1,0 %	1,0 %	1,0 %
Respiratordøgn	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Anestasier inkl. øvrige prosedyrer	0,7 %	1,3 %	1,3 %	1,4 %
Antall simuleringer (SIM)	2,0 %	2,0 %	2,0 %	2,0 %

Tabell 1a: Aktivitetsvekst pr område

Akuttklinikken får kun resultat effekt av avvik på DRG-poeng vedrørende Smerteavdelingen. I tabell 3 over er dog også DRG-poeng knyttet til Avdeling for anesthesiologi inkludert. I prognosene ut 2023 har klinikken antatt ingen vekst i DRG-poengene knyttet til Avdeling for anesthesiologi, mens for Smerteavdelingen har klinikken estimert en årlig vekst på 3 % fra 2019. Estimert samlet DRG-vekst for klinikken fra 2019 til 2020 er på 2,6 %, og veksten fra 2019 til 2023 er på 6,5 %. På slutten av 2018 er kodingen endret slik at dagkirurgisk virksomhet til Smerteavdelingen, som tidligere ble registrert som døgnopphold, nå registreres som poliklinisk konsultasjon. Totale DRG-poeng forblir uendret, men det blir en betydelig teknisk vridning fra døgnopphold til polikliniske konsultasjoner.

Jamfør tabell 4 er det stor etterspørsel etter behandling av langvarige smerter. Siden 2007 har oppdragsdokumentene bedt om øket kapasitet og kompetanse til behandling av langvarige smerter. Regjeringen har besluttet at det skal innføres pakkeforløp for smertebehandling, og avdelingen er nå invitert av Helsedirektoratet til å delta i arbeidet med dette.

Innenfor anestesi (kirurgi og øvrige prosedyrer), baserer klinikken sin årlige vekst i langtidsperioden på summen av hva de somatiske klinikkene har meldt inn i sine økonomiske langtidsplaner for dag- og døgnvirksomhet. Etablering av trombektomisløyfe på Ullevål er et særskilt forhold som må hensynstas allerede i budsjett 2020. Denne sløyfen vil medføre stryket vaktberedskap for å kunne kvalitetssikre denne behandlingssløyfen.

Trend over hele landet hva angår Akuttmottak er at antall innleggelser flater ut/går ned, men at antall polikliniske konsultasjoner øker tilsvarende. Dette er en ønsket utvikling som er

hensiktsmessig både for pasient og Oslo universitetssykehus, men er ressurskrevende for Akuttmottak. Det er gjerne mer jobb med en poliklinisk pasient enn med en som skal videre inn i sykehuset.

Intensivaktiviteten varierer noe fra år til år, men langtidstrenden og forventningene er at den vil stige fremover i lys av den medisinske utviklingen, eldrebølgen og befolkningsveksten. Det er et mål å begrense bruken av intensivaktivitet, slik at klinikken har lagt inn en lavere veksttakt enn den generelle økningen på døgnvirksomhet. Ift respiratordøgn er det en ønsket utvikling å redusere bruken, slik at Akuttklinikken har ingen økning i planperioden på respiratordøgn.

Simuleringssenteret estimerer en økning på 2 % i antall simuleringer, som er noe over Oslo universitetssykehus sin generelle vekstøkning, for å ivareta forventede økte krav til simuleringstrening.

4. Bemanning for å ivareta aktiviteten 2020-2023

2018 Faktisk	B2019	B2020	B2021	B2022	B2023	2019- 2020	2020- 2021	2021- 2022	2022- 2023
1 818	1 828	1 842	1 854	1 867	1 878	1 %	1 %	1 %	1 %

Tabell 2: Brutto månedsverk i planperioden

Tabell 2 over viser bemanningsutviklingen i planperioden. Det er kun besluttede nye forhold (inkl hjerneslag – «en dør inn») inkludert, samt at bemanningen øker i tråd med estimert aktivitetsutvikling pr avdeling. Variabel lønn er dog estimert med en lavere veksttakt enn aktivitetsutviklingen, da variabel lønn påvirkes i tillegg av andre forhold (f.eks. sykefravær) som ikke forventes å vokse like mye som aktiviteten.

Tabell 2 over viser bemanningstall før og etter tiltak. Prosentvis bemanningsvekst fra 2019 til 2020 er på 1,8 % før tiltak og 0,9 % etter tiltak, og er inkludert gjenværende helårseffekt av oppbemanning i forbindelse med hjerneslag – «en dør inn». Bemanningsøkning fra 2019 til 2023 er på 6,6 % før tiltak og 3,4 % etter tiltak. Bemanningen tar utgangspunkt i budsjetterte årsverk 2019, men klinikkens prognose tilsier at Akuttklinikken vil ligge vesentlig over dette i 2019. For å dekke opp prognostisert underskudd i 2019 og krav om 2 % effektivisering per år i planperioden, må bemanningen reduseres med 8,8 % fra faktisk nivå i 2019 til 2023. Klinikkens DRG-aktivitet utgjør kun en brøkdel av klinikkens aktivitet slik at Akuttklinikken kan ikke innfri effektiviseringskravet ved å øke DRG-produksjon.

5. Forbedret drift (ifht tiltaksområder 2020-2023)

Felles tiltaks type	mill kr				2020-2023	2020-2023	2020-2023
	mill kr 2020	2021	2022	2023	(i mill kr)	(ibmv)	(DRG)
Operasjoner	0	0	0	0	0	0	71
Poliklinikk	0	0	0	0	0	0	16
Bemanningsstyring	17	11	9	10	47	48	0
Andre tiltak	1	0	0	0	1	0	0
Totalsum	18	11	9	10	48	48	87

Tabell 3: Tiltak

Lønn og innleie står for til sammen hele 88 % av klinikkens kostnader. Akuttklinikkenes forbedringsprogram har derfor som hovedfokus å se på tiltak som kan redusere og/eller bedre utnytte disse bemanningskostnadene. I tillegg ser Akuttklinikken på tiltak på optimalisering av pasient- og informasjonsflyt for bl.a. reduksjon av liggetid og mindre sløsing av medarbeidernes tidsbruk.

Klinikkene er blitt bedt om å planlegge med en årlig effektivisering på 2 % av budsjett 2019 i plantallperioden. Akuttklinikken skiller seg fra de somatiske klinikkene, ved at klinikken i liten grad blir kreditert DRG-poeng for sin aktivitet. Akuttklinikken skal bidra til at de andre klinikkene oppnår sine måltall på DRG-poeng for dag- og døgnbehandling, som utgjør en økning på ca. 1,2 % årlig i gjennomsnitt for Oslo universitetssykehus i planperioden 2020-2023. Dersom Akuttklinikken klarer å bidra til årlig aktivitetsøkning på 1,2 % for sykehuset uten bemanningsøkning, samt reduserer kostnadene med 0,8 % p.a., mener klinikken at den har oppnådd effektiviseringskravet på 2 %. For å tallfeste hva disse 1,2 % i aktivitetsøkning utgjør for klinikken, legger Akuttklinikken det sammen med de 0,8 % i kostnadsreduksjon, og ser det i forhold til klinikkens budsjettramme. For å kunne sammenstille dette effektiviseringskravet med tiltakene, tallfester klinikken tiltak med effekt av å ikke øke bemanningen tilsvarende som aktivitetsøkningen (tiltak som kommer i kategorien «Arbeidsproduktivitet» nedenfor).

Budsjettrammen for 2019 utgjør 1 700 millioner kroner (eksklusiv øremerkede midler og pensjon), slik at 2 % effektivisering utgjør 34 millioner kroner. Samlede estimerte tiltak i 2020 er 18 millioner kroner, slik at klinikken har for tiden ikke tilstrekkelig tiltak i forhold til effektiviseringskravet.

Hovedtiltak

Klinikkens tiltak i planperioden kan deles i følgende tre hovedkategorier:

1. Arbeidsproduktivitet

Håndtere aktivitetsvekst med en lavere økning i bemanning enn veksttakten for aktivitet. Akuttklinikken estimerer en arbeidsproduktivitet slik at klinikken kun trenger å ha en bemanningsøkning på halvparten av aktivitetsveksten. Dette tiltaket utgjør ca. 11 årsverk og 9 millioner kroner i nye innsparinger pr år.

2. Avdelingsvis tiltak

Lokale innsparingsmuligheter avdelingene kan realisere selv. Avdelingene melder om samlede tiltak som vil ha helårseffekt i slutten av planperioden på rundt 2 årsverk og 4 millioner kroner.

3. Forbedringsprogram

Avdelingene klarer ikke å finne nok innsparinger alene, slik at klinikken har et forbedringsprogram som ser på tvers av avdelinger og klinikker for å identifisere og implementere nye tiltak. I 2020 estimerer Akuttklinikken at forbedringsprogrammet vil gi en samlet innsparing på 7 millioner kroner og 1 årsverk. Årsverkseffekten er liten da hoved innsparingene i 2020 vil være reduksjon av innleie fra vikarbyrå.

Inn mot budsjett 2020 vil hovedtilnærmingene til tiltaksarbeidet være reduksjon i innleie fra vikarbyrå og bidra til økt aktivitet for sykehuset med lavere bemanningsøkning enn aktivitetsveksten. Klinikken og sykehuset er i en kritisk situasjon med mangel på operasjonssykepleiere. Dette er en stor trussel i forhold til å kun opprettholde dagens operasjonsaktivitet.

Forslag til løsninger

Klinikken og sykehuset jobber med å se på ulike løsninger:

- Oppgaveglidning, samhandling (team arbeid), bemanningsnormering er kritisk
- Rekruttere til og utdanne i effektive utdanningsløp med tilstrekkelig kapasitet i høyskole/universitet
- Gjennomgang av operasjonsprogram som ikke trenger ordinær operasjonssykepleie-bemanning til dagkirurgi /poliklinikk (enten færre operasjonssykepleiere (<2 per stue) eller lavere kompetansekrav (sykepleiere uten spesialutdanning)
- Flytte kirurgi ut av Oslo universitetssykehus og til andre helseforetak og/eller private aktører
- Knappe ressurser må også deles på tvers av klinikken, alternativt organiseres i samme avdeling
- Utpeke ledere av operasjonsenhetene og etablere mer moderne operasjonsstyringsverktøy for å øke effektiviteten i gjennomføringene av operasjonsprogrammene

Klinikkens strategi for effektivisering for årene 2021-2023 vil være å ha høy arbeidsproduktivitet, dvs. å ha lavere bemanningsøkning enn aktivitetsveksten. I tillegg vil forbedringsprogrammet jobbe med strukturelle kostnadsbesparende løsninger.

1. Konsekvens av vedtatte beslutninger i 2019

- Overføring av Glåmdalen i 2019 med 11/12 måneder og 1/12 effekt overheng i 2020. I tillegg er det identifisert vesentlige oppstartskostnader (utbedringer og tilpasninger) på inntil 2 millioner. Forventet høyere driftskostnad enn overført ramme i 2019 utover oppstartskostnader (jfr. kostnadsnivå 2018 for Sykehuset Innlandet).
- Pasientreiser HF planlegger piloterer av planleggingssystem (Trapeze) i Midt-Norge høsten 2019. Det knytter seg stor usikkerhet til funksjonaliteten til systemet og derfor effekten av det.
- Transcare TMS, et egenutviklet system i samarbeid med Locus for bedre styring av timesbilparken vil sannsynlighet redusere kostnader. Forventet effekt Q4 2019.
- Et etablert system for bedre ressursstyring og optimal utnyttelse av ambulanseressurser
- Bemanningspool for ambulanse er startet med en forventet effekt på forbruk av mertid/overtid. Tiltaket vurderes fortløpende med intensjon om utvidelse gitt positiv utvikling.
- Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral har satt i gang tiltak for bedre bemanningsplanlegging og rekruttering
- Ny kontrakt ved den nasjonale luftambulansetjeneste medfører opplæring og utløser ikke budsjetterte kostnader (0,5 millioner forventet kostnad 2019)
- Prosjekt «En dør inn» er det beregnet et behov for 0,75 døgnbil. Hvis det realiseres, vil det utløse en kostnad på 6 millioner i 2019 og en helårseffekt på 9 millioner fra 2020.
- Aktivitetsøkningen er en vedvarende gjenstand for den totale ressursforvaltningen i klinikken på tvers av avdelingene

2. Resultater 2018 og budsjett 2019

Prehospital klinikk hadde høy bruk av variabel lønn gjennom året knyttet til økt aktivitet og spesielt i helgene. Samtidig skaper den økte aktiviteten en tilnærmet systematisk forekomst av overtid opp mot tidspunkt for avtalt vaktavløsning. Samtidig økning av vedlikeholdskostnadene i tjenesten forsterket avviket. Engangseffekter i 2018 på Pasientreiser vedrørende avklarte fakturatrekk fra tidligere år har bidratt til å redusere avviket. I tillegg bidro ny kontrakt for Pasientreiser til reduserte priser per transport. Luftambulansetjenesten driftet i balanse i 2018.

Prognosevurdering økonomi, bemanning aktivitet og tiltak 2019

Klinikken har mål om å gå i balanse i 2019. Dette utfordres av ikke budsjetterte kostnader knyttet til oppstart av området Glåmdalen og den årlige økningen i aktivitet knyttet til nødmeldetjenesten og bilambulansetjenesten spesielt. Oppstart av ny av kontrakt på flyambulanse vil bidra med oppstartskostnader i 2019

3. Aktivitetsutvikling 2020-2023

Klinikken er rammefinansiert. Dette medfører at økt aktivitet påvirker kostnadene direkte. Lengre og komplekse transporttider medfører beredskapslekkasje og utfordrer kapasiteten.

Klinikken fokuserer på en effektivisering av driften ved å differensiere servicetilbudet, økt bruk av kommunikasjonsteknologi og en utvidet bruk av driftsdata.

Eksempler (gjelder alle avdelinger):

- Oppgavedelingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, inklusive legevakt.
- Sentralisering av store og viktig behandlingssløyfer medfører økt transportbehov.
- Kortere behandlingstid i sykehus
- Tilbakeføringer fra akuttmottaket på Ullevål, Akershus universitetssykehus og Sykehuset Østfold Kalnes.

Vekstområde	Vekst i prosent fra foregående år				
	2019	2020	2021	2022	2023
Pasientreiser	5-6 %	3 %	3 %	3 %	3 %
Ambulansetjenesten	6-7 %	3 %	3 %	3 %	3 %
Akuttmedisinsk kommunikasjonssentral	6-7 %	3 %	3 %	3 %	3 %

Tabell 1: Aktivitetsutvikling (2019 tallene inkluderer vekst som følge av at overtakelse av Glåmdalen).

Fra 2020 forventes vekst tilsvarende gjennomsnittet for tidligere år. Vekstraten ligger over tilsvarende for sykehuset forøvrig.

De viktigste tiltakene i planperioden for å håndtere veksten er:

1. Utnytte stordriftsfordeler ytterligere
2. Forsterke differensiering av produksjonen
3. Påvirke og endre rekvirentadferden
4. Styrke operativ samhandling med kommunehelsetjenesten.

Dette krever innsats knyttet til både å etablere, innhente, analysere og anvende driftsdata til virksomhetsstyring. Klinikken har startet arbeidet som vil kreve tid og ressurser:

- Konkretisere en kvalitativ analyse av oppdragsmengden med sikte på bedre prioritering og differensiering av tjenestens ressurser
- Identifikasjon av «hyppige brukere» med sikte på kategorisering, tilrettelegging av tilbud og andre understøttende tiltak
- Sterkere involvering av legefaglig kompetanse i Akuttmedisinsk kommunikasjonssentral med sikte på klinisk beslutningsstøtte og prioritering
- Utvidet bruk av syketransport til inndekning av oppdrag som ikke krever ambulanse
- Vurdere oppstart av taxi med komfortstoler og medisinsk ledsager. Et samarbeid mellom Ambulanse, Akuttmedisinsk kommunikasjonssentral og Pasientreiser
- Bedre ressursutnyttelse av personell i Prehospital klinikk
- Samhandlingsprosjekter med kommunene/legevaktene og samarbeidende helseforetak
- Korrigere eventuelle forskjeller i forståelse og grunnlag for rekvirering av ambulanse
- Utarbeide avtaler om lokal helseberedskap mellom Prehospital klinikk og de enkelte kommunene i dekningsområdet

4. Bemanning for å ivareta aktiviteten 2020-2023

2018 Faktisk	B2019	B2020	B2021	B2022	B2023	2019- 2020	2020- 2021	2021- 2022	2022- 2023
808	874	898	910	922	934	3 %	1 %	1 %	1 %

Tabell 2: Brutto månedsverk 2020-2023

Forventet bemanning for klinikken i perioden for å klare aktiviteten. Justert for overheng i 2020 og behov for en årlig økning tilsvarende 12 årsverk for å imøtekomme veksten. Det er tatt høyde for at stordriftsfordeler kan løse denne veksten uten tilsvarende økning i bemanning.

5. Forbedret drift (ifht tiltaksområder 2020-2023)

Felles tiltaks type	mill kr 2020	mill kr 2021	mill kr 2022	mill kr 2023	2020-2023 (i mill kr)	2020-2023 (ibmv)	2020-2023 (DRG)
Bemanningsstyring	12	12	12	12	48	48	
Effekt nye IKT-systemer	9	9	9	9	36	0	
Andre tiltak					0	0	0
Totalsum	21	21	21	21	84	48	0

Tabell 3: Tiltaksområder 2020-2023

Krav om 2 % av rammen i 2019 tilsvarende ca. 21 millioner i reduserte kostnader årlig. Ut i fra klinikkens forventninger til økning i aktivitet legges det til grunn at noe av forventningen kan løses ved å bufre deler av veksten uten en tilsvarende økt ressursbruk.

Kortsiktig strategi for budsjett 2020

- Realisere arealplan ambulanse
- Utrede ny Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral sentral
- Bedre ressursutnyttelse i Prehospital klinikk på bemanningssiden
- Utvidelse av bemanningspool
- Helårseffekt innføring Transcare TMS

Langsiktig strategi for planperioden 2021-2023

Avhengig av regionale av nasjonale prosesser:

- Prehospital elektronisk pasientjournal (EPJ) 2019/2020
- Robust mobilt helsenett 2019
- Nasjonal IKT (NIKT) 2021
- Realisert ny sentral for Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral
- Realisert Arealplan ambulanse

1. Konsekvens av vedtatte beslutninger i 2019

Klinikk for laboratoriemedisin (KLM) er involvert i 2 vedtatte satsinger i Oslo universitetssykehus HF som vil få overhengseffekter til 2020. Den første vedtatte satsingen er implementering av regional funksjon for primærscreening av HPV (humant papillomavirus). Klinikken fikk i 2019 midler til 3 årsverk for å forberede implementeringen. Det er fremdeles usikkerhet rundt hvilket volum av analyser som vil bli gitt til Oslo universitetssykehus HF. Foreløpig anslag viser et volum på opp mot 50.000.

For å håndtere denne aktiviteten må bemanning øke med ytterligere 6 årsverk i 2020. Det vil være knyttet polikliniske inntekter til aktiviteten som i hovedsak vil finansiere behovet for bemanning. Den andre vedtatte satsingen er endring i slagsløyfen – «En dør inn». I 2019 er det bevilget 0,9 millioner kroner til dette (1 årsverk + varekostnader). Siden det er usikkerhet knyttet til endring i volum av pasienter er klinikken bedt om å avvente ansettelse av 1 årsverk, dette mener vi bør innvilges senest i 2020 dersom aktiviteten blir som tidligere forutsatt.

Klinikkens forbedringsprogram har vedtatt 18 prosjekter som delvis har beregnet sitt gevinstpotensial. Dette potensialet er ikke tatt med i tabellen ovenfor, men vil bli omtalt under pkt 5. Forbedret drift og strategi for å gjennomføre årlig effektivisering tilsvarende 2 %.

2. Resultater 2018 og budsjett 2019

Klinikken leverte i 2018 et positivt resultat på 6,9 millioner kroner. Overordnet er forklaringen at aktivitetsveksten ble høyere enn budsjettet. På grunn av usikkerhet knyttet til hvordan implementeringen av det nye polikliniske finansieringssystemet for laboratorievirksomhet ville påvirke inntektsnivået, ble det ikke budsjettet med aktivitetsvekst for perioden. I resultatet synliggjøres dette med høyere inntekter enn budsjettet, samt høyere varekostnader. Lønnskostnadene ble som budsjettet.

Klinikken har en prognose for 2019 i balanse. Det er lagt opp til en poliklinisk aktivitetsvekst på minimum 3 % basert på historikk og forventning om videre vekst for laboratorieundersøkelser. For 2019 har ikke klinikken fått anledning til å øke bemanning utover satsingsområdene under pkt 2. Med høy aktivitetsvekst over flere år, er det nå et stort press på både legerressurser og diagnostisk personell i enkelte avdelinger. Selv med tiltak er det med videre aktivitetsvekst høy risiko for at klinikken ikke kan holde seg innenfor budsjetterte brutto årsverk på 1359. Risikoen kan reduseres med en del målrettede investeringer i medisinskteknisk utstyr (MTU), areal og informasjonsteknologi (IKT), men dette ligger utenfor klinikkens kontroll. I ordinær drift har klinikken en tiltakspakke på 30 millioner kroner (33,6 inkl. Avdeling for rettsmedisin). Dersom enkelte tiltak ikke kan gjennomføres, vil det jobbes med kompenserende tiltak.

Klinikken vil nevne at det er risikofaktorer ved den økonomiske prognosen for 2019. Innføring av poliklinisk gjestepasientoppgjør kan gi utslag som vi på nåværende tidspunkt ikke kan forutse. På den ene siden er det ikke lagt inn en forutsetning om aktivitetsvekst på disse inntektene. Dersom veksten blir 3 % som forutsatt for øvrig aktivitet, vil inntektene bli høyere enn budsjettet. På den andre siden kan tydeliggjøring av gjestepasientoppgjøret for andre HF føre til at aktivitet i Oslo universitetssykehus HF reduseres og tas opp i andre HF. Dette vil antakelig ikke få større utslag i 2019, men kan være en betydelig risiko for resten av planperioden.

3. Aktivitetsutvikling 2020-2023

Avdeling	Aktivitet	Vekst i prosent fra foregående år			
		2020	2021	2022	2023
Medisinsk genetik (AMG)	Inneliggende aktivitet	10,0 %	10,0 %	10,0 %	10,0 %
	Poliklinisk aktivitet	8,0 %	8,0 %	8,0 %	8,0 %
Farmakologi (FAR)	Inneliggende aktivitet	5,0 %	5,0 %	5,0 %	5,0 %
	Poliklinisk aktivitet	5,0 %	5,0 %	5,0 %	5,0 %
Immunologi og transfusjonsmedisin (IMM)	Inneliggende aktivitet	3,0 %	3,0 %	3,0 %	3,0 %
	Poliklinisk aktivitet	3,0 %	3,0 %	3,0 %	3,0 %
Medisinsk biokjemi (MBK)	Inneliggende aktivitet	2,0 %	2,0 %	2,0 %	2,0 %
	Poliklinisk aktivitet	4,0 %	4,0 %	4,0 %	4,0 %
Mikrobiologisk (MIK)	Inneliggende aktivitet	2,0 %	2,0 %	2,0 %	2,0 %
	Poliklinisk aktivitet	2,0 %	2,0 %	2,0 %	2,0 %
Patologi (PAT)	Inneliggende aktivitet	3,0 %	3,0 %	3,0 %	3,0 %
	Poliklinisk aktivitet	5,0 %	5,0 %	5,0 %	5,0 %
Rettsmedisinske fag (RMF)	Inneliggende aktivitet	1,0 %	1,0 %	1,0 %	1,0 %
	Poliklinisk aktivitet	1,0 %	1,0 %	1,0 %	1,0 %
Vektet aktivitet	Inneliggende aktivitet	2,0 %	2,0 %	2,0 %	2,0 %
	Poliklinisk aktivitet	5,0 %	5,0 %	5,0 %	5,0 %

Tabell 3: Aktivitetsutvikling 2020-2023

Antall analyser i Klinikk for laboratoriemedisin vokser generelt mer enn sykehusets DRG vekst og vekstanslaget for planperioden reflekterer dette. Bildet er litt variert mellom avdelingene med tanke på om økningen er knyttet til inneliggende eller poliklinikk, men trenden er at inneliggende aktivitet øker mindre enn poliklinisk aktivitet.

Avdeling for medisinsk genetik (AMG) – Avdelingen har hatt en årlig aktivitetsvekst på 9 % de siste årene. Det forventes en årlig økning i samme størrelsesorden de neste 5 årene blant annet som følge av implementering av persontilpasset medisin. På grunn av økt etterspørsel etter gentester for inneliggende kritisk syke nyfødte forventes det at økningen vil bli litt høyere for inneliggende aktivitet i Oslo universitetssykehus HF enn poliklinisk aktivitet. Poliklinisk aktivitet står imidlertid for ca. 95 % av total aktivitet.

Avdeling for farmakologi (FAR) – Avdelingen håper å sette i gang et samarbeidsprosjekt med Avdeling for rettsmedisin for å etablere analyser knyttet til psykoaktive stoffer samt etablering av psykofarmaka analyser i samarbeid med Klinikk for psykisk helse og avhengighet. Dette vil gi betydelig aktivitetsvekst i planperioden. Aktivitetsveksten vil gi økte inntekter i form av Helfo-refusjoner. Dersom de to nevnte prosjektene ikke settes i gang, er forventningen at årlig aktivitetsvekst er på ca. 1 %.

Avdeling for immunologi og transfusjonsmedisin (IMM) – Avdelingen har i snitt hatt en årlig aktivitetsvekst på 3 % og forventer samme utvikling i planperioden.

Avdeling for medisinsk biokjemi (MBK) – Avdelingen forventer i snitt 4 % økning i poliklinisk aktivitet per år fra 2020. Økning begrunnes i avdelingens arbeid med å sette opp etterspurte analyser. Spesielt knytter dette seg til etablering av enkle genetiske analyser, økt etterspørsel etter biologiske legemiddelanalyser, høyere antall prosjektprøver samt økt omfang av analyser for primærhelsetjenesten.

Avdeling for mikrobiologi (MIK) – Avdelingen har i snitt hatt en årlig aktivitetsvekst på 2 % og forventer samme utvikling i planperioden.

Avdeling for patologi (PAT) – Avdelingen har hatt en årlig aktivitetsvekst på mellom 4 % de siste årene. Det er utfordrende å telle aktivitet på fagområdet, og det vil i 2019/2020 bli innført nytt kodeverk som bør gjøre dette enklere. Hovedutfordringen er å vise at kompleksiteten ved hver prøve øker. I planperioden vil avdelingen overta regionsansvar for HPV-testing og utvide analysetilbud for molekylær patologi. Dette vil øke aktivitet utover 5 % i planperioden.

Avdeling for rettsmedisin (RMF) – Avdelingen forventer 1 % årlig aktivitetsvekst i planperioden, i tråd med antatt aktivitetsvekst hos sine oppdragsgivere. Aktiviteten er primært styrt av kriminalitetsutvikling og i liten grad av helseutfordringer.

4. Bemanning for å ivareta aktiviteten 2020-2023

2018 Faktisk	B2019	B2020	B2021	B2022	B2023	2019- 2020	2020- 2021	2021- 2022	2022- 2023
1 337	1 360	1 407	1 421	1 435	1 450	3 %	1 %	1 %	1 %

Tabell 2: Bemanningsutvikling 2020-2023

Alle avdelinger melder om stort press på bemanning og klinikken melder et minimumsbehov på 1 % av nåværende brutto årsverk hvert år i planperioden knyttet til aktivitetsvekst og utvidelse av diagnostikk. Investeringer i areal, IKT og MTU vil gi effektiviseringsgevinster som vil kunne redusere behovet for slik bemanningsøkning. I tillegg kommer effekter av tiltak for å redusere overforbruk og feil bruk av laboratediagnostikk. Vekstanslagene for aktiviteten er betydelig høyere og differansen er et uttrykk for øvrig gevinstrealisering. Arbeidsproduktiviteten er og har vært svært god siste 2 år da bemanning ikke har økt, mens aktiviteten i snitt har økt med ca. 5 % årlig.

Det er særskilte behov knyttet til noen aktiviteter i klinikken. Avdeling for mikrobiologi har fått innvilget referansefunksjon i parasittologi og må øke kapasitet med 1,5 årsverk. Implementeringen av HPV-testing i primærscreeningen, omtalt i pkt. 1, krever økt bemanning i 2020. Tarmskreeningsprogrammet vil utløse økt bemanningsbehov innen patologi og medisinsk biokjemi.

Videre mener klinikken at Oslo universitetssykehus HF må prioritere å utvide kapasitet og tilbud knyttet til infeksjonsdiagnostikken. Dette er særlig knyttet til kapasitet ved infeksjonsutbrudd og akseptable svartider. Utvidelse av åpningstider på Rikshospitalet for denne diagnostikken er nødvendig for tilstrekkelig service til klinikerne. Innenfor kapasitet til medfødte metabolske sykdommer har det vært stor vekst og økende etterspørsel etter utvidet analysetilbud. Området må styrkes med bemanning for å gi tilstrekkelige tjenester.

Det siste punktet klinikken vil fremheve er det økende behovet for IKT/bioinformatikere. Oppgavene knyttet til IKT er krevende og vokser. Blant annet knytter dette seg til testing og integrasjon til stadig økende kliniske systemer i Oslo universitetssykehus HF, GDPR, meldingsovervåking, utvidet bruk av Unilab til andre klinikker og økt bidrag til regionale prosjekter.

5. Forbedret drift (ifht tiltaksområder 2020-2023)

Felles tiltaks type	mill kr				2020-2023 (i mill kr)	2020-2023 (ibmv)	2020-2023 (DRG)
	mill kr 2020	2021	2022	2023			
Bemanningsstyring	3	2	2	2	9	0	0
Effekt nye IKT-systemer	1	4	4	12	22	0	0
Innkjøp	7	7	7	7	28	0	0
Andre tiltak	23	22	20	20	83	0	0
Totalsum	33	35	33	41	141	0	0

Tabell 3: Tiltaksområder 2020-2023

Krav om 2 % effektivisering årlig tilsvarer ca. 30 millioner kroner for Klinikk for laboratoriemedisin. Klinikken jobber med ulike arbeidsområder der ambisjonsnivået er å identifisere tiltak tilsvarende dette nivået årlig i perioden 2020-2023.

Ressursene i spesialisthelsetjenesten må i større grad styres etter samlet verdiskaping for pasienten. God laboratediagnostikk og forskning er avgjørende for å sikre god pasientbehandling av alle pasientgrupper, og avdelingene i Klinikk for laboratoriemedisin bidrar med dette inn i alle pasientforløp. Mer presis behandling gir mer verdi tilført pasienten i form av bedre prognose, høyere funksjonsnivå og mindre komplikasjoner/bivirkninger/senskader. Mindre forbruk av ressurser på behandling som ikke virker gir bedre samfunnsøkonomi. Likeledes er god rettsmedisinsk diagnostikk avgjørende for effektive og retts sikre prosesser i justissektoren.

Klinikkens virksomhet påvirkes av samfunnsutvikling og demografi samt av fag- og teknologiutvikling. Den viktigste forutsetningen for effektiv drift i planperioden er at det investeres i hensiktsmessig MTU, IKT og areal. Investeringer og satsingsområder må sees i sammenheng. Spesielt vil investeringer som muliggjør geografisk samling av virksomhet ha stor betydning både for effektivitet og kostnadsnivå. I planperioden skal en del aktivitet flyttes mellom arealer, for eksempel forskningsaktivitet til Sintef, og rettsmedisinske tjenester må ut av eksisterende leide lokaler i NEMKO.

I arbeidet med klinikkens forbedringsprogram er det vedtatt 18 prosjekter som vil fortsette i 2020-2021, samt at det vil bli arbeidet frem ytterligere forbedringsprosjekter. I hovedsak knytter forbedringsprogrammet seg til 7 arbeidsområder. For de 7 arbeidsområdene har klinikken og styringsgruppen diskutert seg frem til et ambisjonsnivå for gevinstrealisering:

- Arbeidsområde IKT – hovedprosjektet på dette området er konsolidering og oppgradering LIMS. **Ambisjonsmål for effektivisering er satt til 3 % av kostnadsbasen som berøres av konsolideringen** og fordeles over planperioden med hoveduttak i 2023 dersom vedtak gjøres i 2019. For øvrige IKT prosjekter settes det et ambisjonsnivå for effektivisering på 10-20 % av investeringskostnaden.
- Arbeidsområde Eksterne tjenester og samhandling – gevinster er identifisert i prosjektene og vil ha effekter i 2019 og 2020.
- Arbeidsområde Areal, metodikk og utstyr – i tillegg til gevinster identifisert i pågående prosjekter har klinikken satt et overordnet **ambisjonsmål for effektivisering på dette området til 10-20 % av investeringsbeløpene som årlig tildeles klinikken**. For eksempel har det i snitt blitt investert 70 millioner kroner i MTU i klinikken siste 3 år. Ved antakelse om at nivået opprettholdes bør det være mulig å hente ut gevinster på mellom 7 og 14 millioner kroner hvert år.

- Arbeidsområde Ressursstyring – **årlig ambisjonsmål for effektivisering på 0,2 % av lønnsmasse i klinikken.** Arbeidsområdet vil kun ha kapasitet til å håndtere 1-3 prosjekter i enheter/seksjoner hvert år.
- Arbeidsområde Nettverk for kontinuerlig forbedring – **ambisjonsmål for effektivisering på 5 % av totalkostnad på aktuelle seksjoner/enheter.** Nettverket vil kun ha kapasitet til å håndtere 1-3 prosjekter hvert år.
- Arbeidsområde Innkjøp – **årlig ambisjonsmål for effektivisering på 2 % av klinikkens totale varekostnader.**
- Arbeidsområde Samhandling og rett bruk av Klinikk for laboratoriemedisins tjenester – arbeidsområdet jobber primært med riktig rekvireringspraksis og bredding av pop-ups i DIPS for å redusere unødvendig rekvirering. **Årlig ambisjonsnivå for effektivisering på 1 % av klinikkens totale varekostnader.**

Effekter av teknologiutvikling og investeringer vil ha positive effekter på driftsøkonomien både på kort og lang sikt. En av hovedårsakene til at klinikken har klart effektiviseringskrav og aktivitetskrav de siste årene er bl.a. grunnet bedre utnyttelse av ressursene ved utskifting av MTU. Konsolidering av laboratorieinformasjonssystemene (LIMS) vil være en svært viktig forutsetning for at klinikken skal fortsette å ta ut effektiviseringsgevinster og samordne virksomhet før de regionale løsningene er på plass. Det vil også være avgjørende for å forberede avdelingene på en organisering og arbeidsdeling tilpasset planene for «Nye Oslo universitetssykehus HF». Klinikken vil fortsette arbeidet med å bygge systemer for riktig bruk av laboratorieanalyser. Funksjonen for pop-up vinduer i DIPS kan breddes og alle fagfelt må ha en gjennomgang av analysepakker med sine kliniske rekvirenter.

I hovedsak vil klinikkens strategi for å hente ut effektiviseringseffekter på 2 % årlig gå ut på å håndtere aktivitetsvekst uten tilsvarende vekst i bemanning og klinikkens forbedringsprogram skal være med på å legge til rette for dette.

1. Konsekvens av vedtatte beslutninger i 2019

Klinikk for radiologi og nukleærmedisin har en sentral rolle innen diagnostikk og behandling. De somatiske klinikkene er premissgiverne for etterspørsel etter bildediagnostiske tjenester og klinikkene er derfor de som i størst grad påvirker etterspørselen. For å kunne påvirke og få informasjon om endringer har klinikken etablert brukermøter. Generelt øker etterspørselen etter bildediagnostiske tjenester som følge av ny og mer moderne behandling, nye teknologiske muligheter, økt overlevelse, krav til raskere utredning (gjerne parallell CT, MR og ultralyd, flere multidisiplinære møter) og flere pakkeforløp. I tillegg øker antall undersøkelser per henvisning og antall bilder per undersøkelsen, som gjør at bruk av legetid per undersøkelse øker.

For å kunne håndtere økt aktivitet og ny behandling på Ullevål knyttet endringen i organiseringen av slagbehandlingen i Oslo har klinikken fått styrket bemanningen.

2. Resultater 2018 og budsjett 2019

Det største tiltaket i 2018 var knyttet til nye PET/CT- skannere. Før vi kjøpte nye skannere i 2017 leide klinikken relativt dyrt.

Klinikk for radiologi og nukleærmedisin har en nullprognose for økonomien i 2019. Klinikken vil ha lavere tiltaksoppnåelse enn tidligere grunnet forsinket gjennomføring av anbudsprosessen knyttet til nevrintervensjonsutstyr. Klinikken jobber stadig med å bedre avtaledekningen innenfor innkjøp. I 2019 kommer klinikken til å bruke mange årsverk i RIS/PACS prosjektet. Mange av disse årsverkene vil bli finansiert av klinikkens budsjett på bekostning av annen aktivitet siden prosjektet ikke er fullfinansiert.

3. Aktivitetsutvikling 2020-2023

Modalitet	Vekst i prosent fra foregående år			
	2020	2021	2022	2023
Angio	3,7 %	4,1 %	4,6 %	4,6 %
CT	4,2 %	3,6 %	3,6 %	4,3 %
MG	2,3 %	3,6 %	3,6 %	3,5 %
MR	10,2 %	4,1 %	4,1 %	6,4 %
NM	2,0 %	2,0 %	2,0 %	2,0 %
PET	19,0 %	19,1 %	19,1 %	19,1 %
RG	0,9 %	1,1 %	1,1 %	1,8 %
UL	3,4 %	3,7 %	3,8 %	3,8 %
TS	-0,3 %	5,2 %	5,2 %	5,3 %
Vektet aktivitet	6,8 %	5,2 %	5,5 %	6,7 %

Tabell 1: Aktivitetsutvikling 2020-2023

Klinikken har estimert behovet for bildediagnostiske tjenester i planperioden. Utgangspunktet er befolkningsframskrivingen fra SSB vurdert særskilt med tanke på antall eldre og udekket behov i dag. Vekstbehovet fra 2019 til 2020 er estimert til 6,8 %. Det at veksten er større de første årene av planperioden kan forklares ved udekket behov innen MR. Behovet for vekst i hele planperioden estimeres til 24 %. Det er særlig innen modalitetene CT, MR og PET

klirikken forventer økning. Innen de tre modalitetene er 45 % av aktiviteten knyttet til pasienter eldre enn 60 år. Disse estimatene er et uttrykk for estimert behov og er ikke oppnåelig uten økt bemanning.

4. Bemanning for å ivareta aktiviteten 2020-2023

2018 Faktisk	B2019	B2020	B2021	B2022	B2023	2019-2020	2020-2021	2021-2022	2022-2023
796	802	829	852	876	910	3 %	3 %	3 %	4 %

Tabell 2: Brutto månedsverk 2020-2023

Klinikk for radiologi og nukleærmedisin har tatt utgangspunkt i estimert vekstbehov som grunnlag for bemanningsbehovet fratrukket effekter som følge av forbedringer. Fra 2019 til 2020 synliggjøres et behov på 27 stillinger som i hovedsak knytter seg til vekstbehov innen CT, MR og PET utover allerede nevnte bemanningsvekst knyttet til endring i organiseringen av slagbehandlingen. For hele perioden er det synliggjort et bemanningsbehov på 14 %.

Det jobbes kontinuerlig med å forbedre driften og så lenge estimert behov er høyere enn det dagens kapasitet håndterer, vil effektene bli synliggjort ved at bemanningen ikke øker så mye som det ellers hadde gjort. Av konkrete tiltak knyttet til bemanning vil talekjenning i Sectra og felles RIS/PACS være to aktuelle tiltak i planperioden.

5. Forbedret drift (tiltaksområder 2020-2023)

Felles tiltaks type	Tiltak type	mill kr 2020	mill kr 2021	mill kr 2022	mill kr 2023	2020-2023 (i mill kr)	2020-2023 (ibmv)
<input type="checkbox"/> Poliklinikk	Poliklinikk	1	1	1	1	2	0
<input type="checkbox"/> Bemanningsstyring	Bemanningsstyring	0	0	0	0	0	0
<input type="checkbox"/> Effekt nye IKT-systemer	Effekt nye IKT-systemer	1	1	2	0	4	5
<input type="checkbox"/> Andre tiltak	Andre tiltak	3	1	1	1	5	0
Totalsum		4	2	3	1	10	5

Tabell 3: Tiltaksområder 2020-2023

Klinikk for radiologi og nukleærmedisin var tidlig ute med å etablere forbedringsprogram. Hensikten med programmet var å bidra til bedret pasientsikkerhet og mer effektiv drift. I programporteføljen ligger blant annet områder som utrulling av timebok, standardisering av pasientforløp og etablering av brukermøter. I programmet har klinikken også inkludert harmonisering som er nødvendig før implementering av et nytt RIS/PACS system. Dette er et stort område som innebærer harmonisering av tekniske forhold som dataelementer og registerdata i to systemer. I dette arbeidet planlegger klinikken også harmonisering av protokoller innen billedtattning.. Dette er et veldig viktig, men tidkrevende arbeid som vil gå over flere år.

Et annet område som ligger under programmet er standardisering av pakke- og pasientforløp i sykehuset. I samarbeid med Kreftstyret ved Oslo universitetssykehus skal klinikken systematisere bildediagnostikkens plass i forløpet.

Kunstig intelligens (Artificial Intelligence, AI og KI) og andre beregningsmetoder basert på billeddata har et stort potensiale innenfor radiologi og nukleærmedisin. De har potensiale til å støtte mange trinn i arbeidsflyten; rekonstruksjon, prosessering, bildeanalyse, diagnosestøtte

med mere. I 2019 er det blitt etablert en ressursenhet for å fokusere på bruk av AI og andre bildeberegningsmetoder. I løpet av planperioden er det sannsynlig at det kommer funksjonalitet og programvare som kan brukes til klinisk bruk. Dette vil kunne bidra til effektivisering på sikt, men krever ekstra ressurser i oppstartsfasen.

Krav om 2 % av rammen i 2019 tilsvarer ca. 16 millioner kroner i effektivisering årlig. Klinikken planlegger å møte dette med økt aktivitet og tiltak tilsvarende 16 millioner kroner årlig i perioden 2020 – 2023.

1. Konsekvens av vedtatte beslutninger i 2019

Ingen særskilt kommentar.

2. Resultater 2018 og budsjett 2019

Økonomisk resultat var i balanse i 2018. Prognosevurdering for økonomi for 2019 er resultat i balanse. Dette forutsetter først og fremst at energikostnadene ikke utvikler seg vesentlig negativt. Oslo sykehusservice er av den oppfatning av at særskilt utvikling av energikostnader, enten det er positive eller negative, må Oslo universitetssykehus HF ha et felles eierskap til og ikke noe som kun skal håndteres av Oslo sykehusservice. Belastning bør fordeles.

Oslo sykehusservice har holdt av budsjettmidler til sentral buffer, men slik det ser ut nå vil denne bufferen bli fullt ut benyttet til økte kostnader til service og vedlikehold av økt og eldre park med medisinsk teknisk utstyr og eldre bygningsmasse, samt ikke aktiverbare kostnader ved tilrettelegging for nytt klinikk og protonbygg på Radiumhospitalet. Dette er økte kostnader som ikke lot seg prioritere ved fordeling av rammer i budsjettprosessen for 2019.

For øvrig er det en forutsetning at enhetene i Oslo sykehusservice klarer å gjennomføre sine budsjetter for øvrig ihht plan.

3. Aktivitetsutvikling 2020-2023

Aktivitetsutvikling av Oslo sykehusservice sine tjenester vil i hovedsak følge av sykehusets samlede aktivitetsutvikling.

4. Bemanning for å ivareta aktiviteten 2020-2023

2018 Faktisk	B2019	B2020	B2021	B2022	B2023	2019- 2020	2020- 2021	2021- 2022	2022- 2023
1 870	1 880	1 880	1 880	1 880	1 880	0 %	0 %	0 %	0 %

Tabell 1: Bemanningsutvikling 2020-2023

Med antatt aktivitetsvekst på om lag 2 %, og forutsetning om effektiviseringskrav på 2 % forventes Oslo sykehusservice sin samlede ressursbruk av årsverk til å være om lag uendret. Det er her ikke hensyntatt utfall av eventuelle in- eller out-sourcinger. Det er heller ikke hensyntatt eventuelle ønsker om endring i oppgavefordeling mellom klinikker og Oslo sykehusservice.

5. Forbedret drift (ifht tiltaksområder 2020-2023)

Felles tiltaks type	Tiltak type	mill kr 2020	mill kr 2021	mill kr 2022	mill kr 2023	2020-2023 (i mill kr)	2020-2023 (ibmv)	2020-2023 (DRG)
Andre tiltak	Anslag potensiale - in- eller out-sourcing av oppgaver	8	8	8	8	30	0	0
	Anslag potensiale - optimalisere oppgaver som skal utføres i egen regi	10	10	10	10	40	24	0
	Anslag potensiale - redusere omfang sortiment på leveranser fra OSS	3	3	3	3	10	4	0
	Anslag potensiale - redusere overforbruk av tjenester fra OSS - herunder arealer	5	5	5	5	20	12	0
	Anslag potensiale - utfasing av "gamle" oppgaver	5	5	5	5	20	12	0
Totalsum		30	30	30	30	120	52	0

Tabell 2: Tiltaksområder 2020-2023

Klinikkens strategi for å gjennomføre en årlig effektivisering tilsvarende 2 % av rammen for budsjett 2019, med hovedfokus på omstilling for budsjett 2020, jfr budsjettskriv men også 2021-2023.

Oslo sykehuservice tar utgangspunkt i at årlig effektiviseringskrav på 2 % innebærer om lag 30 millioner kroner per år, eller om lag 120 millioner kroner ned fra dagens nivå etter 4 år. Oslo sykehuservice forutsetter at Oslo sykehuservice som de øvrige klinikkene får mulighet til å løse deler av effektiviseringskravet med aktivitetsvekst uten tilsvarende vekst i ressursbruk. Det innebærer at Oslo sykehuservice får sin andel av kompensasjon for aktivitetsvekst.

Med teknologisk utvikling og nye muligheter er det naturlig at det årlig fremkommer ønsker om at sykehuset skal prioritere nye oppgaver. Ønskene kommer fra klinikkene, direktørens stab samt enheter i Oslo sykehuservice. Samtidig bør utvikling også gi muligheter til bortfall av tradisjonelle oppgaver eller måten de utføres på. Sykehuset og Oslo sykehuservice bør gå igjennom hvilke oppgaver som i dag leveres gjennom Oslo sykehuservice, og om det er noen av disse som kan og/eller bør fases ut.

Der hvor oppgaver skal utføres gjennom Oslo sykehuservice så må Oslo sykehuservice sikre at de utføres mest mulig effektivt og innenfor rammer Oslo sykehuservice har.

Sykehuset har ikke lenger kostnader knyttet til merverdiavgift ved kjøp av tjenester fra eksterne leverandører, og sykehuset står slik sett friere til å velge om tjenester skal utføres av egne ressurser eller av andre. Oslo sykehuservice vil vurdere om andre kan levere tjenester bedre og/eller rimeligere enn Oslo sykehuservice får til selv i dag, men også vurdere om det er oppgaver andre leverer i dag som Oslo sykehuservice kan levere bedre og/eller rimeligere i egen regi. Vakt og sikkerhet er et eksempel på en tjeneste som Oslo sykehuservice anbefaler at settes ut til andre leverandører, mens lønn- og personaltjenester er en tjeneste Oslo sykehuservice mener Oslo sykehuservice selv kan gjøre rimeligere. Alle oppgaver Oslo sykehuservice i dag kjøper eksternt eller leverer selv kan vurderes om utføres av den mest egnede.

For lønns- og personaltjenester som i dag utføres av Sykehuspartner HF er det for 2020 aktuelt å utføre en pilot før eventuell full implementering i perioden 2021-2023.

Der hvor Oslo sykehuservice skal benytte egne ressurser til tjeneste leveranse må Oslo sykehuservice sine enheter sørge for å optimalisere sin produksjon og tjenesteleveranse innenfor de begrensninger de har med tanke på utstyr, lokaler og tilgjengelige

investeringsmidler. Dette gjelder administrative tjenester, matproduksjon, portøroppdrag, renhold, serviceutførelse, etc.

Oslo sykehusservice kan også bidra til at sykehuset unngår overforbruk av varer, tjenester og infrastruktur. De regionale helseforetakene er blitt bedt om å se på en husleiemodell felles for alle HF, og hvor Helse-Vest er bedt om å lede arbeidet.

Internfakturering av tjenester som pasient mat og portøroppdrag kan også vurderes. Modell for finansiering av service og vedlikehold av Medisinsk teknisk utstyr kan vurderes.

Omfang av sortiment av tjenester og produkter kan vurderes. Matvarer og måltider er et eksempel hvor kjøkkenet i utgangspunktet har et begrenset sortiment men hvor mottagere kan ha forventninger ut over sortimentet som tilbys.

Vi vil også vurdere andre områder hvor gevinsten i hovedsak ligger hos klinikkene:

- Partnerskapsmodeller mellom Oslo universitetssykehus HF og leverandør innen medisinsk teknisk utstyr kan være aktuelt. Her vil besparelsen i hovedsak ligge til klinikk ikke Oslo sykehusservice.
- Tilførsel av ressurser til arbeidsmiljøavdelingen til ressurser knyttet mot fravær kan gi gevinster i klinikkene.
- Tilførsel av ressurser i form av hygiesykepleiere til avdeling for smittevern vil gi betydelige økonomiske gevinster for klinikkens pasientbehandling ved å redusere infeksjoner, men det er vanskelig å måle.



Områdeplan BYGG ved OUS HF 2020 - 2023



1. INNLEDNING

Oslo Universitetssykehus HF (OUS) har et samlet areal til pasientbehandling på vel 900 000 kvm fordelt på mer enn 40 adresser (nesten 1 mill kvm totalt). Hoveddelen av virksomheten er samlet på Gaustad, Ullevål, Radiumhospitalet og Aker. Mye av virksomheten foregår i gamle og uhensiktsmessige bygg. Med unntak av Rikshospitalet, har bygningsmassen i OUS en snittalder på 60 år, som er 20 år høyere enn gjennomsnittet for norske sykehus. Byggenes dårlige tilstand vises bl.a. gjennom den tette oppfølgingen fra ulike tilsyn som eksempelvis; Oslo brann og redningsetat (OBRE), arbeidstilsyn (AT) og direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) samt avvikssystemene internt. I tillegg til alder gjør verne- og fredningshensyn det vanskelig å tilpasse eller videreutvikle de gamle byggene til å møte dagens tekniske og funksjonelle krav. Dette gjelder særlig Ullevål og Radiumhospitalet, samt deler av Aker. Uegnet og lite fleksibel bygningsmasse fører også til at sykehuset driver sin virksomhet på et betydelig større areal enn nødvendig¹.

De siste årene har det pågått et omfattende arbeid med nytt mål bilde for hele Oslo universitetssykehus. Planlegging av nye bygg og samle virksomheten på færre steder i mer effektive bygg. Målbildet for OUS vedtatt av Helseministeren i 2016, deler opp følgende; et sykehus på Radiumhospitalet for spesialisert kreftbehandling, et lokalsykehus på Aker, Regional sikkerhetsavdeling (RSA) på Ila og et regionalt sykehus på Gaustad.

Radiumhospitalet og RSA har begge gjennomført konseptfase, og Radiumhospitalet går nå inn i forprosjektfase. RSA er noe forsinket grunnet reguleringsforhold, men er planlagt oppstart forprosjekt i 2020. Videreutvikling av Aker og Gaustad pågår parallelt, og de har akkurat fått godkjent konseptfasen januar 2019. Byggeperioden for etappe 1 i disse prosjektene forventes å strekke seg til 2028.

Foretaket må planlegge for drift og investeringer i eksisterende bygningsmasse i et omfang som er tilstrekkelig for å opprettholde forsvarlig drift. Dette gjelder også for bygg som ikke inngår i et fremtidig mål bilde. I økonomisk langtidsplan (ØLP) legges det opp til en finansiering av investeringer i eksisterende bygg som er langt lavere enn det som trengs for å skifte ut allerede nedskrevet og nedslitt anlegg, samt infrastruktur som trengs for å møte nye bygg. De to første årene blir veldig krevende, og det er her prioritert de aller viktigste anleggene på Rikshospitalet. Det er usikkerhet på hvor store investeringer det er behov for i eksisterende bygg som skal videreføres, men det er i ØLP lagt inn langt lavere tall enn Multiconsult (rådgivere) legger til grunn for oppgradering til dagens standard, samt møte nye bygg.

OUS har i St prop 1 2015 blitt tildelt et lån på 1,2 mrd over 4 år, I tillegg til at sykehuset har en egenfinansiering på 30 % som tilsier en totalramme på vel 1,8 mrd nok. Dette for å kunne lukke tilsynsavvik og avvik fra lov og forskrift. Dette er avvik OUS har jobbet lenge med å lukke og i tett dialog med Arbeidstilsynet, OBRE (Oslo brann og redningsetat) og DSB (Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap) i hovedsak. Ullevål, Radiumhospitalet og Aker er de lokalisasjonene der disse midlene er planlagt benyttet både til bygg og infrastruktur. Det ligger en tydelig forutsetning fra HSØ RHF om at midlene skal sees opp mot mulige nybygg og utviklingen av Oslo universitetssykehus, slik at man i planperioden må vurdere riktig bruk av disse midlene. Spesielt er dette aktuelt på Radiumhospitalet der mange av tiltakene er erstattet av nybygg og det er derfor avsatt en reserve på litt av beløpet.. Ved at konseptrapportene er godkjent og målbildet til OUS tydeliggjort, har OUS gått inn i en dialog med HSØ om prioriteringen av resterende midler. For OUS er det mer hensiktsmessig å flytte noen av de udisponerte midlene som er knyttet opp mot Ullevål,

¹ Foreløpige analyser viser at vi kunne redusere totalt areal med 150 000 – 200 000 kvm gjennom å erstatte gamle bygg med nybygg og likevel ha kapasitet til å håndtere befolkningsveksten frem mot 2031.

til Rikshospitalet, som så langt ikke har vært prioritert inn i lånepakken. Rikshospitalet er den lokasjonen som har vært prioritert lavest de siste årene. Her vil det være behov for økende utskiftninger. Det er derfor innledet samtaler med HSØ for å få benyttet noe av lånepakken på Rikshospitalet. På Aker er det gjort en del investeringer allerede, slik at de byggene som skal stå når nytt lokalsykehus kommer vil bli prioritert fremover. Det ligger i målbildet at både Ullevål og SSE skal selges, og her vil det ikke prioriteres store investeringer. Her vil det bli havarimidler for å holde byggene i stand til utflytting som vil skje gradvis fra 2028. På Radiumhospitalet kommer nå nytt klinikkbygg, deretter protonbygg. Påfølgende er det tenkt lamell 4 i OCCI, så en etappe 2 fra 2026.

I det etterfølgende omtales først kort bygningsmessig status og tilhørende utfordringer på hver hovedlokalisasjon (Kap 2). Deretter beskrives prioriteringer innen bygg for planperioden 2020 – 2023, samt tilhørende tallmateriale (Kap 3 og 4). Til slutt omhandles de mer langsiktige investeringsbehovene knyttet til nye bygg i Fremtidens OUS (Kap 5).

Fargekodingen på byggene
gjenspeiler følgende tilstandsgrader:

Tilstandsgrad	Farge
0 (0,00-0,75)	Grønn
1 (0,75-1,50)	Limegrønn
2 (1,50-2,25)	Oransje
3 (2,25-3,00)	Rød

2. STATUS FOR BYGG

2.1. Ullevål sykehus

Ved Ullevål er det stor virksomhet innenfor både somatikk og psykisk helse. Ullevål ivaretar en rekke lokal-, område og regionsfunksjoner inkludert traume/akuttmottak, samt enkelte nasjonale funksjoner. Etter fusjonen er det overflyttet en del regionale funksjoner fra Ullevål til Rikshospitalet, samt flyttet inn døgn og akutfunksjoner fra Aker til Ullevål. I sum har endringene ført til en fortetting og behov for tilpasning av sengeposter, poliklinikkområder og et nytt akuttbygg som ble åpnet i 2014. Bygningsmassen i Kirkeveien er oppført i perioden 1902 – 2007 og utgjør ca 290 000 m². Sentrale deler av dagens pasientbehandling gjennomføres i kirurgisk- og medisinsk bygg fra tidlig 1900. Teknisk sett bærer bygningsmassen preg av den høye alderen og manglende vedlikehold og fornying.



Oversikt teknisk tilstand Ullevål sykehus , 2017

Forsyningsanleggene i Kirkeveien er vurdert til å ha utilfredsstillende teknisk tilstand. Dette er gjennomgående eldre anlegg med utilstrekkelig kapasitet, slitasje og behov for oppgradering og/eller utskiftning. Spesielt dårlig er kjøle- og gass-systemer som har store og relativt akutte behov for oppgraderinger og utskiftninger. Store deler av lånepakkegrunnlaget for å lukke brudd på lov og forskrift benyttes derfor på Ullevål både på bygg og på infrastruktur.

Bygningsmassen har svært varierende grad av teknisk fleksibilitet og følgelig også svært varierende grad av levedyktighet sett i forhold til fremtidsrettet og langsiktig sykehusdrift. Noen bygg (Kreft og isolatbygget, Barnesenteret og Akuttmottaket) er av nyere dato og mer funksjonelle. Funksjoner fra Ullevål er forutsatt overført gradvis til de øvrige lokalisasjonene og det er planlagt med investeringer på Ullevål etter 2027.

2.2. Rikshospitalet

På Rikshospitalet (RH) ivaretas i dag lands-, region- og en del områdefunksjoner med en større andel elektiv behandling. OUS har gjennomført tiltak for å samle regionsfunksjoner på Rikshospitalet de siste årene. Dette gjelder funksjoner som tidligere var ved hhv Radiumhospitalet og Ullevål. Samlingen av aktivitet har medført fortetting og kapasitetsutfordringer på sengeposter og poliklinikkområder generelt, og spesielt for operasjon, intensiv og postoperativ virksomhet samt for støtteareal, infrastruktur og medisinsk teknisk utstyr med tilhørende bygningsmessige utfordringer.

Bygningsmassen utgjør til sammen ca. 231 000 m², inkludert glassgate, hotell og tekniske mellometasjer. Bygningene er 20 år gamle. Bygningsmassens tilstand fremstår gjennomgående med økende behov for vedlikehold og utskiftninger. Rikshospitalet omfattes ikke av lånepakkegrunnlaget og de såkalte Fase II investeringer for å lukke brudd på lov og forskrift.

Produksjonsstøtteutstyr samt en del øvrig infrastruktur har den felles utfordring at det er investert nytt samtidig. Denne infrastrukturen har en gjennomsnittlig levetid på 15-20 år. . Alle sentrale

overvåkningssystemer, alarm og styringsanleggene på Rikshospitalet, med unntak av adgangskontroll anlegget, er over 20 år gamle. Alle disse systemene er bygd på teknologi fra tidlig 1990 tallet. Dette gjelder sentral driftskontroll anlegg (SD)/med undersentraler, brannvarsling og nødlys/ledelys. Leverandørene av disse systemene har varslet for flere år siden at det ikke finnes reservedeler og oppgraderingsmuligheter for disse systemene (end of live/end of service). Dette kan medføre at hvis det oppstår feil med anleggene risikerer vi å miste hele eller deler av hvert enkelt av disse systemene pga mangel på reservedeler og programvare. Konsekvensen av å miste hele eller deler av et eller flere av disse systemene vil være svært krevende for driften av sykehuset. Det er derfor lagt inn en plan for utskiftning av disse anleggene som vil bli prioritert de neste 4 årene. Samlet investering vil være i underkant av 200 millioner. På disse områdene er det nødvendig å investere, og det er derfor lagt til grunn et høyere investeringsnivå ved denne lokalisasjonen. Det er også lagt inn betydelige estimater for å oppgradere bygget i planperioden frem til 2038.

Teknisk sett er bygningsmassen forventet å ha meget lang levetid, men kapasitet knyttet til teknisk infrastruktur er for en stor del maksimalt utnyttet. Hovedvannforsyning, varme- og gassanlegg er vurdert å være tilfredsstillende. Øvrige forhold, dvs. reservekraft, hovedforsyning for strøm, nødstrøm samt kjøleanlegg og ventilasjon har underkapasitet og behov for oppgradering. Forholdene knyttet til transport og logistikksystemer, samt tomt og områdeforhold er alle vurdert som akseptable.



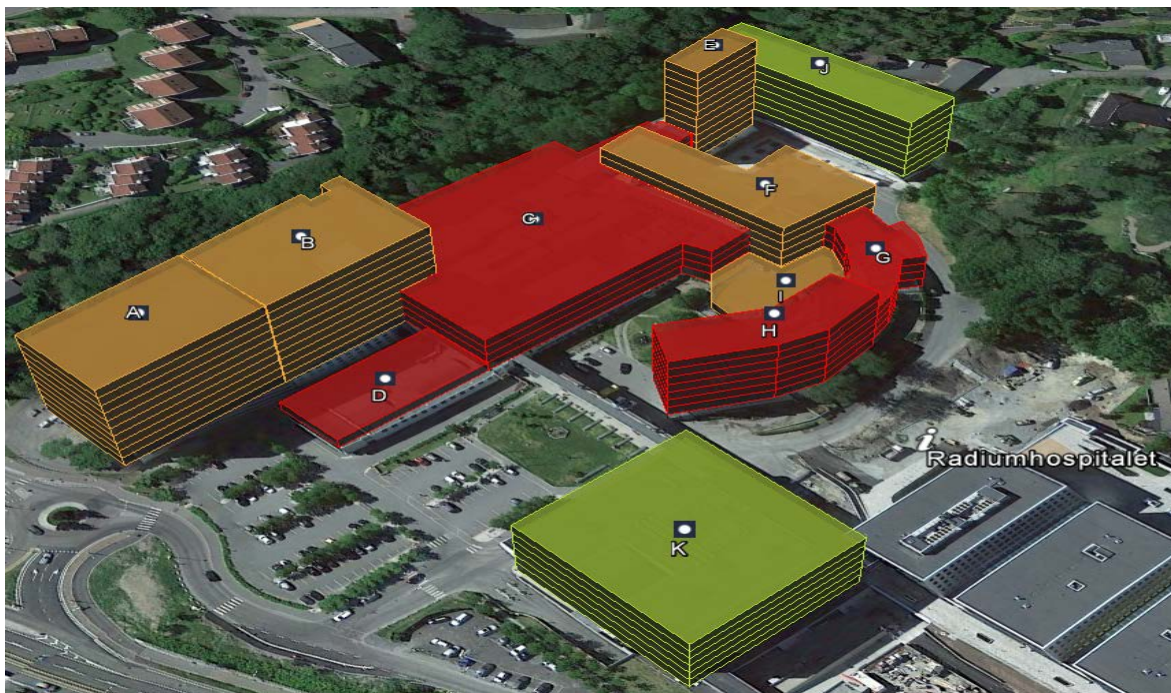
Oversikt teknisk tilstand Rikshospitalet, 2017

2.3. Radiumhospitalet

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

Konseptfasen har lagt til grunn at et nytt klinikkbygg vil erstatte store deler av A og B bygget (fra 2 etasje og opp), D bygget, samt deler av C bygget. De byggene som er forventet videreutviklet er deler av C, hele F, J og K. Bygg som rives er D,E, G, H og I bygget samt deler av C bygget.

Bygningsmassen på Radiumhospitalet fremstår som et kompakt konglomerat. Den eldste bygningen (F) er fra 1928 og det nyeste bygget fra 2009. Med unntak av nybyggene er bygningsmassen i dårlig teknisk tilstand med behov for betydelig oppgradering gitt fortsatt drift i byggene. Lånepakkegrunnlaget for lukking av avvik har lagt til grunn betydelige oppgraderinger spesielt i A, B og C bygget. Oppgradering av sengeposter i A og B bygget forutsettes erstattet av et nytt klinikkbygg. Resterende av arealene som skal bevares i C må oppgraderes. I tillegg F, J og K. Det er i F-bygget startet opp en betydelig oppgradering, hovedsakelig til kontorer og nukleærmedisinsk avdeling er etablert. Begge deler vil da gå til «fratrekk» i nytt klinikkbygg og ikke innlemmes i dette. Argumentasjonen for kontorisering av F bygget er imidlertid primært fraflytting av D bygget. Dette bygget huser i dag poliklinikk og garderober. Også garderober er en del av ny virksomhet og kommer til fratrekk for nybygg da disse flyttes fra D til BU3. Det er et behov for en sentralisert lagringsfasilitet for biobanker til forskning og diagnostikk som ikke er hensyntatt i nybyggene.



Oversikt teknisk tilstand Radiumhospitalet, 2017

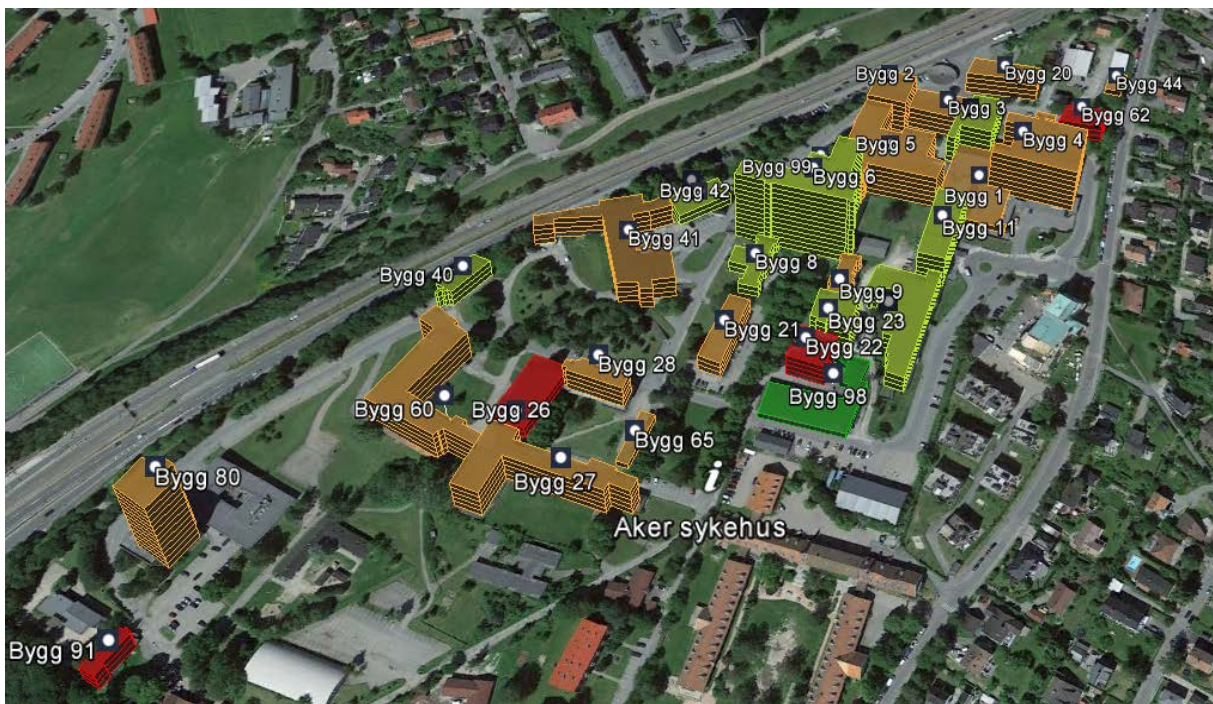
Forsyningsanleggene ved Radiumhospitalet har varierende kvalitet og samlet sett vurderes de å være utilfredsstillende. Dette gjelder både hovedvannforsyning, hovedforsyning strøm, nødstrøm og kjøleanleggene, som alle er eldre anlegg med behov for ekstra vedlikehold og/eller delvis utskiftning/oppgradering. Det er forutsatt nye tekniske anlegg i forbindelse med klinikkbygget.

2.4. Aker

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

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

Også på Aker er det gjenstående avvik ift brann, elektro og ventilasjon. Investeringer her er planlagt til totalt 120 mill kroner i lånegrunnlaget. Disse må imidlertid sees opp mot planer om nybygg slik at bygg som skal flyttes ut av ikke blir oppgradert.



Oversikt teknisk tilstand Aker sykehus, 2017

2.5. SSE

Avdeling for kompleks epilepsi (AKS, tidligere SSE), ligger i Sandvika og har et nasjonalt ansvar for barn, ungdom og voksne personer med vanskelig kontrollerbar epilepsi. I idefasearbeidet forutsettes dette samlet til Gaustad i nye bygg. Dette er fortsatt en del av et mål bilde og det forutsettes derfor ikke investeringer her etter 2027, på lik linje som for Ullevål. Det er laget et forprosjekt på voksenpost 1. Posten planlegges oppgradert og rehabilitert i 2019.

2.6. Dikemark

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

Bygningsmassen på Dikemark utgjør ca. 76 000 kvm. Under halvparten av arealene er i bruk og en del lokaler brukes kun sporadisk som kontor/møterom o.l. Med unntak av et par av bygningene² bærer bygningsmassen på Dikemark preg av mangelfullt vedlikehold. De fleste byggene har en vektet teknisk tilstandsgrad på over 2,0. Mange underliggende komponenter har tilstandsgrad 3 og behov for strakstiltak. Tilpasningsdyktigheten for bygningene er vurdert som dårlig og har store begrensninger i forhold til å bygge om til annet bruk. Riving forhindres i stor grad ved at 30 av 32 bygg er fredet, hvorav 7 både interiør- og eksteriørmessig. Også tomtegrunn på 248 dekar er fredet med unntak av 20 dekar.

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

Det foreligger en konseptfase som viser at det er mulig og ønskelig å samlokalisere RSA, lokal sikkerhet og PUA ved en ny tomt på Ila (sør eller nord for landsfengselet). Det pågår et forprosjekt for å få flyttet alderspsykiatri fra Vardåsen til Gaustad i 2019. Enkelte tomter reguleres ut og legges ut for salg i løpet av 2019.

2.7. Gaustad sykehus og Sognsvannsveien (BUP-Sogn)

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

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

Bygningsmassen er av eldre byggeskikk som har store begrensninger i forhold til tilpasningsmuligheter og fremtidige bruksområder. Bygningsmassen på rundt 40 000 kvm har også stort teknisk oppgraderingsbehov. En betydelig andel av bygningene, samt tomten, har vernestatus. De aktuelle forsyningsanleggene ved Gaustad sykehus er alle vurdert å være utilfredsstillende eller i dårlig teknisk stand. Dårligst tilstand har hovedvannforsyningen og nødstrømssystemene. Disse har stort og relativt akutt behov for utbedring.

Gaustad sykehus ligger ikke inne i målbildet for OUS, men det er muligheter for å omgjøre til kontorbygg eller å dele av denne delen og selge når virksomheten her flytter til Aker og Ahus på sikt.

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

En vurdering av levedyktighet basert på Multiconsults kartlegging i 2011 viser at byggene i Sognsvannsveien (ca 12 000 kvm) generelt er middels egnet og lite tilpasningsdyktige. I tillegg har de vernestatus som gjør ombygninger kostbare. Virksomheten som er her i dag skal til Aker når nytt lokalsykehus er bygd. Området vurderes for salg med tilbakeleie i mellomtiden.

3 PRIORITERINGER INNEN BYGG FOR PLANPERIODEN 2020 - 2023

² Dagali og Kurhus 1

3.1 Inndeling av bygginvesteringer

3.1.1 Ordinære bygginvesteringer

I ØLP ligger det to linjer for ordinære bygginvesteringer. Det er en linje for bygg som skal videreføres, og en for bygg som skal fraflyttes. Fellesnevneren for disse er at de er sammensatt av flere poster. De postene består av:

- Byggtilpasninger MTU, nytt eller erstattet MTU utstyr krever investeringer i bygg
- Byggtilpasninger IKT, spesielt kommunikasjonsrom som utvidet trådløst nett har hatt behov for den siste tiden.
- Virksomhetstilpasninger/sentrale poster, dette er investeringer som MHU og klinikkene ber om skal gjennomføres for å bedre eller at det er endret virksomhet, se 3.1.4
- Utskiftning og utbedring bygg og anlegg, se 3.1.3.

	2020	2021	2022	2023
Investeringsbudsjett				
Radiumhospitalet - teknisk utskiftning	0	0	30	40
Aker - teknisk utskiftning	0	0	10	9
Gaustad psyk - teknisk utskiftning	0	0	0	0
Rikshospitalet - teknisk utskiftning	11	26	55	55
Ullevål - teknisk utskiftning	0	0	0	0
SSE, Dikemark, BUP, Eksterne eiendommer	0	0	0	0
Brann, SD (sentral driftsanlegg), Nødløst - RH	50	50	50	50
Sentrale og virksomhetstilpasninger	20	40	60	60
Kostnader i regionale prosjekter	30	32	60	60
Havari	30	30	30	30
MTU byggkostnader	45	45	45	50
IKT byggkostnader	25	25	25	25
Sum	211	248	365	379

3.1.2 Lukking av avvik

I perioden 2012-2015 har OUS brukt ca 650 MNOK på lukking av avvik fra lov og forskrift og tilsynspålegg fra henholdsvis branntilsyn, arbeidstilsyn og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB). For å trappe opp denne innsatsen i tråd med tilsynenes kommuniserte forventning ble det søkt om og innvilget et ekstraordinært lån for perioden 2016-2019 på 315 mill i året, til sammen 1,8 mrd (inkl. egenfinansiering). Dette kalles Fase II vedlikeholds investeringer / lukking av avvik. Pengene er forutsatt at brukes på Aker, Ullevål og Radiumhospitalet. Det ligger en tydelig forutsetning fra HSØ om at bruk av midlene skal vurderes opp mot fremtidig utvikling av OUS og nybygg slik at man ikke investerer unødige i bygg som blir erstattet. Dette gjelder spesielt Radiumhospitalet.

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

- Planlagte sengeposter og klinikkarealer (brann, elektro og ventilasjon)
- Rene Branntiltak (sikring og varsling)
- Rene HMS tiltak (Avtrekksbenker, ventilasjon)

- Elektro (avvik DSB, i hovedsak gruppe 2 rom (rom der pasienter får strøm direkte eller indirekte i kropp og nødstrøm)

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

For de fleste bygg kan lukking av avvik som i hovedsak utbedrer enkeltkomponenter ikke forventes å gi noen vesentlige endring i tilstandsgrad (fargekategori). Bygg som ligger i grenseland mellom to kategorier, eller bygg der det gjøres større investeringer, vil kunne forbedres til en tilstandsgrad på et høyere nivå.

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

3.1.3 Utbedring og utskifting av anlegg

I tillegg til lukking av de største avvikene, er det i planperioden et mål å sikre nødvendig kvalitet på utstyr til produksjonsstøtte samt virksomhetskritiske anlegg som gass, kjøling etc. Som beskrevet under kapitlet om status på bygg(kap. 2) er situasjonen også på disse områdene utfordrende. Utstyr til produksjonsstøtte og virksomhetskritiske anlegg omfattes i liten grad av lånesøknaden. Her pålegger ikke myndighetene tiltak, men funksjonalitet i utstyr og anlegg er likevel avgjørende for kvalitet i pasientbehandlingen og utskifting/ utbedring må gjennomføres.

Det er også slik at lukking av tilsynsavvik på Rikshospitalet, på grunn av type/kategori ikke er inkludert i lånesøknaden. Samtidig er det klart at bygningsmassen på Rikshospitalet inngår i fremtidens OUS uavhengig av alternativ. Det er derfor nødvendig å inkludere investeringer nødvendig oppgradering i tillegg til verdibevarende vedlikehold for denne bygningsmassen i planperioden. Dette gjelder større investeringer som eksempelvis utskifting av brannvarslingsanlegg. Bygget er nå over 20 år og det har vært gjort få større oppgraderinger ved denne lokalisasjonen etter åpning. Det er også nødvendig å gjøre tekniske oppgraderinger ved andre lokalisasjoner der virksomheten skal videreføres.

I planperioden 2020-2023 er det satt av midler til oppgradering av infrastruktur på Rikshospitalet., byggkostnader som følge av MTU eller IKT og havarier.

3.1.4 Tilpasning i forbindelse med endring av drift

Sykehuset har betydelige driftsmessige utfordringer som må løses gjennom arealtiltak på kort og mellomlang sikt frem til nye bygg står klare. Dette er tilpasninger som ikke dreier som bygningsmessige oppgraderinger eller utskiftninger.

4 VEIEN VIDERE

Områdeplanen for bygg er skrevet med bakgrunn i at målbildet fra 2016 blir realisert. Arbeidet med konseptfasen på Gaustad og Aker skal opp til styrebehandling i juni 2019. Da skal følgende diskuteres:

- Virksomhetsavklaring for Gaustad og Aker
- Storbylegevakt, regulering og finansiering
- Belyse US, herunder risikovurdere bruk av US som alternativ til Gaustad

5 BESKRIVELSE AV TALL OG TABELLER 2020-2023

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

I planperioden 2020 – 2023 er kostnader knyttet til tiltak for lukking av avvik prioritert i pakke 1³ fordelt jevnt utover fire år fra 2016 til 2019. Da det har tatt tid å komme i gang og det har vært nødvendig med noen avklaringer underveis, så ser man allerede nå at noen av disse investeringene vil strekke seg ut i 2021. Det er som beskrevet også satt av noen midler til oppgradering av gjenstående bygningsmasse der disse skal videreføres, men ikke i det omfang som er anbefalt av Multiconsult for å bedre tilstandsgraden. Dette er spesielt en utfordring de to første årene i ØLP.

6 VIDERE UTVIKLING FRA 2024 TIL 2038

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

Det er derfor gjennomført en idéfase for framtidens OUS, dokumentert i Framtidens OUS, Idéfaserapport 2.0 (mai 2015) og Framtidens OUS, Idéfase, som ble styrebehandlet sommeren 2016. Sommeren 2017 ble det lagt frem to konseptfaserapporter for hhv Regional sikkerhetspsykiatri(RSA) og et nytt klinikkbygg for kreftbehandling på Radiumhospitalet. For RSA planlegges det et forprosjekt når reguleringsprosessen er mer fastlagt, men trolig i løpet av 2020 med en forventet ferdigstilling 2025. For Aker og Gaustad er konseptfaserapportene ferdigstilt og godkjent. Alle prosjektene skal legge til rette for etappevis etablering i tråd med vedtak HSØ.

³ Ref. ØLP og omtale av Fase 2



Områdeplan medisinsk-teknisk utstyr MTU ved OUS HF 2020-2023



Innhold

1. Innledning og bakgrunn	2
2. Definisjoner og kort status	2
3. Overordnede strategiske valg	3
3.1 Dreining av investeringer fra sammenbrudd til elektiv prosess	5
3.2 Optimalisering av prioriteringsprosessen	5
3.3 Optimalisering av anskaffelsesprosessen	5
3.4 Posisjonering av mobilt MTU	6
3.5 Utviklingen av nytt OUS	6
4. Medisinsk teknisk utstyr i verdi og antall	6
4.1 Bildedannende og stråleterapeutisk utstyr	8
4.2 Terapi og diagnostikk	9
4.3 Operasjon og kirurgi	10
4.4 MTU-infrastruktur	11
4.5 Anestesi og intensiv	12
4.5.1 Eksempel: Kartlegging, analyse og anskaffelse av underkategori respirasjonsutstyr	13
4.6 Laboratorieutstyr	14
5. Konkrete investeringsplaner i planperioden (2019) 2020 – 2023	15
5.1 Investeringstabell (2019) 2020-2023 med forklaring	15
6. Oppsummering og konklusjon	1

1. Innledning og bakgrunn

Det å ha en oppdatert utstyrspark, som er godt tilpasset sykehusets behov og spesialiserte pasientbehandling, er avgjørende for om sykehuset skal lykkes med i å nå sine mål. Det har lenge vært kjent at den medisinsk-tekniske utstyrsparken ved Oslo universitetssykehus (OUS) er blant de eldste i Vest-Europa. Dette har gjort at sykehuset har økt prioriteringen av investeringer til MTU de siste årene, på tross av økonomiske utfordringer på tilgjengelige investeringsmidler. Resultatene av denne satsningen begynner å påvirke den totale gjennomsnittsalderen, men som en følge av en betydelig reduksjon i bruk av finansiell leie for de kommende årene vil investeringsmidlene reduseres og gjennomsnittsalderen vil øke igjen.

Situasjonen for deler av det radiologiske utstyret er betydelig bedret de siste årene. Dette er i hovedsak på grunn av bevisste prioriteringer av utstyr som erfaringsmessig kan skape flaskehals for pasientbehandlingen og utfordringer for pasientene.

Investeringsnivået er den viktigste enkeltfaktoren for utstyrsparkens tilstand, men det er langt fra den eneste faktoren av betydning. Langs hele kjeden, fra utstyrsbehovet identifiseres til utstyret en dag kasseres, finnes faktorer som har påvirkning på utstyrsparken. Det er derfor jobbet for en metodikk for å optimalisere alle ledd i denne utstyrskjeden og dermed få mest og best mulig pasientbehandling igjen for de tilgjengelige midlene. Den praktiske konsekvensen av denne nye metodikken er beskrevet i kapittel 3. Imidlertid er dette en omfattende jobb. Denne områdeplanen må derfor sees på som et første skritt i den nye investeringsstrategien, og innholdet vil måtte tilpasses etter hvert som utskifting og nyanskaffelser iverksettes. Områdeplanen blir derfor ett dynamisk dokument.

2. Definisjoner og kort status

Begrepet medisinsk-teknisk utstyr (MTU) blir ofte omtalt som alt medisinsk utstyr som drives av strøm eller batteri, og alt laborieutstyr som brukes i diagnostikk og pasientbehandling.

Det var ved årsskiftet (2018/2019) registrert 38 305 aktive MTU-enheter ved OUS. Dette er en nedgang fra tidligere år. Årsaken til nedgangen er blant annet inaktivering av ca. 4500 medisinsktekniske utstyrsenheter, som ikke hadde rett status i utstyrsdatabasen (Medusa).

Disse MTU-enhetene hadde en registrert akkumulert (historisk) anskaffelseskostnad på 3 851 millioner kroner. Utstyrsparkens gjennomsnittsalder var per 1.1.2019 på 9,33 år når alle MTU-enheter teller likt. Fremstilt med gjennomsnittsalder per krone eller verdivektet gjennomsnittsalder (VVGA)¹, der de dyreste utstyrsenhetene veier mer enn de billigste, er verdivektet gjennomsnittsalder for MTU-parken i OUS nå 8,12 år.

¹ Verdivektet gjennomsnittsalder = $\frac{\sum_{i=1}^N (Pris_i \cdot Alder_i)}{\sum_{i=1}^N Pris_i}$ = Alder pr investerte krone. Gjennomsnittsalder = $\sum_{i=1}^N Alder_i$

Med mål om å stanse aldringsprosessen av utstyrsparken og redusere gjennomsnittlig alder, ble det i OUS utarbeidet en plan for å gjennomføre investeringer i medisinsk-teknisk utstyr i størrelsen 350 millioner kroner per år i perioden 2013-2015. Denne har blitt fulgt opp i årene etter med investeringer rundt 400 millioner. Denne satsningen har vært mulig gjennom bruk av finansiell leie. Dette har bidratt positivt på snittalderen til utstyrsparken, men for å snu utviklingen vil det være nødvendig med rundt 500 millioner kr. investert årlig.

I økonomisk langtidsplan for 2020-2023 er bruk av finansiell leie redusert. Dette innebærer et redusert investeringsnivå i planperioden. Dette reduserer utskifting av eldre utstyr, og bidrar negativt til ønsket snittalder på utstyrsparken.

I planperioden vil ny storbylegevakt på Aker og nytt klinikkbygg Radiumhospitalet ferdigstilles, og det vil anskaffes mye nytt utstyr i disse byggene noe som vil bidra positivt på utskifting. Samtidig vil dette påvirke handlingsrommet for utskifting på andre områder negativt. Utstyr i nytt Protonsenter vil i hovedsak komme i tillegg til eksisterende park, og ikke bidra vesentlig på utskift av eksisterende utstyrspark.

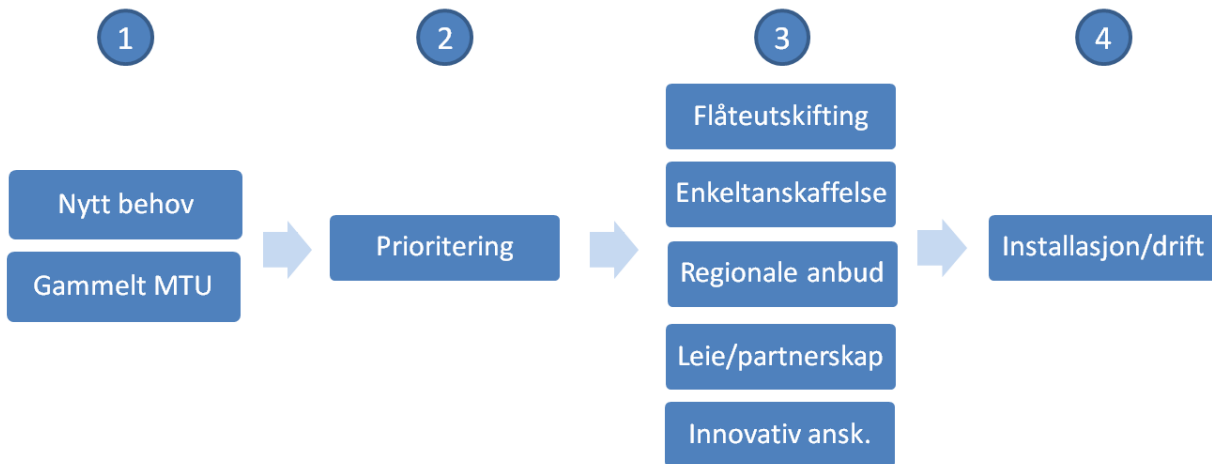
3. Overordnede strategiske valg

Tidligere økonomiske langtidsplaner for MTU har hatt fokus på et overordnet investeringsnivå og hvilke årlige beløp som er nødvendige for å senke gjennomsnittsalderen på utstyrsparken. Den overordnede målsetting i denne rapporten er å kunne svare på hvilket utstyr som skal skiftes ut, og når det skal byttes.

Anskaffelsesprosessene ved OUS kan beskrives som i figur 1 og 2.

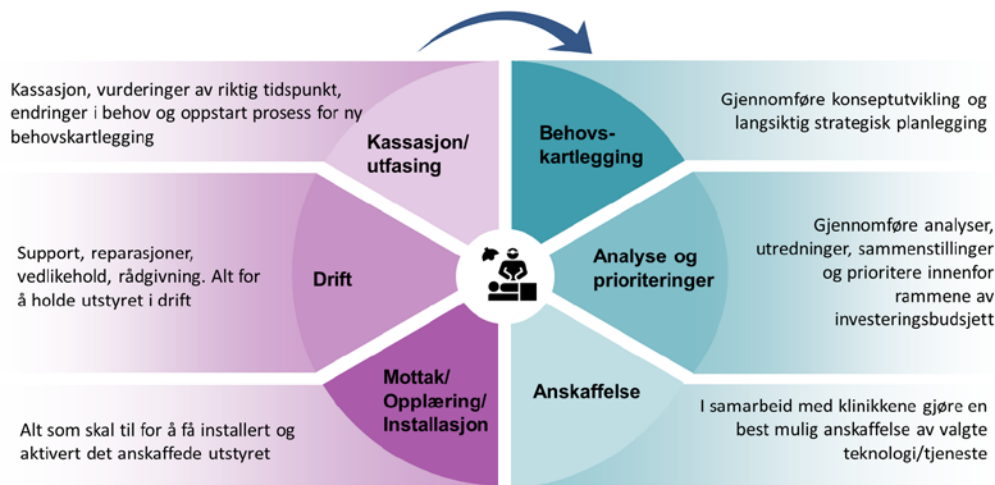


Figur 1, sammenbruddsprosessen. Et sammenbrudd utløser en innmelding som prioriteres(1). Ved positivt vedtak i prioriteringsutvalget (PRU) og godkjenning av Koordineringsgruppen for innkjøp (KGI) (2) gjennomføres en anskaffelse (3). Normalt er dette enkeltanskaffelser, eventuelt med opsjoner. Tilslutt installeres utstyret og settes i drift (4).



Figur 2, elektiv prosess. En planlagt utskifting eller nye behov utløser innmelding til elektiv investeringsprosess, MTU (1). Etter prioriteringsprosess i PRU, KGI og ledermøtet i OUS (OUS-LM) blir anskaffelsene prioritert og vedtatt. I forbindelse med dette velges hvordan anskaffelsen kan gjennomføres (3), flåteutskifting, enkeltanskaffelse, større regionale anbud, ulike typer partnerskapsløsninger eller leieforhold og innovative anskaffelser.

Den overordnede MTU-strategien beskrives i figur 3. I en sammenbruddsstyrt forvaltning utelukkes «Behovskartlegging» og deler av «Analyse og prioriteringer».



Figur 3, overordnet strategi for forvaltning av MTU.

Det er fem hovedpunkter i den nye strategien som er av betydning:

- Dreie mer av investeringene over fra sammenbruddsprosess til elektiv prosess
- Optimalisere prioriteringsprosessen
- Optimalisere anskaffelsesprosessen til å få mer MTU og bedre kvalitet for investeringsmidlene
- Posisjonering av mobilt MTU
- Utviklingen av nytt OUS

En forutsetning for å kunne gjennomføre første kulepunkt er at investeringsbeløpene er over minimumsnivå slik at det kan brukes likviditet til planlagte anskaffelser istedenfor å bare måtte erstatte sammenbrudd. Dette drøftes i kapittel

3.1 Dreining av investeringer fra sammenbrudd til elektiv prosess

OUS har en gammel medisinsk-teknologisk utstyrspark. Det gir en høy andel sammenbrudd av utstyr med påfølgende sammenbruddsanskaffelser. I 2018 var det estimert at nesten halvparten av utstyrsinvesteringene ville komme i form av sammenbrudd, og det viste seg å stemme. Dette har i hovedsak to ulemper, det er dyrt å gjøre enkeltanskaffelser under tidspress, og det låser utstyrsparken til den eksisterende konfigurasjon istedenfor å velge konfigurasjon etter behov.

Det er viktig å få dreid mer av anskaffelsene fra sammenbrudd til elektiv prosess. For å få til dette har dagens investeringsrammeverk blitt endret. Den elektive prosessen er utvidet fra å skje én, til to ganger i året. MTU-investeringene deles i to deler, med mulighet for å melde inn endringer på vedtatte saker. Dette vil gjøre det mulig å flytte kostbare sammenbruddssaker til en klinikkprioritert elektiv anskaffelse. I tillegg vil det være mulig å omprioritere nye MTU-behov.

3.2 Optimalisering av prioriteringsprosessen

Det er en krevende oppgave å gjøre helhetlige prioriteringer på tvers av klinikker, enheter og seksjoner. I hovedsak vil det være klinikkenes egne prioriteringer som fortsatt vil ligge til grunn. I tillegg vil MTV, med bakgrunn i MTU-kartlegginger, hjelpe og sikre bedre MTU-investeringer på tvers:

- Noen større investeringer, som får betydning for flere klinikker, trekkes ut av klinikkenes egen prioritet til en sentral investeringspott.
- Utstyrsønsker der flere klinikker har felles bruksbehov og felles driftsansvar prioriteres
- Utstyr som kan erstatte gammelt MTU i et mindre antall får høyere prioritet
- Det settes av en reservepott som disponeres av administrerende direktør. Denne kan dekke utstyrsbehov som ikke passer inn i eksisterende investeringsløp.
-

3.3 Optimalisering av anskaffelsesprosessen

Som vist i figur 3 er det flere muligheter i elektiv prosess. Enkelte av alternativene innebærer betydelige besparelser for sykehuset, og det er et klart mål å utnytte dette potensialet maksimalt. Som eksempel kan regionale anskaffelser nevnes, der størrelse og omfang på anskaffelsene gir vesentlig bedre betingelser for sykehuset. Det har vært gjennomført en regional anskaffelse der resultatene viser at inngått avtale gir sykehuset betydelig lavere anskaffelsespris. Et annet eksempel er innovative anskaffelser, slik som hybridlabben i Intervensjonscenteret på Rikshospitalet, der en samarbeidsavtale med leverandør sikrer sykehuset tilgang på helt ny teknologi til en lav investeringskostnad. I tillegg kan sykehuset være med å påvirke utviklingen av utstyret slik klinikken selv mener er formålstjenlig.

Utfordringen er å styre anskaffelsene til riktig prosess. Dette krever erfaring med utstyrgruppen, anskaffelsesprosesser, tett kontakt mellom MTV og klinikk, samt inngående markedskunnskap for det aktuelle utstyret. Kompetanse og erfaring i MTV/SA er derfor svært viktig for dette arbeidet.

3.4 Posisjonering av mobilt MTU

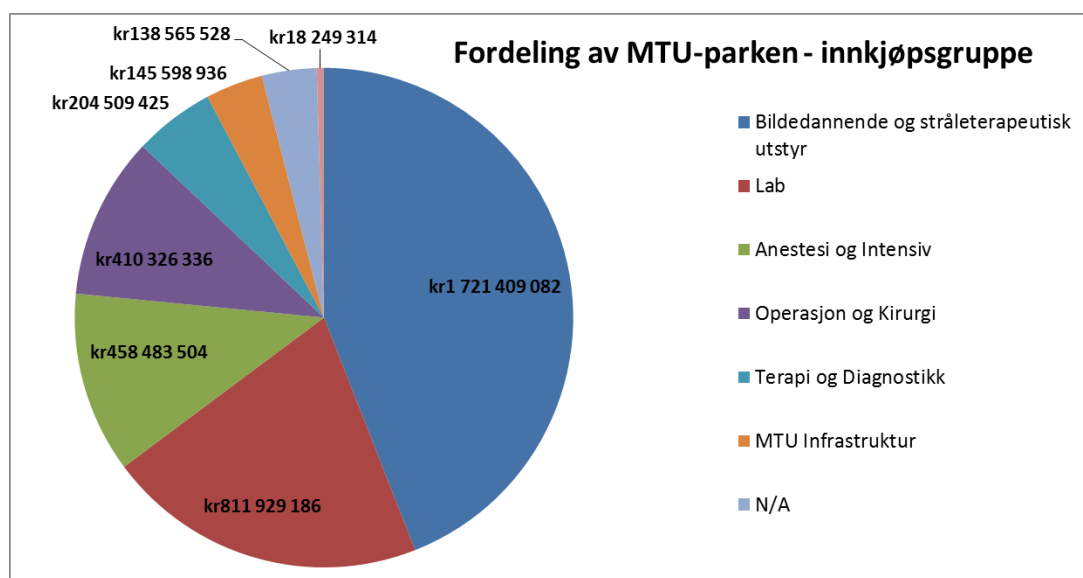
Det er dokumentert fra andre sykehus (Eks. Cambridge, England) at strategisk posisjonering av mobilt MTU gjør at mengden utstyr kan reduseres, uten at det går ut over tilgangen. Akkurat hvor mye utstyrsmengden kan reduseres vil være avhengig av hvor god planlegging og administrering av behov er før posisjonering innføres. I Cambridge dokumenterte de en reduksjon på omlag 25 % for de utstyrsgroppene som ble inkludert i studien. I tillegg følger positive bieffekter som bedre kontroll over utstyrsparken, mindre tid til å lete etter utstyr, og mindre utstyr som blir borte. Det er startet et forprosjekt på posisjonering av mobilt utstyr i OUS.

3.5 Utviklingen av nytt OUS

I hovedsak er det nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet som får betydning for de strategiske valgene for anskaffelse av MTU i denne perioden. Det er vedtatt en overføringsgrad på kun 20 % til nytt klinikkbygg, noe som gjenspeiler den dårlige MTU-tilstanden ved Radiumhospitalet. Det er et mål at MTU som skal kjøpes til nytt klinikkbygg ikke kommer inn samme år som bygget er ferdig. All erfaring viser at det er vanskelig å tilpasse en styrt utskiftning, når mye utstyr må erstattes samtidig fordi det er kjøpt inn i samme år. Dette grunnet økonomiske utfordringer.

4. Medisinsk teknisk utstyr i verdi og antall

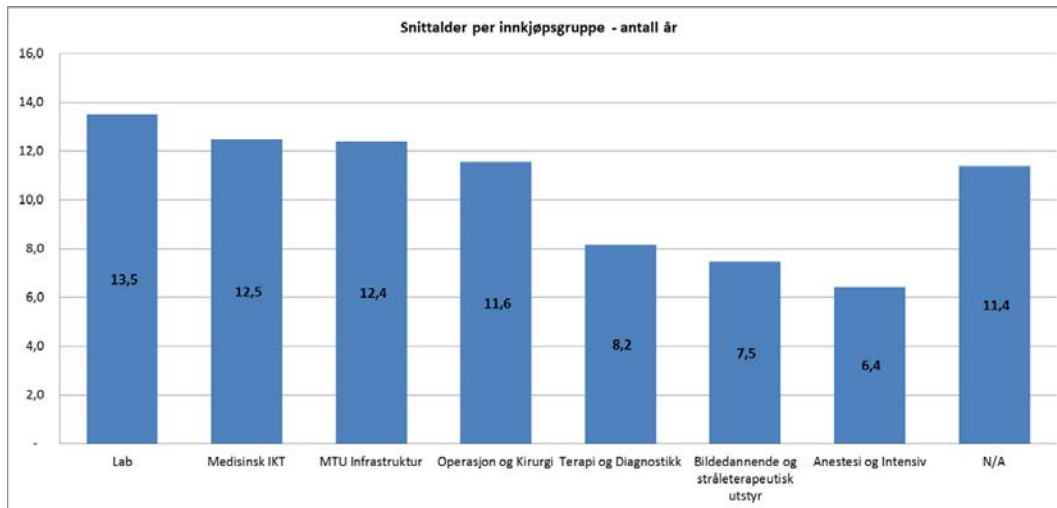
Når alt MTU deles inn i innkjøpsgrupper (8 stk.), blir fordelingen av historisk anskaffelseskostnad per 01.01.19 slik som vist i figur 4.



Figur 4, fordeling av historisk anskaffelseskostnad på de 8 ulike innkjøpsgruppene.

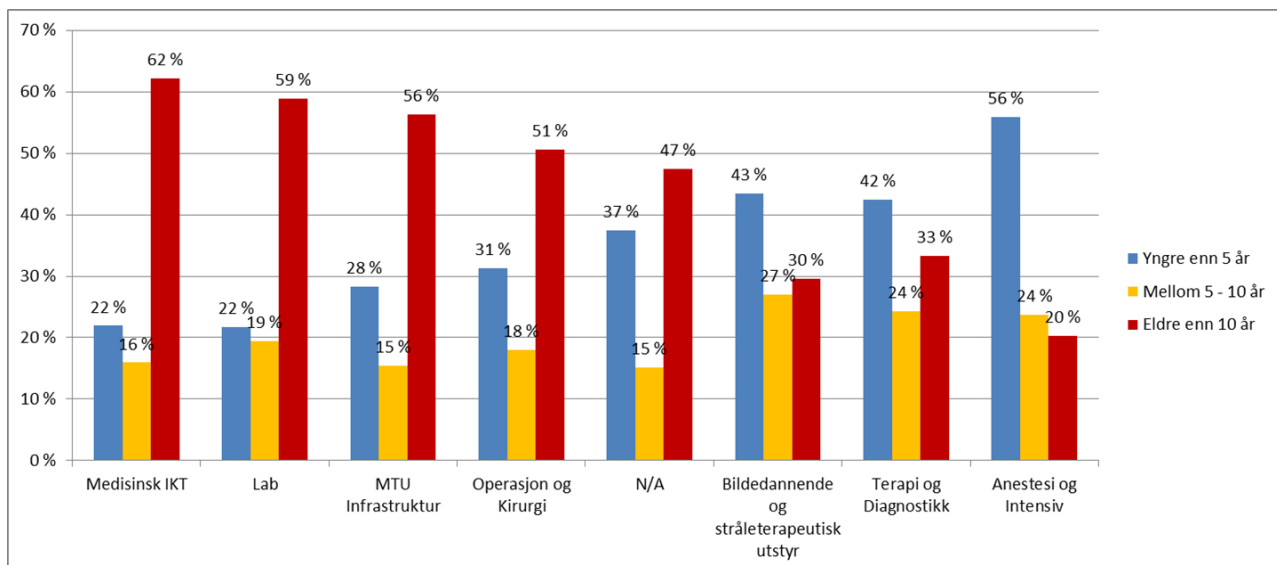
Som figuren viser, er en vesentlig del av verdien knyttet til bildedannende og stråleterapeutisk utstyr, samt lab-utstyr. Disse to gruppene står for omtrent 2/3-deler av verdien. Alderssammensetningen for de ulike innkjøpsgruppene er svært varierende.

Det er store forskjeller innenfor samme innkjøpsgruppe, så det er nødvendig å se på underkategorinivå for å få en korrekt oppfatning av den faktiske tilstanden. Gjennomsnittsalder per innkjøpsgruppe er vist i figur 5.

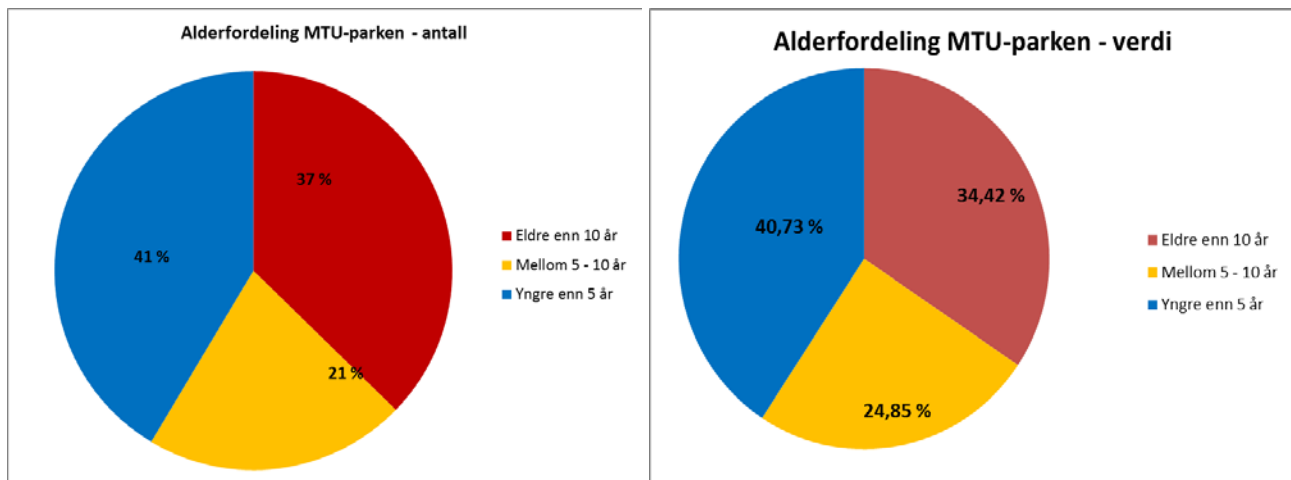


Figur 5, gjennomsnittsalder per innkjøpsgruppe (år)

Gjennomsnittsalder i figur 5 er imidlertid en svært grov inndeling, og det vil være store variasjoner i levetider for underkategorier innenfor hver innkjøpsgruppe. Dette er vist i figur 6, og blir beskrevet i påfølgende kapitler.



Figur 6, aldersfordeling per innkjøpsgruppe



Figur 7 og 8, aldersfordelingen i antall og verdi.

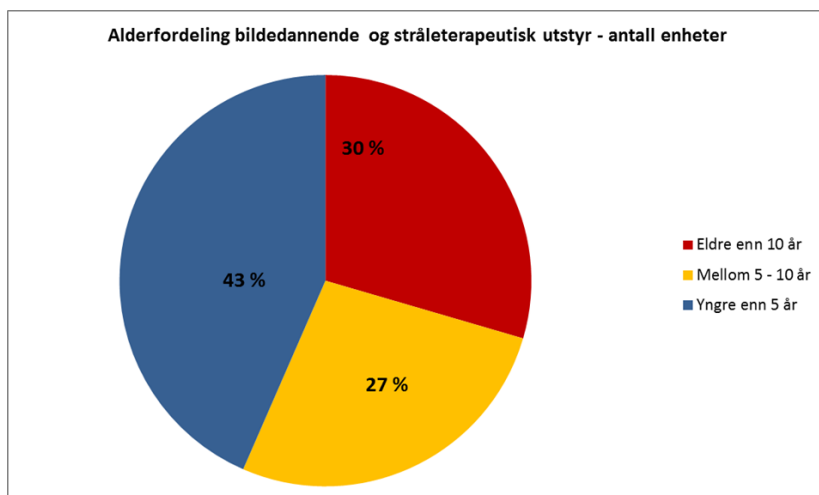
Aldersgruppe	Akkumulert anskaffelsesverdi
Eldre enn 10 år	1 345 323 869
Mellom 5 - 10 år	971 481 823
Yngre enn 5 år	1 592 265 619
Totalsum	3 909 071 311

Figur 9, aldersfordeling på utstyrsparken som funksjon av akkumulert anskaffelseskostnad.

4.1 Bildedannende og stråleterapeutisk utstyr

Dette er den største kategorien i verdi, og dermed vil mye av investeringsmidlene brukes på denne kategorien. Ettersom kategorien er preget av få, men dyre enheter, er det viktig at det er en jevn utskiftingstakt på de store modalitetene.

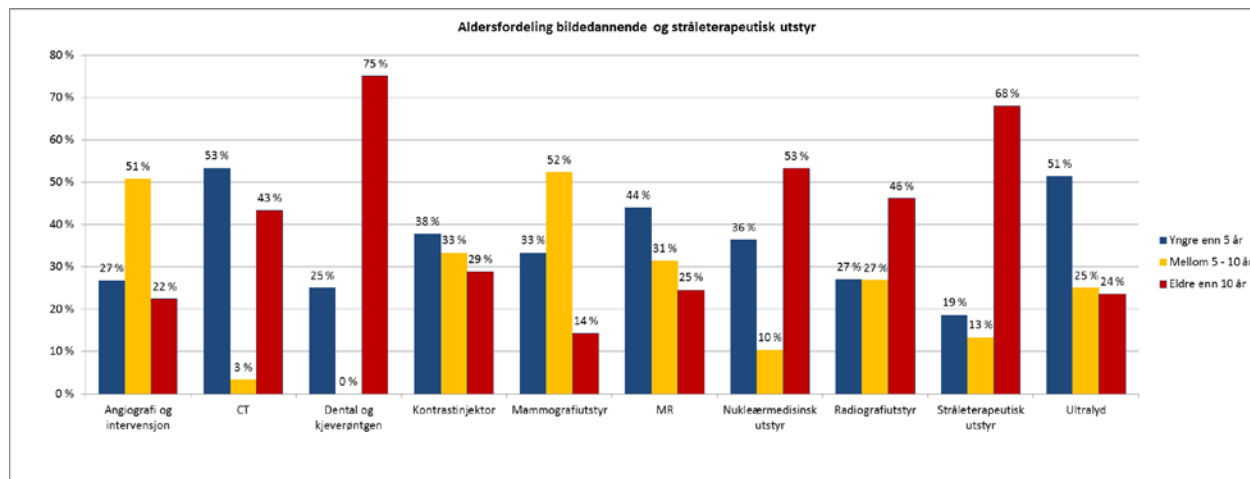
Det er blitt arbeidet systematisk med utskiftningsplaner, og de er delvis blitt gjennomført. Det er derfor blitt en positiv endring på alder, og noen av undergruppene viser en riktig trend. Aldersfordelingen er vist i figur 10.



Figur 10, aldersfordeling på kategorien bildedannende og stråleterapeutisk utstyr fordelt på antall enheter

Aldersgruppe	Akkumulert anskaffelsesverdi
Eldre enn 10 år	562 342 976
Mellom 5 - 10 år	398 942 345
Yngre enn 5 år	760 123 761
Totalsum	1 721 409 082

Figur 11, aldersfordeling på kategori Bildedannende og stråleterapeutisk utstyr som funksjon av akkumulert anskaffelseskostnad.

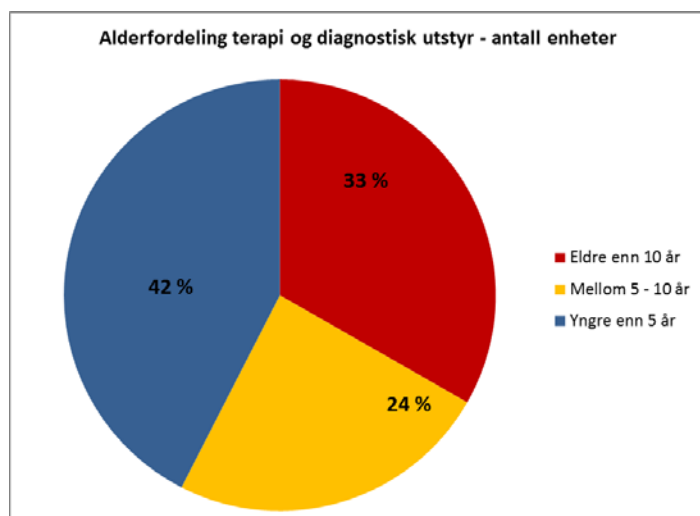


Figur 12, aldersfordeling for underkategorier av bildedannende og stråleterapeutisk utstyr som funksjon av verdi

Figuren viser at denne kategorien har vært prioritert. Tilstanden er bra for viktige kategorier, som f.eks. MR. Når det gjelder nukleærmedisinsk utstyr er tilstanden betydelig bedre enn figuren tilsier ettersom det har vært, og er, større utskiftninger på gang som ikke er fanget opp i gjeldende data-uttrekk. For stråleterapi er det imidlertid viktig å holde oppe utskiftingstakten selv om den totale strålekapasiteten skal ned, da stråleterapi skal desentraliseres.

4.2 Terapi og diagnostikk

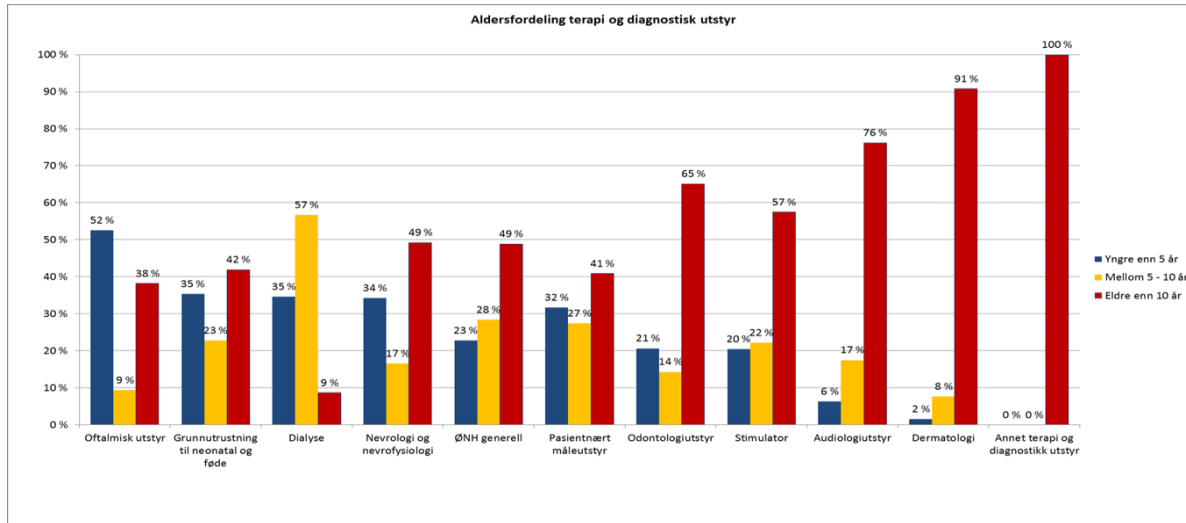
Det er stor variasjon i alder på utstyr i denne gruppen. For en del av utstyret, er dette forklart av variasjon i forventet levetid. Aldersfordelingen er vist i figur 13.



Figur 13, aldersfordeling på kategorien bildedannende og stråleterapeutisk utstyr fordelt på antall enheter

Aldersgruppe	Akkumulert anskaffelses
Eldre enn 10 år	54 247 374
Mellom 5 - 10 år	46 049 751
Yngre enn 5 år	104 212 300
Totalsum	204 509 425

Figur 14, aldersfordeling på kategori Terapi og diagnostikk som funksjon av akkumulert anskaffelseskostnad.

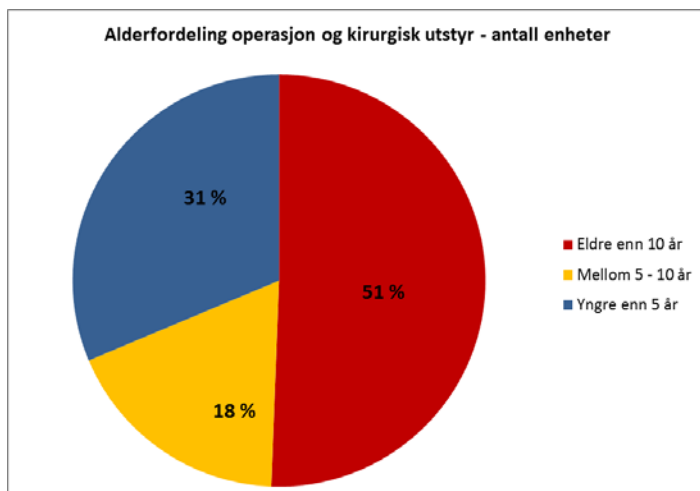


Figur 15, aldersfordeling for underkategorier av terapi og diagnostisk utstyr som funksjon av verdi

Det må utarbeides en omforent og forankret vurdering av hva som er optimal levetid for hver underkategori, med hensyn på kvalitet, sikkerhet og effektivitet i pasientbehandlingen og teknologisk utvikling. Audiologisk utstyr har svært lang levetid og skal ligge høyt, samme kan sies om deler av det dermatologiske og odontologiske utstyret. Det har vært prioritert utskiftning av svært gammelt utstyr på øye, og det er årsaken til at oftalmisk utstyr har en relativt lav gjennomsnittsalder.

4.3 Operasjon og kirurgi

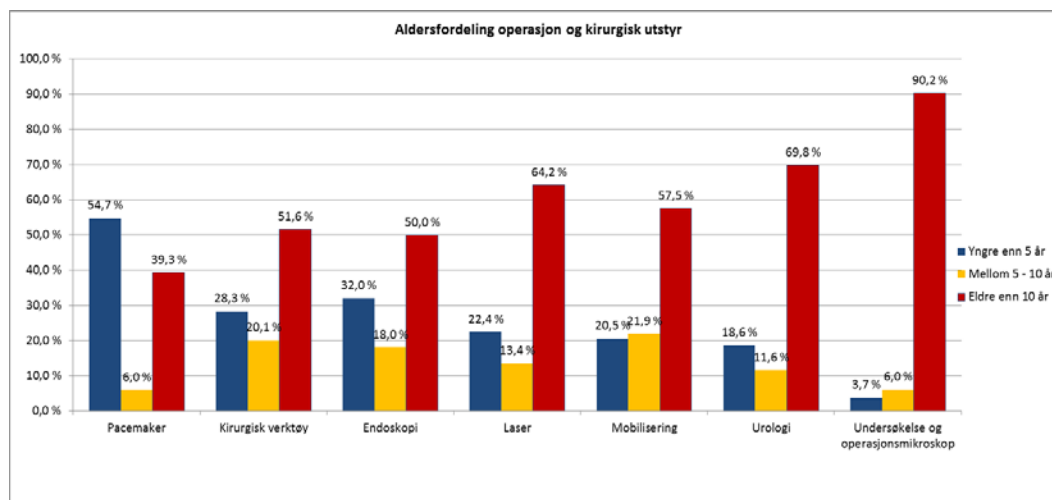
Dette er utstyr som er nødvendig for å drive pasientbehandling på en operasjonsstue. Aldersfordelingen er vist i figur 16.



Figur 16, aldersfordeling på kategorien bildedannende og stråleterapeutisk utstyr fordelt på antall enheter

Aldersgruppe	Akkumulert anskaffelsesverdi
Eldre enn 10 år	152 374 962
Mellom 5 - 10 år	107 981 689
Yngre enn 5 år	149 969 685
Totalsum	410 326 336

Figur 17, aldersfordeling på kategori Operasjon og kirurgi som funksjon av akkumulert anskaffelseskostnad.

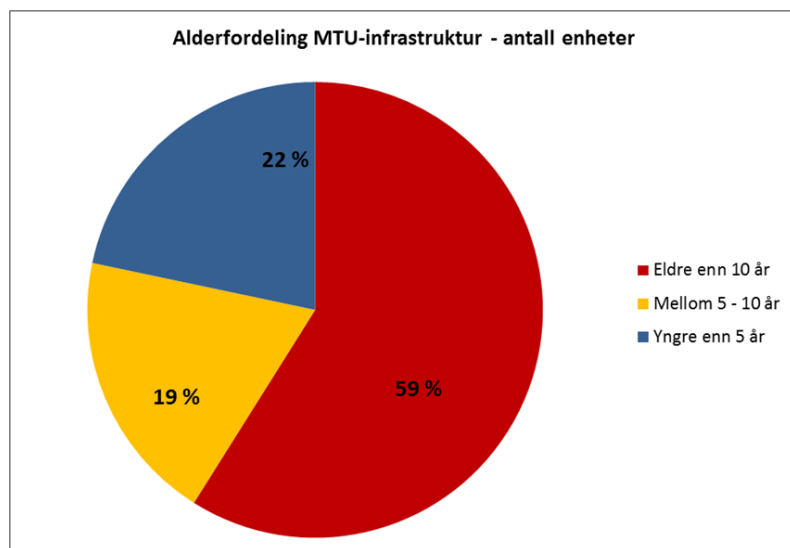


Figur 18, aldersfordeling for underkategorier av operasjon og kirurgisk utstyr

Endoskopi ser ikke så ille ut i grafen, men det er viktig å presisere at dette er utstyr med høy slitasje og hyppige sammenbrudd. Gjennomsnittlig levetid for kategorien er 4 år. I tillegg viser grafen at det er nødvendig med en viss utskiftning av mikroskop, selv om disse har lang levetid.

4.4 MTU-infrastruktur

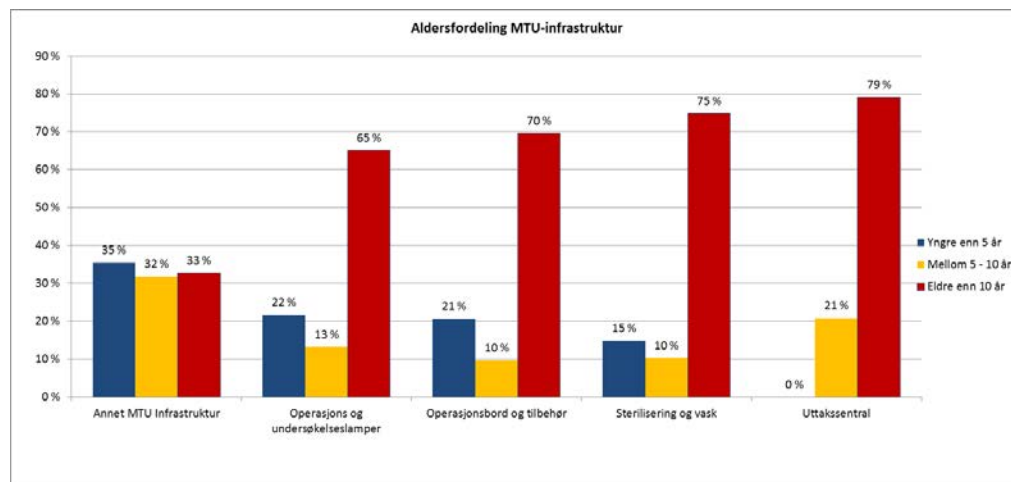
Dette er en liten kategori med utstyr som i utgangspunktet har lengre levetid enn de fleste andre. Aldersfordelingen er vist i figur 19.



Figur 19, aldersfordeling på kategorien MTU infrastruktur fordelt på antall enheter

Aldersgruppe	Akkumulert anskaffelses
Eldre enn 10 år	91 748 669
Mellom 5 - 10 år	45 664 290
Yngre enn 5 år	39 958 875
Totalsum	177 371 835

Figur 20, aldersfordeling på kategori MTU-infrastruktur som funksjon av akkumulert anskaffelseskostnad.

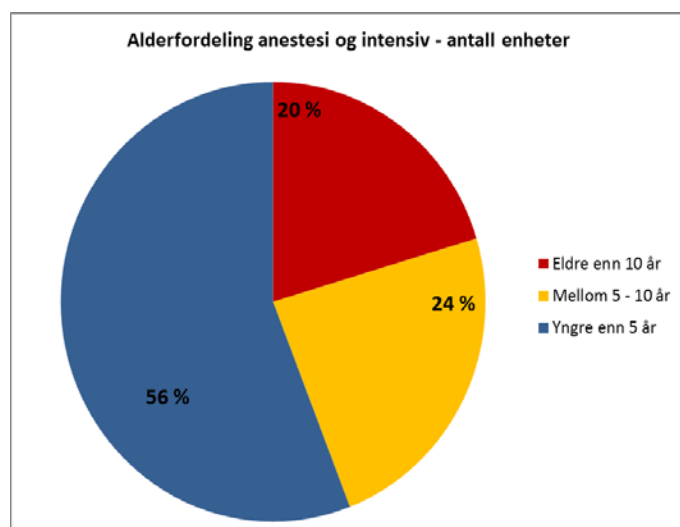


Figur 21, aldersfordeling for underkategorier av MTU-infrastrukturstyr

Det pågår en større kartlegging av utstyr i operasjonsstuer ved OUS, og en andel av investeringsbudsjettene avsettes til å dekke opp for utskiftninger av uttaksentraler, operasjonsbord og operasjonslamper.

4.5 Anestesi og intensiv

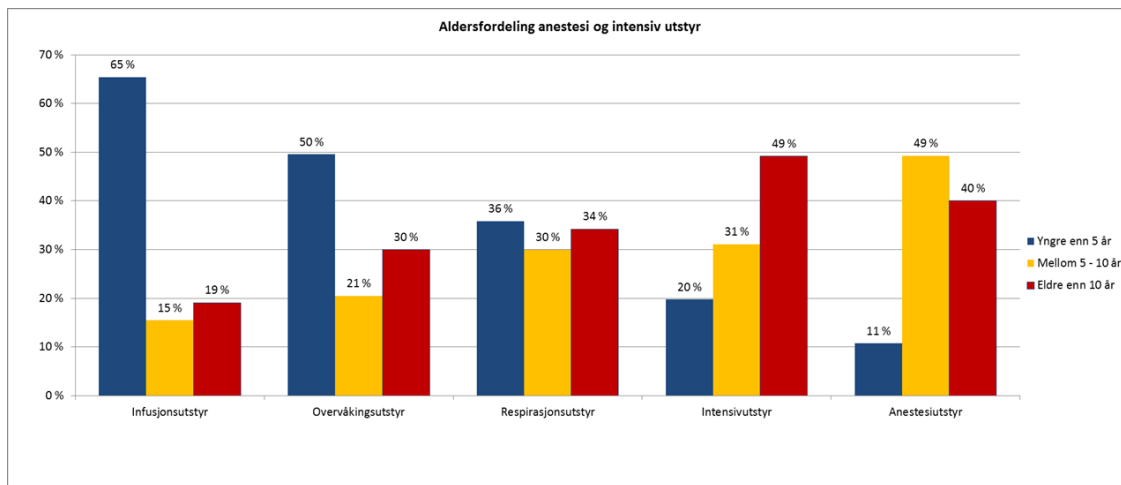
Underkategoriene representerer mye av utstyret som anvendes av anestesi og intensivavdelingene. Det vil være en gråsoner med denne innkjøpsgruppen og innkjøpsgruppen Terapi/Diagnostikk. Aldersfordelingen er vist i fig 23.



Figur 22, aldersfordeling på kategori Anestesi og intensiv fordelt på antall enheter.

Aldersgruppe	Akkumulert anskaffelse
Eldre enn 10 år	101 066 522
Mellom 5 - 10 år	171 587 058
Yngre enn 5 år	185 829 923
Totalsum	458 483 503

Figur 23, aldersfordeling på kategori Anestesi og intensiv som funksjon av akkumulert anskaffelseskostnad.



Figur 24, aldersfordeling for underkategorier av anesthesi og intensivtutstyr

Underkategoriene er godt egnet for regionale anskaffelser. Kartlegging og analyse av respirasjonsutstyr og anestesiutstyr er gjennomført og arbeidet med regionale anbudspakker pågår. Infusjons og sprøytepumper er nylig skiftet ut som en flåteutskiftning og har derfor lav alder og bra tilstand. Samme gjelder overvåkingsutstyr der det har vært en større utskiftning i 2018.

4.5.1 Eksempel: Kartlegging, analyse og anskaffelse av underkategori respirasjonsutstyr

Det ble laget en OUS- og regional analyserapport av respiratorparken til voksen/barn som konkluderte med at; over en 10-års periode vil den akkumulerte anskaffelseskostnaden utgjøre 118 MNOK i nominelle verdi.

Den tekniske statusen på parken var ikke kritisk, men i løpet av en fire års periode ville det være behov for å anskaffe 75 respiratorer for å beholde dagens kapasitet. Med et regionalt prosjekt med en stor flåteanskaffelse var det etter god utprøving og evaluering oppnådd betydelig besparelse i anskaffelseskostnad. Samspillet mellom klinikkene under utrullingsplanleggingen gjorde at vi fikk en enhetlig og fornuftig konfigurasjon av utstyret.

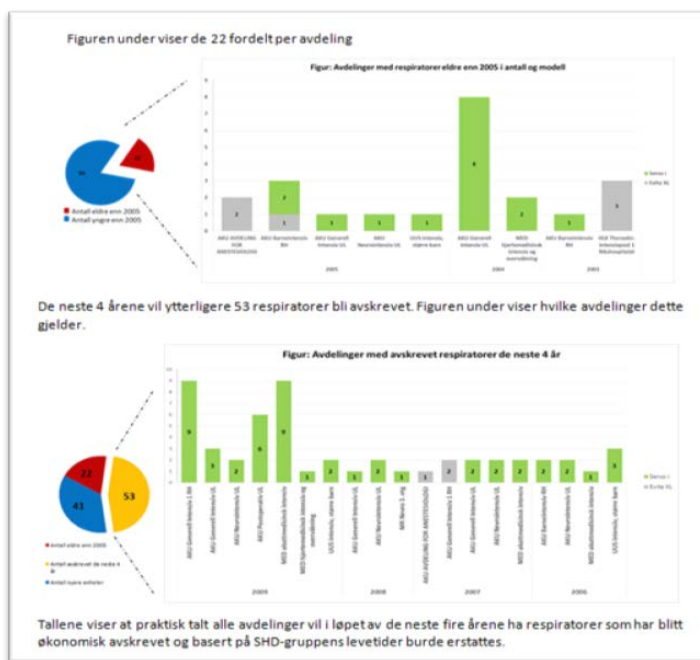
I

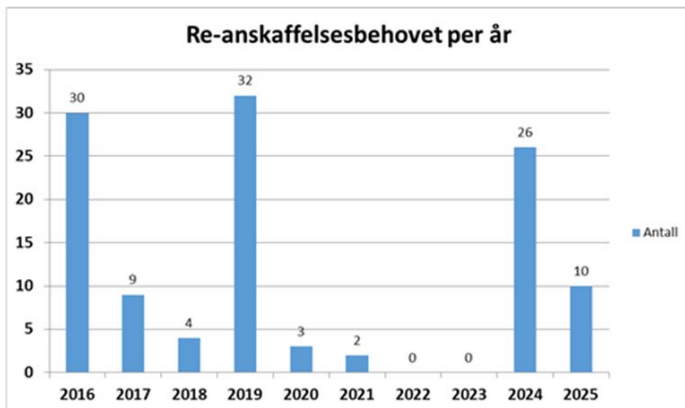
Kartlegging og analyse av anbudspakke

Respirator/ventilator

Medisin-teknologisk virksomhetsområde Oslo Universitetssykehus HF
v/Regionalt kompetansesenter for samordning av MTU anskaffelser i
Helse Sør-Øst, Oslo Universitetssykehus HF

Versjon: 0.97 Dato: 13.10.2016





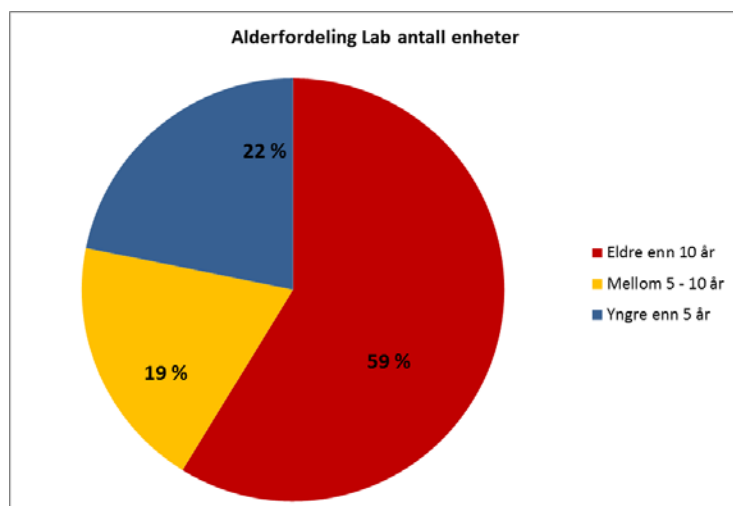
År	Antall	Totalpris	Akkumulert
2016	30	27 746 775	27 746 775
2017	9	8 532 133	36 278 908
2018	4	3 886 861	40 165 769
2019	32	31 872 258	72 038 027
2020	3	3 062 725	75 100 752
2021	2	2 092 862	77 193 614
2022	0	-	77 193 614
2023	0	-	77 193 614
2024	26	29 299 184	106 492 798
2025	10	11 550 640	118 043 438
Totalt	116	118 043 438	118 043 438

Fase	Tidsperiode	Prioritet	Jererte klinikk/avdelin	Spesifikasjon	Antall	Pris per stk inkl MVA	Totalt	Kommentar	
1	2019	1	AKU UL Gen. Int 1		14	226 875	3 176 250		
		2	AKU UL Nevrointensiv		10	226 875	2 268 750	Kjell fordeler totalt 19 maskiner over Gen 1 og Nevrointensiv	
		2	TKAI 1		12	254 250	3 051 000	Hvorav 6 stk med barnekonfigurasjon	
		2	MED UL		18	226 875	4 083 750	4 Servo-U overføres til AKU RAD og AKU Aker	
		3	SIM-Senteret		2	226 875	453 750	Hvilke konfigurasjoner/opsjoner må disse ha	
			Opsjonsbuffer				1 000 000	1 000 000	
Totalt estimat fase 1					56		14 093 500		
2	2020	1	AKU Barneintensiv RH	Med barnekonfigurasjon	10	260 125	2 601 250		
		1	AKU Barneintensiv UL	Med barnekonfigurasjon	6	260 125	1 560 750		
		2	PO UL		5	226 875	1 134 375		
			Opsjonsbuffer				500 000	500 000	
Totalt estimat fase 2					21		5 796 375		
3	2021	1	Thorax UL		7	226 875	1 588 125		
		2	MTV-OSS lånemaskiner til PV		4	226 875	907 500		
			Back-up		TBD	0	0	0	
			Opsjonsbuffer				300 000	300 000	
Totalt estimat 2020 (fase 3)					11		2 795 625		
Totalt estimat investering					88		22 625 500		

Figur 25, illustrasjoner fra analysen av respirasjonsutstyr

4.6 Laboratoriestyr

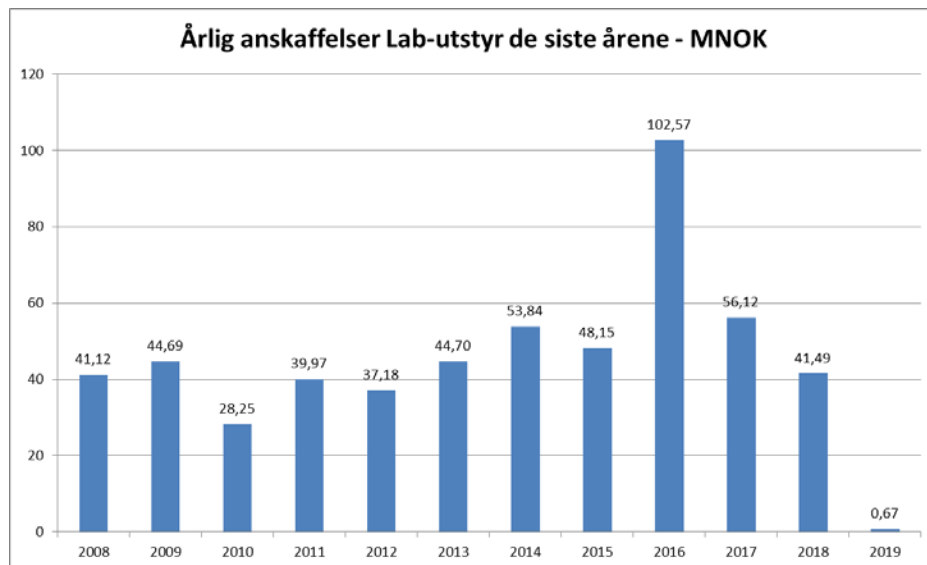
Denne gruppen er ikke kategorisert på samme måte som "medisinsk-teknisk utstyr", fordi den er plassert i en annen innkjøpsgruppe. Imidlertid vil alderssammensetningen gi et visst inntrykk av hvor mye som må reanskaffes hvert år framover, denne finnes i figur 26.



Figur 26, aldersfordeling på kategori Laboratoriestyr fordelt på antall enheter.

Aldersgruppe	Akkumulert anskaffelsesverdi
Eldre enn 10 år	314 276 404
Mellom 5 - 10 år	194 804 786
Yngre enn 5 år	302 847 995
Totalsum	811 929 186

Figur 27, aldersfordeling på kategori Laboratorieutstyr som funksjon av akkumulert anskaffelseskostnad.



Figur 28, årlige anskaffelser av laboratorieutstyr siste 10 år

Den store toppen i 2016 skyldtes en større installasjon av et laboratorieautomasjonssystem på Rikshospitalet.

5. Konkrete investeringsplaner i planperioden (2019) 2020 – 2023

5.1 Investeringstabell (2019) 2020-2023 med forklaring

I tabell 1 er det blitt endret til innkjøpsgrupper som viser plan over tid på tvers av klinikker og avdelinger. En egen linje i investeringstabellen for flåteutskiftninger utgår og de legges inn under de spesifikke innkjøpsgruppene. Det samme gjelder øvrige elektive behov som tidligere har hatt en linje i tabellen.

Tabell 1: Økonomisk langtidsplan for MTU investeringer 2020 – 2023 med vedtatt budsjett for MTU investeringer 2019.

Note	Innkjøpsgrupper	2019	2020 ØLP	2021 ØLP	2022 ØLP	2023 ØLP	Sum ØLP
Total ramme		452	397	342	347	1210	2397
1	Billedannede og stråleterapeutisk utstyr	140	112	60	56	36	404
2	Terapi og diagnostikk	13	5	0	0	10	28
3	Anestesi og intensiv	42	33	15	10	5	105
4	Operasjon og kirurgi	30	35	12	8	7	92
5	MTU infrastruktur	16	5	0	0	3	24
6	Lab-utstyr	26	24	15	15	25	105
7	Virksomhets-tilpasninger for god og effektiv drift	4	0	0	0	0	4
8	Reserve	10	10	10	10	10	50
9	Sammenbrudd*	134	134	150	150	160	728
10	Inven2 As	5	5	5	5	5	25
11	Forskningsrelaterte investeringer	7	10	10	10	10	47
12	Innovative anskaffelser	2	2	5	5	5	19
13	Aktiveringer	23	22	20	18	23	106
14	Nytt klinikkbygg RAD	0	0	0	0	376	376
15	Protonsenter	0	0	0	0	534	534
16	Nye Gaustad	0	0	0	0	0	0
17	Nye Aker	0	0	0	0	0	0
18	Ny storby-legevakt	0	0	40	60	0	100
19	Kostnad ved eventuelt kjøp av leid utstyr	0	0	0	0	1	1

I økonomisk langtidsplan for 2020-2023 er det tatt hensyn til en pålagt reduksjon i finansiell leie. Dette innebærer et betydelig redusert investeringsnivå i planperioden. Tilgjengelige investeringsmidler vil i planperioden i større grad måtte gå til utskiftninger i forbindelse med akutte sammenbrudd i stedet for planlagte utskiftninger og det er derfor vanskeligere å si hvilke type utstyr som vil bli skiftet ut i planperioden. Tabellen viser derfor en oppsummering av tentative planer/ prioriteringer.

Av spesielle forhold som ligger til grunn for prioriteringene i tabellen nevnes konkret i følgende noter:

1. Bildedannende og stråleterapeutisk utstyr

- Angiografi og intervensjon - Det er forventet en økning innenfor utvalgt artikkelgruppe. Kapasiteten må økes derfor på angio- og intervensjonsutstyr. I tillegg bør 50 % av utstyrsparken skiftes ut over en 5 årsperiode. Det er med de gitte forutsetninger for investeringer i MTU vanskelig å gjennomføre en slik utskiftingsplan.
- CT - ØLP 2015 – 2018 la til grunn en prioritering innen satsningsområder (f.eks. CT), og investeringene i 2019 er i tråd med innstillingene fra fagmiljøene innen radiologi. Dette gjennomføres med 3 stk. CTer i 2019. For CT-maskiner bør det prioriteres 1 til 2 per år fra og med 2020. Det er viktig med et godt samarbeid med Sykehusbygg, slik at vi finner en harmonisk plan for hva som flyttes med og hva som ikke vil flyttes inn i nye bygg. Det er med de gitte forutsetninger for investeringer i MTU vanskelig å gjennomføre en slik utskiftingsplan.
- Dental og kjeveøntgen - Mye gammelt utstyr og utskiftning / sammenbrudd kan forventes de neste årene.
- Mammografiutstyr - Kapasiteten må økes på mammografiutstyr. Over en 5 årsperiode bør 50 % av utstyrsparken i tillegg skiftes ut til en kostnad på anslagsvis 12 MNOK. Det er med de gitte forutsetninger for investeringer i MTU vanskelig å gjennomføre en slik utskiftingsplan.
- MR - MR er et område hvor det per nå ofte er størst utvikling på software, og ikke nødvendigvis hardware. For anbudspakken bør man gjennomføre en kost/nytte-vurdering av å inkludere tilgang på fremtidige software-oppgraderinger i anskaffelsen og avtalen. Med en normert levetid på 10 år, svarer dette til en utskiftning av 1,8 MRer per år. Oppgradering av MRene forlenger levetiden og bør prioriteres, da det demper utskiftingstakten. Med de gitte forutsetninger for investeringer i MTU blir det vanskelig å gjennomføre en strategisk oppgraderingsplan.
- Nukleærmedisinsk utstyr - Kapasiteten for SPECT/CT og PET/CT er nådd. Ved å skifte ut 3 stk. gammakameraer mot 1 stk. SPECT/CT i nærmeste fremtid, vil parken til KRN være oppdatert. Det ble anskaffet PET/CT i 2017. Disse vil normalt være i drift i minimum 7 år før det er aktuelt med utskifting. Det er også meldt inn fra KRN at det vil være behov for en økning av 2 stk. PET/CT frem mot 2027. Dette betyr en utskifting/økning i kapasitet på 2-4 stk. PET/CT i perioden 2020-2023. Det er med de gitte forutsetninger for investeringer i MTU vanskelig å gjennomføre en slik utskiftings- og økningsplan.
- Radiografiutstyr, stasjonær - Det er et stort antall røntgen- og gjennomlysningslaboratorier, og de har en høy gjennomsnittsalder. Halvparten er over 10 år. Det må derfor legges opp til en planlagt utskifting, med opsjoner i avtalene det kan gjøres avrop på. Det er med de gitte forutsetninger for investeringer i MTU vanskelig å gjennomføre en slik utskiftingsplan.
- Radiografiutstyr, mobilt (c-buer) - C-bue elektivt baserer seg på en re-anskaffelse av eksisterende utstyr (fra analog teknologi til digital teknologi), og en liten økning framover for å ta høyde for økt produksjon. C-bue og mobile røntgenapparater egner seg på regionale rammeavtaler som muliggjør gunstige anskaffelser. Nytt utstyr bidrar til endret arbeidsflyt og mindre dosebelastning (O-arm). Aker skifter ut en fastmontert angiolab med en mobil C-bue.
- Stråleterapeutisk utstyr - Stråleterapeutistyre ved OUS er i snitt gammelt og må byttes ut, selv om strålekapasiteten ved OUS skal trappes ned. Utskifting av Linacer går saktere en planlagt. Planen var 2 stk. i året, men i 2018 og 2019 anskaffes kun en hvert år. Det er med de gitte forutsetninger for investeringer i MTU vanskelig å gjennomføre en slik utskiftingsplan.

- Ultralyd – Ultralyd brukes i økende grad som veiledning ved ulike typer innstikk. OUS har mer enn 300 stk. Mange ultralydapparater kommer på sammenbrudd. Det vil arbeides med en ny regional avtale på enkelte typer ultralyd. Grunnet det store volumet må avtaler på plass for å kunne gjøre avrop, men ulike bruksområdene vanskeliggjør en generell avtale. Arbeidet med en langtidsplan må oppstartes. Det er med de gitte forutsetninger for investeringer i MTU vanskelig å gjennomføre en slik utskiftingsplan.
2. Terapi og diagnostikk
- Grunnutrustning til neonatal og føde - Utskiftning av åpne kuvøser er satt i gang i 2019 og 2020. Systemløsning til CTG er et regionalt HSØ-prosjekt i RSKI.
 - Dialyse - Over halve dialysemaskinparken er mellom 5 og 10 år gammel. Det må i løpet av noen år gjøre nye anskaffelser.
 - Pasientnært måleutstyr - Generelt mye gammelt utstyr (blodtrykksapparater, blærescanner, termometer, vektor m.m.). For blodtrykksmål bør en vurdere integrasjon mot kurve, samt hensyn ta USE (early warningscore).
 - Annet terapi og diagnostisk utstyr - ØNH, odontologisk utstyr, oftalmisk utstyr, nevrologi og nevrofysiologi
3. Anestesi og intensiv
- Anestesiutstyr - Regional rammeavtale er på plass våren 2019. Planlagt flåteutskifting av anestesiapparatene over 4 år. Det er med de gitte forutsetninger for investeringer i MTU vanskelig å gjennomføre en slik utskiftingsplan.
 - Infusjonsutstyr - Flåten er standardisert, men det er behov for en suppleringsavtale. Flåten ble skiftet over en fireårsperiode fra 2014.
 - Intensivutstyr - Det er innkjøpt en intensivseng årlig under virksomhetstilpasninger for god og effektiv drift (BC).
 - Respirasjonsutstyr - Regional rammeavtale var på plass høsten 2018 og en utskiftingsplan er på plass. Respiratorer voksen/barn skiftes ut på sykehusene over en 3 års periode. Resterende respiratorer skiftes på en ny rammeavtale om 7-10 år. Det er med de gitte forutsetninger for investeringer i MTU vanskelig å gjennomføre en slik utskiftingsplan.
 - Overvåkningsutstyr - Generelt er det anskaffet mye overvåkningsutstyr og det er en standardisering på sykehusene. Det er dog ikke en homogen utstyrspark. Det er en tverrgående løsning på RH som kan være en løsning for de andre sykehusene også. Det må avsettes midler til suppleringskjøp og utvidelse for å få til slike løsninger som gir mer effektiv bruk av utstyret. Integrering mot DIPS og Metavision er også viktig å få til her. Det er med de gitte forutsetninger for investeringer i MTU vanskelig å gjennomføre en slik utskiftingsplan.
4. Operasjon og kirurgi
- Endoskopi - Det er registrert om lag 300 fleksible endoskop i hele OUS og 84 tilhørende rack. Normert levetid er bare 4 år for fleksible endoskop, og det foreslås avsatt penger til egen post på budsjett for kommende budsjettår. Det arbeides med muligheten for en regional avtale.
 - Operasjonsrobot - Kirurgirobot på Aker ble erstattet i 2018. Det er meldt inn behov i 2019 på mulig utvidelse med en ny robot i 2020. Det er store kostnader forbundet med anskaffelse og forbruksmateriell. Det er ikke en plan på plass for kirurgiske roboter.

- Laser - Mye av utstyret er over 10 år og behovene meldes inn elektivt.
 - Undersøkelses- og operasjonsmikroskop - Denne utstyrsgruppen har levetid på over 10 år.
 - Kirurgiske verktøy
 - Annet operasjon og kirurgisk utstyr
5. MTU infrastruktur
- Operasjonsbord - Operasjonsbordene på Rikshospitalet (systembord) viser stor slitasje. Det arbeides med en rammeavtale på operasjonsbord, slik at det settes av en sum hvert år for å skifte ut de eldste og mest slitte bordene. Det er med de gitte forutsetninger for investeringer i MTU vanskelig å gjennomføre en slik utskiftingsplan.
 - Operasjons- og undersøkelseslamper - Operasjonslampene på Rikshospitalet er gjennomgående i svært dårlig forfatning. En god del av disse er skiftet ut i 2018, og utskiftingen fortsettes i årene fremover. Plan legges for Ullevål. Det er lagd en rammeavtale og det settes av en sum hvert år for å skifte ut de eldste og mest slitte lampene. Det er med de gitte forutsetninger for investeringer i MTU vanskelig å gjennomføre en slik utskiftingsplan.
 - Sterilisering og vask - Det skiftes ved elektivt og sammenbrudd autoklave, bekkenspylere, instrumentvaskemaskiner, skopvaskemaskiner og ultralydvasker.
 - Uttakssentraler - Uttakssentralene på Radiumhospitalet må skiftes med minimumsløsning til nytt klinikkbygg er på plass. Ullevål må skifte 14 stk. uttakssentraler.
6. Lab
- Laboratorieutstyr - Kombinasjon av nye analysemaskiner og automatiserte løsninger tilsier en økning over tid. Det er mye gammelt utstyr og altfor mye utstyr skiftes ut etter sammenbrudd. Det er derfor viktig å få på plass en langtidsplan for utskifting av kategorien Lab-utstyr. Volumet på MTU og forbruksmateriell utgjør store summer og må sees under ett.
7. Virksomhetstilpasninger for god og effektiv drift (BC)
- Lønnsomme investeringer/ businesscase er en mulighet til å effektivisere driften. Vedtatte investeringer for 2019 er intensivseng RH, UVA-1 kabinett til behandling av sklerodermipasienter, massespektrometer og PDE-kamera.
 - Sykehuset skal ha økonomiske konsekvenser som en større del av prioriteringen til alt MTU fremover. «Lønnsomme investeringer/ businesscase» utgår derfor i investeringsbudsjettet og ØLP.
8. Reserve
- Reserve er en konto for å kunne håndtere viktige investeringer som ikke er kjent ved års start og ikke faller inn under kategorien sammenbrudd eller står på elektiv liste. Denne posten disponeres av administrerende direktør.
9. Sammenbrudd
- Sammenbruddspotten for MTU som bryter sammen i løpet av året. Opprinnelig skulle det legges opp til en retardering av beløpet i denne posten, med en antatt stabilisering av sammenbruddsraten etter hvert som mer penger får ut det dårligste utstyret. Det er med de gitte forutsetninger for investeringer i MTU vanskelig å planlegge en utskifting av det dårligste utstyret, og man må derfor

regne med at flere av de fremtidige investeringene vil skje grunnet sammenbrudd. Dette fører til at det må avsettes mer penger til sammenbrudd i årene som kommer.

10. Inven2 As

- Overført likviditet fra Inven2 AS er en total ramme som fordeles på driftskostnader og investeringer.

11. Forskningsrelaterte investeringer

- Forskningsrelaterte investeringer er viktig for at OUS skal kunne delta i studier på høyt internasjonalt nivå. Innmeldte behov blir prioritert av Fagråd MTU forskning. Det er viktig at sykehuset viderefører praksis med å investere i noe forskningsutstyr framover innenfor egne investeringsrammer.

12. Innovative anskaffelser

- Innovative anskaffelser er produkt/tjeneste som utvikles i samarbeid med privat aktør innenfor aktuelle markedssegment. På liste for 2019 er det satt opp barnetilpasset dialysemaskin, ny behandling av synstap/blindhet og virtuell simulator for laparoskopisk kirurgi. anbefaler en forsiktig økning.

13. Aktiveringer

- Aktivering er potten for ressursbruk internt i MTV for gjennomføring av vedtatte anskaffelser.

14. Nytt klinikkbygg RAD

- MTU-budsjettet for investeringer vil også påvirkes av de nye sykehusprosjektene. Totalsummen på MTU i 2022 inkluderer Nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet. Det må planlegges nøye hva som skal inngå der. Det er viktig med et godt samarbeid med Sykehus Bygg, slik at vi finner en harmonisk plan for hva som flyttes med og hva som ikke vil flyttes inn i nye bygg. Utnytte muligheten av regionale- og OUS- rammeavtaler som er aktive og kommende.

15. Protonsenter

- MTU-budsjettet for investeringer vil også påvirkes av de nye sykehusprosjektene. Total summen på MTU i 2022 inkluderer Protonsenter.

16. Nye Gaustad

- MTU-budsjettet for investeringer vil også påvirkes av de nye sykehusprosjektene. Total summen på MTU i 2029 inkluderer Nye Gaustad.

17. Nye Aker

- MTU-budsjettet for investeringer vil også påvirkes av de nye sykehusprosjektene. Total summen på MTU i 2028 inkluderer Nye Aker.

18. Ny storby-legevakt

- Utstyr til ny storbylegevakt er hensyntatt og planlagt med om lag 100 millioner kroner for hele perioden, og er inkludert i tallene i punktene over. Disse har ingen særskilt finansiering, og skal hensyntas innenfor foretakets ordinære finansiering.

19. Kostnad ved eventuelt kjøp av leid utstyr.

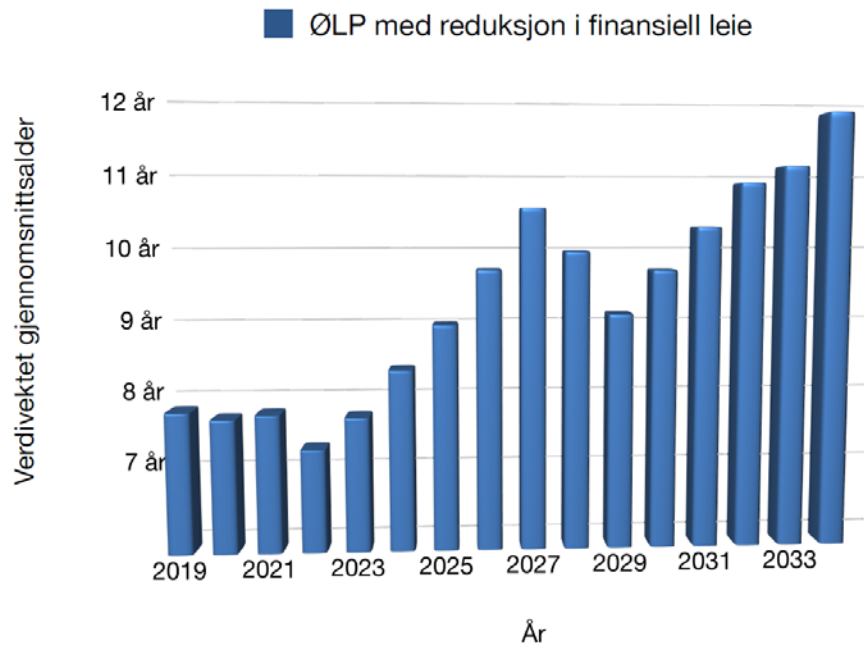
- Ved inngangen til 2019 er det inngått litt under 300 finansielle leieavtaler, og det forventes å øke jevnt i løpet av året. Utsyr som er leid, må vurderes før leieperioden utløper, om utstyret skal leveres tilbake eller kjøpes. En estimert restverdi på 6 % er benyttet i tabellen som viser status ved utkjøp basert på tall november 2018.

5.2 Effekt av redusert ramme for finansiell leie for MTU-området

I områdeplanen er det innarbeidet en gradvis nedtrapping av bruk av finansiell leie som verktøy for investeringer i tråd med føringer fra Helse Sør-øst. For MTU-området vil dette primært gi seg utslag i et lavere investeringsnivå enn tidligere antatt og foreslått i tidligere versjoner av MTU-områdeplanen. Effekten av dette kan være vanskelig å anslå, det er mange variable som inngår, men sett litt overordnet er det likevel mulig å si noe om hva vi forventer vil bli konsekvensen av et redusert investeringsnivå.

Gjennomsnittsalder brukes ofte som et overordnet uttrykk for utstyrsparkens tilstand. Høy alder indikerer en teknologisk utdatert utstyrspark med lav driftssikkerhet. Særlig blir dette uttalt når gjennomsnittsalderen nærmer seg utstyrets forventede levetid, som i snitt er 10 år for MTU. Det må påpekes at de seneste års økte MTU-investeringer har gitt en effekt som er synlig innenfor prioriterte områder, som for eksempel billedannende utstyr, der situasjonen har blitt betydelig bedre. Det viser at det nytter å satse, og at summen av økte investeringer, og tiltak for å optimalisere prioriteringer og anskaffelser, vil gi pasienter og klinikere ved OUS et verktøy som holder et riktig nivå på kvalitet og tilgjengelighet i forhold til den pasientbehandlingen sykehuset er pålagt å levere. Det motsatte må forventes å inntreffe når investeringsnivåene synker.

Utviklingen i gjennomsnittsalder er beregnet og vist i figur 29, der søylene angir forventet verdivektet gjennomsnittsalder forutsatt den angitte nedtrappingen av finansiell leie som angitt i Økonomisk langtidsplan 2020-2023. Til å utvikle prediksjonsmodellen er det brukt historiske data tilbake til 1990-tallet, og basert på disse utstyrsdataene er det utviklet en statistisk validert modell som har vist god prediksjon på utviklingen i verdivektet gjennomsnittsalder som funksjon av investeringsnivå. Modellen viser at verdivektet gjennomsnittsalder øker, selv med utstyrsinvesteringer i nye bygg. Hovedårsaken er at nedgangen i gjennomsnittsalder på utstyret som kommer som en følge av utstyrsinvesteringer i nye bygg ikke er tilstrekkelig til å veie opp for fravær av investeringsmidler i en aldrende utstyrspark i sykehuset for øvrig.



Figur 29. Utviklingen i verdivektet gjennomsnittsalder som funksjon av investeringsbeløp for ØLP med redusert investeringsnivå som følge av reduksjon i finansiell leie for årene 2019-2039 til et jevnt nivå på 100 millioner kr per år. Protonsenteret er holdt utenfor.

Simuleringene viser at gjennomsnittsalderen vil stige, de praktiske konsekvensene av denne økningen er en dårligere utstyrspark hvor det må forventes hyppigere sammenbrudd, økt nedetid med økt frekvens i reparasjoner og vedlikeholdskostnader. For investeringsstrategien vil den begrensede investeringstakten måtte gi seg utslag i at det blir nødvendig å reversere prosessen med å minske andelen sammenbruddsanskaffelser til fordel for elektive anskaffelser. I hvor stor grad dette vil skje er i stor grad avhengig av det endelige investeringsnivået over tid. Som tidligere påpekt er sammenbruddsanskaffelser kostbare og ineffektive, og medfører vesentlige ulemper for driften som kan gjøre det vanskeligere for klinikkene å oppnå sine produksjonsmål. Verre, sett fra pasientens ståsted, er den økte risikoen for pasientskader og manglende behandling og lengre ventetider. Den risikoen er vanskeligere å akseptere enn de rene produksjonstekniske eller økonomiske.

Det er umulig å tallfeste denne risikoen eller å gi robuste anslag på mulige konsekvenser med tilstrekkelig sikkerhet til at det er mulig å slå fast med sikkerhet når utstyrsparkens tilstand nærmer seg det uforsvarlige. Men med en utstyrspark som i utgangspunktet er gammel er marginene allerede små for å kunne takle flere påfølgende år med en betydelig lavere investeringstakt. Dette bør tas inn i vurderingen når de økonomiske langtidsplanene legges for MTU-investeringstakten i OUS for årene framover.

6. Oppsummering og konklusjon

OUS har en stor og kompleks utstyrspark, som er motoren i den spesialiserte pasientbehandlingen som drives ved sykehuset. For at denne skal fungere på en tilfredsstillende og forsvarlig måte er det viktig å ha et nivå på MTU-parken som ikke er for dårlig i forhold til behovet. Det er igangsatt et stort arbeid for å etablere et system som:

- a. Gjør at OUS får mest mulig igjen for hver investerte krone
- b. Kan få en oversikt over eksakt hvilke utstyrstyper som skal anskaffes neste periode
- c. Kan få mer av anskaffelsene fra sammenbrudd til elektiv prosess

Dette nye systemet vil forhåpentligvis forbedre situasjonen på utstyrssiden. Likevel vil det fortsatt være nødvendig å øke investeringstakten, for å få ned gjennomsnittsalderen på utstyret til et nivå som er nærmere måltallet fra Helse Sørøst på 7,4 år.

I økonomisk langtidsplan for 2020-2023 er det tatt hensyn til en pålagt reduksjon i finansiell leie. Dette innebærer et redusert investeringsnivå i planperioden, som reduserer utskifting av eldre utstyr og bidrar negativt til ønsket snittalder på utstyrsparken. For OUS som høyspesialisert sykehus med lands- og regionfunksjoner er det ekstra sårbart å ha verktøy som er utdatert og dårlig fungerende. For sykehusets pasienter betyr det økt risiko for pasientskader og dårligere effekt av behandlingen samt økt risiko for uønskede sekundæreffekter. Det blir også vanskeligere for klinikkene å drive effektiv pasientbehandling, noe som igjen kan ramme klinikkens mulighet til å gjennomføre pålagte effektiviseringer. Det er også sannsynlig at disse effektene kan føre til uro og mediestøy. Oppsummert er det derfor grunn til å advare mot virkningen av å innskrenke investeringsmidlene til MTU over tid, særlig når utgangspunktet er at utstyrsparken allerede er den eldste i regionen. Det kan gi uheldige effekter på flere plan og kan vise seg svært vanskelig å håndtere og forsvare sett i lys av tidligere uttalte målsetninger for HF og RHF.

**Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF
2020-2023**



**OMRÅDEPLAN FOR INFORMASJONS- OG
KOMMUNIKASJONSTEKNOLOGI I
OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF
2020 - 2023**

**Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF
2020-2023**

INNLEDNING

I 2018 har Oslo universitetssykehus (OUS) ferdigstilt sin utviklingsplan frem mot 2035. Den viser at OUS legger stor vekt på teknologi for å understøtte nye og mer individualiserte behandlingsformer, behandling utenfor sykehuset, mer samhandling og mer medvirkning med pasientene for å styrke deres mestringsevne. OUS har en forventning om å være ledende innen ny teknologi, og planen skal være basis for konkrete handlingsplaner for å kunne «utvikle morgendagens behandling sammen med pasientene».

OUS skal i perioden frem mot 2035 bygge mange nye sykehusbygg. Den store aktiviteten innen bygg og byggrelatert virksomhet vil sette store krav til IKT utviklingen ved OUS i årene fremover og sykehuset må ta i bruk mulighetene som ligger i nye bygg og ny teknologi for å effektivisere driften.

Som et resultat av 20 års digitalisering av papirbaserte prosesser, vil mange av sykehusets kliniske prosesser være digitalisert i løpet av 2019/2020. Den første fasen av digitalisering er nesten over, og vi vil starte arbeidet med å utbedre samhandling og integrasjon mellom våre IKT tjenester, slik at de kliniske prosessene understøttes på en enklere og mer effektiv måte. Digitalisering og innsamling av store datamengder, gjør bruk av kunstig intelligens helt nødvendig. Dette for å utnytte sanntidsdata til bedre beslutningsstøtte, samt legge til rette for sanntidsdata mellom de samhandelnde partene. Organisasjonen beveger seg mot en fase med ibrukstagelse, effektivisering av arbeidsprosesser, innovasjon og videreutvikling av sykehusets infrastruktur og tjenester.

For et sykehus med ambisjon om å gi den beste pasientbehandlingen innenfor gitte økonomiske rammer, er bruk av riktig teknologi viktig. Å investere i, samt ta i bruk ny teknologi, er dermed et grunnleggende premiss for kvalitet og effektivitet i utførelsen av sykehusets samfunnsoppdrag.

I en utvikling der teknologiperspektivet står så sentralt er det avgjørende at OUS tar et selvstendig ansvar for hvordan organisasjonen skal utvikles med utgangspunkt i de muligheter teknologien gir. Kompetanse knyttet til å ta i bruk ny teknologi og *hvordan* dette kan gjøres, blir spesielt viktig. OUS IKT må ha kompetanse for å forstå og påvirke arbeidsprosesser i tråd med teknologiendringer, men også besitte kompetanse innen avansert teknologi. God dialog med brukermiljøene fra klinikkene i OUS er også avgjørende for å samlet sett kunne fylle følgende roller:

- Å være en kompetent og drivende teknologipartner for klinikkene i OUS
- Å være en kompetent premissgiver ved utforming av regional teknologistrategi
- Å være en komplementær kraft i samarbeidet med vår driftsleverandør

**Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF
2020-2023**

INNHOLDSFORTEGNELSE

OVERORDNET MÅLBILDE	4
AKTIVITETER PÅ TEKNOLOGI OG INFRASTRUKTUR 2020-2023	5
AKTIVITETER PÅ KLINISK OMRÅDE 2020-2023	6
AKTIVITETER INNEN FORSKNING OG INNOVASJON 2020 -2023	13
AKTIVITETER INNEN ADMINISTRATIVE LØSNINGER 2020-2023.....	15
GEVINSTUTTAK	FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.
RISIKO OG SÅRBARHET	19
RAMMEFAKTORER	19
RISIKOBILDE.....	21

**Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF
2020-2023**

OVERORDNET MÅLBILDE

Målbildet for området informasjons- og kommunikasjonsteknologi i OUS de neste fem år, realiseres gjennom regionale og lokale prosjekter. Det er avgjørende at alle prosjekter gjennomføres i tett dialog med de som har nødvendig kunnskap om kjernevirksomheten i sykehuset. Dette sikrer at vi gjør tingene riktig, men også at vi gjør de riktige tingene. Behovene i sykehuset må veie tyngst i alle prosjekter.

Sikkerhetshendelsene i 2018 har vist at kontinuerlig fokus på sikkerhet i sykehusets IKT-løsninger og infrastruktur er helt nødvendig for å ivareta et akseptabelt risikonivå. OUS vil fortsette å videreutvikle sikkerhetsløsningene som ble realisert i infrastrukturmoderniseringsprosjektet (IMP) samt løsninger som gir tilgjengelighet for pasientdata for ansatte og pasienter. Vi planlegger også gjennomføring av en rekke aktiviteter som er en direkte konsekvens av nye krav fra Personvernforordningen innført i 2018.

Oslo universitetssykehus skal i 2023 ha en oppgradert fysisk infrastruktur (kabling, strøm, kjøling), samt oppdatert nettverks-, server- og klientpark med støtte for mobilitet, lagring av store datamengder og sikker utveksling av data.

I løpet av planperioden vil klinikerne oppleve mer effektive arbeidsprosesser der dobbeltregistrering unngås pga innføring av strukturert journal og bedre integrasjon mellom systemene. Data er tilgjengelige for kvalitetssikring, beslutningsstøtte og forskning ved behov. Vi vil ha støtte for god logistikk i klinikkene, ved operasjonsavdelingene og i samhandlingen med pasientene, uavhengig av om de befinner seg på sykehus eller hjemme. I løpet av planperioden har OUS felles laboratoriedatasystem for medisinsk biokjemi, mikrobiologi, farmakologi og immunologi, som gir nye muligheter for bedre service til pasientene i tillegg til færre og bedre integrasjoner mot DIPS /andre IKT-løsninger. OUS har innført digital patologi. Nytt, felles system for radiologi og multimedia vil gi nye muligheter for teknologistøtte i diagnostikk, kommunikasjon og operasjon.

Pasientene vil ha tilgang til egen informasjon, mer påvirkning på sin egen behandling, kunne få behandling i hjemmesykehus eller poliklinikk digitalt – og vil få mer ansvar og oppgaver.

I 2023 vil OUS ha en infrastruktur som understøtter forskning gjennom sikker tilgang til kliniske data (klinisk datavarehus), multimedieinnhold, standardiserte registerløsninger (eReg og MedInsight), dokumentasjon og gjenfinning av biologisk materiale (digitalisert biobank) og understøttelse av brede samtykker. Viktige verktøy er sikre skyløsninger, lagring og håndtering av store datamengder, utprøving av ny teknologi i medisinsk bruk, bruk av kunstig intelligens, samt strukturert, fleksibel og sikker deling av elektroniske ressurser mellom forskere og forskningsgrupper internt og eksternt (multisenterstudier).

I løpet av planperioden vil OUS ha effektive og moderne fellesløsninger for de viktigste administrative prosessområdene. Et viktig område i tiden fremover vil være å bruke de eksisterende løsningene til å arbeide mer effektivt, det vil si å redusere brukernes tidsbruk og/eller øke kvaliteten i arbeidet.

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

**Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF
2020-2023**

OUS har etter fusjonen gjennomført betydelige investeringer på IKT-området. I langtidsplanen er det forutsatt et resultat med overskudd. Et bidrag til dette er å øke utnyttelsesgraden av eksisterende systemer. Dette krever at teknologien tas i bruk og utnyttes på en effektiv og kvalitetsmessig god måte. Under hvert hovedområde i planen er det skisert et sett av forventede effekter knyttet til tiltaken. Generelt er det nødvendig å fokusere på følgende tiltak ute i klinikken:

Det må sette klare mål for og krav til medarbeideres kompetanse rundt teknologi og bruk av systemverktøy

Det må jobbes med å tilpasse arbeidsprosesser som innbefatter bruk av IKT-systemer slik at arbeidsflyten blir effektiv og utnyttelsesgraden størst mulig

Det må jobbes med å tydeliggjøre sammenhengen mellom fag og kliniske IKT-systemer

Gevinstrealiseringsarbeidet må fra starten av forankres i brukermiljøene og ha en sentral plass gjennom hele prosjektperioden.

**Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF
2020-2023**

AKTIVITETER PÅ TEKNOLOGI OG INFRASTRUKTUR 2020-2023

OUS og foretaksgruppen er avhengige av en standardisert, modernisert og sikker lokal og regional IKT-infrastruktur¹ for å produsere fleksible, effektive tjenester og å legge til rette for innovasjon.

Innen 2023 skal følgende være på plass

- Ferdigstille utbredelse av trådløst nett (2021)
- En moderne og fleksibel infrastruktur for forskning (2020)
- Bedre og sikrere støtte for medisinsk- (MTU) og byggteknisk utstyr (BTU)
- Tilfredsstillende sikkerhet innebygget i infrastrukturen
- Løsninger for sporing og posisjonering av utstyr og personell er tilgjengelig for tjenester som trenger dette.
- Moderne telekommunikasjons- og videoeløsninger er tilgjengelig for pasienter og brukere på OUS, dette inkluderer løsninger for videokonsultasjoner.
- Brukere på OUS skal kunne bruke forskjellige typer skytjenester.
- High Performance Computing (HPC) og High Performance Storage (HPS) er tilgjengelig for OUS bruker.
- Infrastruktur for avansert hjemmesykehus og medisinsk avstandsoppfølging er tilgjengelig

Forutsetningen for dette er at Helse Sør-Øst sitt nye program for standardisering og infrastrukturmodernisering (STIM) er i tråd med de behovene foretaket har.

Tiltak

- Etablere trådløst nett i prioriterte bygg
- Ferdigstille lokal forskningsinfrastruktur og støtte implementering av Regionalt program for Forskning (RIF) på OUS.
- Etablere løsninger for støtte til drift og forvaltning av MTU og BTU i samarbeid med ISOP og STIM programmene i SP.
- Videreutvikle eksisterende sonemodell og sikkerhetsmekanismer i OUSnett, samt bidra til at programmene STIM og ISOP dekker sykehusets krav og behov.
- Etablere løsninger for sporing og posisjonering av utstyr og personell
- Etablere Unified Communications (UC) løsning for OUS
- Etablere Cloud Access Security Broker (CASB) for OUS
- Etablere HPC og HPS miljø på OUS for å dekke økende behov for denne type kapasitet

¹ Med standardisert, modernisert og sikker IKT-infrastruktur menes servere, nettverk, klienter og bygningsmessige tilpasninger

**Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF
2020-2023**

- Etablere løsning for avansert hjemmesykehus
- Etablere API løsninger for å overføre data fra ikke innskrevne pasienter

Effekter

Infrastrukturen gir ikke direkte effekter i seg selv, men tilgjengeligjør kapasiteter som andre prosjekter og tjenester kan benytte seg av.

Disse infrastrukturaktivitetene gjør sykehuset i stand til å benytte moderne tjenester og ikke minst ta i bruk avanserte løsninger i nye og eksisterende bygg.

For OUS er det viktig at funksjonalitet tas i bruk på hele sykehuset og ikke bare i de nye delene av sykehuset da det vil medføre et vesetlig høyere risikobilde for tjenestene og ikke minst pasientbehandlingen.

AKTIVITETER PÅ KLINISK OMRÅDE 2020-2023

KLINISKE HOVEDLØSNINGER

KURVE (METAVISION)

Bredning av kurvesystemet (Metavision) til alle sengeposter ferdigstilles i 2019. Innen 2023 bør foretaket ha tatt i bruk lukket legemiddelsløyfe for å sikre at pasienter får rett legemiddel i rett dose, til rett tid og på rett måte. I 2023 får legene ferdige doseringsforslag og varsles ved medikamentallergier eller uheldige medikamentkombinasjoner. Forbedret klinisk praksis og behandlingsoppfølging, samt forbedret legemiddelsikkerhet vil kunne føre til reduksjon i antall liggedøgn.

Tiltak:

Ferdigstille bredning av kurve

Gjennomføre prosjekt for lukket legemiddelsløyfe

Gjennomføre prosjekter for beslutningsstøtte basert på kunstig intelligens

Effekt:

Innføring av gjennomgående kurve og lukket legemiddelsløyfe vil gi større legemiddelsikkerhet og reduksjon av legemiddelrelaterte avvik. Bruk av elektronisk kurve vil redusere feiltolkning knyttet til håndskrift og dermed bidra til økt pasientsikkerhet. Gjenbruk av data vil gi ny innsikt. I tillegg vil strukturerte data kunne bidra til etablering av maskinlæring og beslutningsstøtte.

STRUKTURERT ELEKTRONISK JOURNAL (DIPS ARENA)

OUS vil prioritere å bredde DIPS Arena i løpet av de neste par årene slik at foretaket har en moderne løsning før frysperioden for Ny storbylegevakt og Nytt kreftsykehus inntreer. Innen

**Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF
2020-2023**

2023 må OUS ha tatt i bruk DIPS Arena med strukturert journal. Hele arbeidsprosesser er erstattet med ny Arena funksjonalitet slik at klinikerne i minst mulig grad blir avhengig av å bruke både DIPS Arena og DIPS Classic. En mer strukturert journal innebærer at helsepersonell kan registrere én gang (med god kvalitet) og data kan gjenbrukes til rapportering, kvalitetssikring, forskning og styringsdata. Registreringsarbeidet er mer automatisert, det er mindre behov for dobbeltregistreringer og systemene kan gi beslutningsstøtte til klinikerne. Utveksling av data til samarbeidende helseinstitusjoner og pasienter forenkles, fordi innholdet er mer standardisert.

Tiltak:

Overgang til DIPS Arena for hele foretaket

Arbeid med strukturering av journal i samarbeid med klinikerne må foregå kontinuerlig i perioden.

Innovasjonsarbeid knyttet til bruk av kunstig intelligens i kjernesystemene

Effekt:

DIPS Arena tilgjengelig for alle brukere vil forenkle brukernes hverdag, gjøre det mulig å forbedre arbeidsprosesser og informasjonsflyt også i nye bygg. Strukturert journal vil bidra til gjenbruk av data og mindre dobbeltregistrering. I tillegg vil det bidra til en mer presis dokumentasjon som kan gi grunnlag for klinisk beslutningsstøtte. Strukturering vil også bidra til en mer effektiv dialog med pasienter og tjenester der pasientene selv foretar en del av registreringen. Strukturert journal vil også være enklere å oversette, både for å støtte pasienter i utlandet og for å kunne dele informasjon med klinikere i andre land.

KLINISK LOGISTIKK (DIPS ARENA / METAVISION / GAT)

OUS legger til grunn at klinisk logistikk handler om arbeidsprosesser i sykehus, informasjonsflyt mellom prosessene, effektiv vareflyt, effektiv ressursutnyttelse av personell, utstyr og arealer og bedre koordinering av pasientflyt.

I 2023 vil strukturert EPJ basert på DIPS Arena være tett integrert med kurvesystemet slik at dobbeltregistrering ikke er nødvendig og systemene til sammen gir god støtte for arbeidsprosesser i klinikken.

MetaVision har funksjoner for automatisk høsting av data fra MTU, registrering av kliniske observasjoner, forordning og administrering av medisiner og lukket legemiddelslyfe mot apotek. Integrerer man dette med turnusplaner har man god oversikt over timebøker for personell, rom, pasienter, utstyr, medisinlagre, bestilte prøver og undersøkelser og prøvesvar. Ved hjelp av ny sikker teknologisk plattform kan man ta denne funksjonaliteten i bruk på mobilt utstyr, tavler og kiosker.

Felles laboratorieløsning, RIS/PACS og multimedialøsning inngår også som nødvendige komponenter i klinisk logistikk.

**Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF
2020-2023**

OUS gjennomfører svært mange operasjoner og er avhengig av å optimalisere planlegging og logistikk på dette området. Et samarbeid med DIPS AS vil kunne påvirke utviklingen av løsningen for å ivareta behovene.

Tiltak:

Optimalisere grensesnittene mellom de ulike kliniske hovedsystemene for enklere bruk av informasjon og bedre logistikk
Integrasjon av GAT (system for turnusplaner og modul for fleksitid) etableres
Samarbeid med DIPS AS for å tilpasse Arena operasjonsplan til Akuttklinikkens behov

Effekt:

En optimalisering av grensesnitt og arbeidsfordeling mellom de ulike hovedsystemene vil gi mindre dobbeltregistrering og sikrere gjenfinning av data. Klinisk akseptanse vil øke når de kliniske systemene bidrar til effektive arbeidsprosesser og bedre pasientsikkerhet. Datakvaliteten vil øke når muligheten for feilregistrering minimeres, noe som igjen vil øke datakvalitet for sekundærbruk.

DIGITALE INNBYGGERTJENESTER OG HJEMMESYKEHUS

OUS tar i planperioden i bruk nasjonale tjenester for pasientkommunikasjon og innsyn i egne data etter hvert som disse tilgjengeliggjøres på den nasjonale plattformen helsenorge.no. Det foregår betydelig innovasjons- og forskningsaktivitet i OUS på dette området². I de neste fem årene har OUS etablert en felles satsing på pasienttjenester, hjemmesykehus, digitale forløp, medbestemmelse og samvalg, noe som vil gjøre OUS bedre rustet til å utvikle morgendagens behandling sammen med pasientene.

«Sammen med pasientene utvikler vi morgendagens behandling»

Tiltak

Etablere nødvendig infrastruktur og tjenester for å videreutvikle konseptet avansert hjemmesykehus og medisinsk avstandsoppfølging.
Etablere MinJournal som en innovasjonsplattform for nye tjenester
Etablere et innovasjons- og utviklingssamarbeid knyttet til pasienttjenester på OUS
Delta i regionale prosjekter for å ta i bruk helsenorge.no

Effekt:

Bruk av hjemmesykehus og e-konsultasjoner (video / asynkron oppfølging) vil kunne minimere behovet for fysiske besøk ved sykehuset, samtidig som det vil øke trykghetsfølelsen til pasientene og sikre lik behandling. For pasientene kan dette bety

² Innovasjonsavdelingen (med idépoliklinikken), Senter for fremtidig helse (C3), Senter for pasientmedvirkning og samhandlingsforskning, IKT-avdelingen, Intervensjonsenteret samt klinikker og staber.

**Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF
2020-2023**

betydelig mindre reising, øke muligheten for brukermedvirkning og samarbeid med primærhelsetjenesten.

RADIOLOGI OG MULTIMEDIA

I planperioden skal det være tatt i bruk ett gjennomgående system for radiologiområdet i OUS. Systemet skal kunne understøtte en gjennomgående arbeidsflyt for området, uavhengig av hvor funksjonene er plassert geografisk. I tillegg skal et felles multimedialt lager være tatt i bruk, slik at det er enkelt å legge til bilder i journal, gjenfinne multimedialt innhold av alle typer, redigere og merke innhold. Det skal også etableres et system for måling av stråledoser.

God billedkvalitet som tillater sammenligning med tidligere undersøkelser, bidrar til økt kvalitet i pasientbehandlingen og, i akutte tilfeller, til raskere oppstart av riktig behandling. Samtidig vil sikkerheten øke.

Tiltak

OUS skal anskaffe og ta i bruk feller RIS/PACS system i OUS
OUS skal anskaffe og ta i bruk multimediasystem
OUS skal anskaffe og ta i bruk system for måling av stråledoser
Anskaffelsen skal kunne benyttes av de andre foretakene i regionen

Effekt:

Et felles RIS/PACS og multimediasystem vil øke pasientsikkerheten ved at all dokumentasjon er lagret ett sted og ikke på private enheter. Samhandlingsløsningen vil i tillegg til å øke pasientsikkerheten, gi en økonomisk gevinst ved at det blir slutt på å håndtere bilder på CD som sendes frem og tilbake i taxi. Kostnaden til Sykehuspartner bør gå ned ved forenklet drift. I tillegg muliggjør et felles system ibrukstaking av maskinlæring og elektronisk bildetolkning som kan avlaste klinikerne.

System for overvåkning av stråledose gjør at det kan rapporteres og følges opp på den samlede stråledose pasienter utsettes for i behandlingen. Innføringen dekker også et myndighetskrav.

LABORATORIEOMRÅDET

I løpet av perioden skal OUS ha innført et gjennomgående laboratoriedatasystem for området patologi i tråd med regionale føringer, og digital patologi skal tas i bruk. I tillegg skal OUS ha tatt i bruk et felles laboratoriedatasystem for de andre fagområdene medisinsk biokjemi, mikrobiologi, immunologi og farmakologi. Avdeling for medisinsk genetikk har innført et felles genetikkssystem.

Videre må alle relevante laboratorier kunne motta elektroniske rekvisisjoner og sende svar elektronisk til DIPS-OUS og alle rekvirenter i øvrige helseforetak/ helseregioner.

Laboratoriepersonell skal kunne kvalitetssikre pasient ID ved hjelp av håndholdte digitale enheter ved prøvetaking og blodtransfusjon.

**Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF
2020-2023**

I planperioden skal alle trinn knyttet til virksomhetsoverdragelsen av Rettsmedisinsk institutt til OUS være gjennomført.

Tiltak

OUS deltar i det regionale prosjektet for å ta i bruk patologimodulen Labvantage Medical Suite i LVMS.

OUS deltar i det nasjonale prosjekt om digital patologi for å etablere skanning, lagring og diagnostikk av digitaliserte mikroskopiske bilder

Det etableres et internt prosjekt i Avd. for patologi ved OUS for innføring av digital patologi

OUS igangsetter og fullfører prosjekt for å få etablert felles laboratoriesystem for andre fagområder innen lab

OUS innfører nytt laboratoriedatasystem for medisinsk genetikk, og etablerer integrerte løsninger for å understøtte genetiske laboratorieundersøkelser. Oppgradering og flytting av fagsystemet for rettsgenetikk i straffesaker (Embla) gjennomføres.

Flytting av lukket nett (rettstoksikologi) til OUS nett gjennomføres.

OUS skal innføre lukket prøvetakingsssløyfe og ID-sikring av blodtransfusjoner

Effekt:

Det regionale laboratorieprosjektet fokuserer på felles patologiesystem.

Laboratoriearbeid i patologi er mye håndarbeid og har stor behov for et funksjonelt arbeidsverktøy som kan understøtte bildeanalyse og mønstergjenkjenning (digital patologi). For de øvrige fagområdene innen laboratoriemedisin vil et felles system på OUS gi mulighet for optimaliserte arbeidsprosesser, mer effektiv drift samt mulighet for full bredning av elektronisk rekvirering. Dette tilrettelegger for bedre og raskere service til rekvirenter internt og eksternt.

STRÅLETERAPIOMRÅDET

En samling av stråleterapimiljøene på OUS vil bidra til et integrert miljø med færre typer systemer, både for stråleterapi og doseplan slik at samhandling i regionen kan forenkles.. Integrerte, sømløse løsninger internt i OUS vil være viktig for pasientsikkerhet og effektivitet.

Tiltak

Anskaffelse og implementering av nytt doseplansystem (erstatning for Oncentra)

Effekt:

Nytt doseplansystem vil understøtte daglig drift, avansert stråleterapi og automatisk doseplanlegging.

**Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF
2020-2023*****PREHOSPITALE TJENESTER***

I planperioden vil det jobbes med å ta i bruk prehospital journal. Prosjektet knyttet til anskaffelsen kjøres i regional regi. Nasjonalt prosjekt for å etablere flåtestyring med prediksjonsverktøy, samt logistikkverktøy skal i løpet av perioden anskaffet løsning som kan tas i bruk på OUS. Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral Oslo må ha et IKT-system som tilfredsstillende det volumet og behovet som eksisterer i dag og frem i tid. Det lange tidsperspektivet i det nasjonale prosjektet gjør at det er igangsatt en dialog med Helse Sør-Øst RHF knyttet til tiltak frem til det nasjonale prosjektet kan levere nødvendig funksjonalitet.

Tiltak

OUS deltar i det regionale prosjektet for prehospital journal og vil ta i bruk løsningen
OUS deltar i det nasjonale prosjektet for anskaffelse av logistikk og styringsverktøy og vil ta i bruk systemet anskaffet av det nasjonale prosjektet
Nødvendige tiltak for stabilisering av eksisterende tjenester frem til nasjonalt prosjekt er klart gjennomføres.

Effekt:

En felles regional elektronisk ambulansjournal vil sikre dokumentasjon av pasientinformasjon i hele behandlingsskjeden. Et nytt system for flåtestyring, prediksjon og logistikk vil sikre raskere oppmøtetider for ambulansene og dermed sørge for at pasientene kommer raskere til behandling. Bedre driftsstabilitet vil bidra til bedre arbeidsmiljø og lavere driftskostnader.

**Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF
2020-2023***SEKUNDÆRBRUK AV REGISTRERTE DATA****KLINISK DATAVAREHUS***

Klinisk datavarehus vil ha strukturerte, kliniske data fra en rekke elektroniske behandlingssystemer. Dette vil gjøre det mulig å kvalitetssikre, optimalisere og analysere behandlingen på tvers av mange pasienter. Klinisk datavarehus vil levere data til lokale og nasjonale kvalitetsregistre, og til dels erstatte slike kvalitetsregistre. Forskerne vil kunne effektivisere datainnsamling og slippe manuelle søk i mange ulike systemer. På den måten kan de bruke tiden på å finne ny kunnskap om sykdom og behandling. Arbeidet med strukturert journal, klinisk datavarehus, rapportering til nasjonale kvalitetsregistre og gevinstrealisering henger tett sammen.

«Sykehuset utnytter kvalitetsregistre og indikatorer i forbedring av tjenester»

Tiltak:

- Jobbe med god registreringspraksis og kvalitetsheving i grunndata
- Implementere nødvendig infrastruktur og integrasjoner slik at flere datakilder kan tas i bruk
- Tilpasse løsningen i tråd med foretaket og de forskjellige brukergruppens behov

Effekt:

Klinisk datavarehus gjør det mulig å visualisere, analysere og optimalisere diagnostikk og behandling basert på sammenhenger i data fra ulike kilder. For eksempel kan effekter av ulike medisinske og/eller kirurgiske prosedyrer for gitte populasjoner definert av diagnose måles. Dette vil gi bedre grunnlag i kvalitetssikringsarbeidet, og økte muligheter for bruk av kunstig intelligens og maskinlæring i analysen av data. Klinisk datavarehus gir mulighet for automatisering av overføring til nasjonale kvalitetsregistre i tillegg til at det gir mulighet til å erstatte mange lokale kvalitetsregistre som vedlikeholdes manuelt.

MEDISINSKE KVALITETSREGISTRE

Medisinske kvalitetsregistre er viktige verktøy for oppfølging av kvalitetsmål og kvalitetsindikatorer. OUS har ansvaret for 19 nasjonale kvalitetsregistre og har et regionalt oppdrag for å drive Servicemiljø for nasjonale kvalitetsregistre i Helse Sør-Øst. Med bakgrunn i det nye personvernlovverket, inklusive den europeiske personvernforordningen (GDPR), har foretaket besluttet et fåtall godkjente registerløsninger. En av målsetningene knyttet til kvalitetsregistre er å knytte utviklingen av disse tettere opp mot journalsystemene, i første omgang sørge for at klinikerne slipper dobbeltregistrering.

Tiltak

- Migrering av registre på ikke godkjent plattform til godkjente med bakgrunn i personvernforordningen og en oversiktlig drift og forvaltning av registrene

«Sykehuset er en pådriver utvikling av gode nasjonale og regionale IKT-systemer»

**Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF
2020-2023**

Forbedre de godkjente løsningene med manglende funksjonalitet og innebygd personvern i tråd med Personvernforordningen

Effekt:

Standardiserte registreringsløsninger vil kunne motta strukturert informasjon fra DIPS Arena på en ensartet måte som vil frigjøre mye tid for klinikere på alle sykehus som rapporterer data til nasjonale kvalitetsregistre.

Operere i henhold til lovmessige krav knyttet til etablering og bruk av registre

EUROPEISK SAMARBEID (EUROPEAN REFERENCE NETWORKS – ERN)

EU direktivet om anvendelse av pasientrettigheter i grensekryssende helsetjenester (pasientrettighetsdirektivet) trådte i kraft april 2011. European Reference Networks er etablert i Europa for å bistå i diagnostisering og behandling for sjeldne diagnoser. OUS har i 2023 tilgang til sikre fellesløsninger for å delta i dette samarbeidet elektronisk.

Tiltak

Avklare sikkerhetsspørsmål og implementere infrastrukturkrav for å kunne delta i europeisk samarbeid.

Effekt:

Deltagelse i ERN vil gi pasienter med sjeldne diagnoser en raskere og sikrere diagnostikk samt gjenbruk av data til forskning på samme område. Strukturert journal vil underlette informasjonsdeling og oversetting av ulike språk.

**AKTIVITETER INNEN OMRÅDET FOR FORSKNING OG INNOVASJON
2020 -2023**

Oslo universitetssykehus har en omfattende aktivitet innen forskning og innovasjon, men har ikke tilfredsstillende løsninger for å understøtte denne virksomheten. I begynnelsen av perioden. Inntil nye lokale eller regionale løsninger er på plass, vil OUS kjøpe enkelte IKT-tjenester fra Universitetet i Oslo for forskere med særskilte behov.

Tilstrekkelig IKT-støtte til forskning forventes fra 2023. OUS har da en infrastruktur som understøtter forskning gjennom sikker tilgang til kliniske data (klinisk datavarehus), multimediaobjekter, standardiserte registerløsninger (eReg og MedInsight), dokumentasjon og gjenfinning av biologisk materiale (biobank), understøttelse av brede samtykker og sikker tilgang til eksterne forskningsressurser. Viktige verktøy er sikre skyløsninger, elektronisk samtykkeløsning, lagring og håndtering av store datamengder, utprøving av ny teknologi i

«OUS driver fremragende forskning og pasientbehandling som gjensidig styrker hverandre. Forskning, innovasjon og utdanning er en integrert del av virksomheten»

**Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF
2020-2023**

medisinsk bruk, bruk av kunstig intelligens, samt strukturert, fleksibel og sikker deling av elektroniske ressurser mellom forskere og forskningsgrupper internt og eksternt (multisenterstudier). OUS er i perioden hovedpartner i to nasjonale fyrtårnprosjekter i regi av Norges Forskningsråd som tar i bruk kunstig intelligens og maskinlæring for automatisk tolking og diagnostisering av patologibilder (DoMore-prosjektet) og beslutningsstøtte for presisjonsmedisin (BigMed-prosjektet).

Tiltak

Leverer infrastrukturløsninger som understøtter foretakets forskning

Tilrettelegge for bruk av UIO sine tjenester i OUS sitt nett

Ta i bruk regionale løsninger levert fra Regional IKT for forskning

Delta i samarbeidsprosjekter med klinikkene i bruk av kunstig intelligens og maskinlæring (som prosjekt knyttet til maskinlæring for tolking av bilder fra koloskopi med flere)

Effekt:

En god og sikker infrastruktur vil bidra til at forskerne kan bruke mer tid på selve forskningen slik at ny kunnskap raskere blir tilgjengelig og antall publikasjoner øker.

AKTIVITETER INNEN ADMINISTRATIVE LØSNINGER 2020-2023

Et viktig arbeid i tiden fremover vil være å bruke de eksisterende løsningene til å arbeide mer effektivt, det vil si å redusere tidsbruk og/eller øke kvaliteten i arbeidet. Dette gjøres som en kombinasjon av forbedringsprosjekter basert på kartlagte og forventede effekter, samt ved å ta i bruk eksisterende løsninger på delområder som i dag mangler god systemstøtte.

ØKONOMI, INNKJØP OG LOGISTIKK

OUS har siden 2015 bidratt i arbeidet med å forbedre regional ERP-løsning slik at løsningen løftes til et nivå som dekker OUS' minimumskrav. Det er ennå ikke avklart hvor mye den regionale ERP-løsningen må endres for at minimumsbehovene til OUS skal løses, hvor lang tid som vil gå med til gjennomføring av endringene, eller hva endringene vil koste. I samarbeid med de fagansvarlige i Helse Sør-Øst RHF har imidlertid OUS identifisert de mest kritiske forbedringsområdene.

Tiltak

I samarbeid med Helse Sør-Øst RHF bidra ved gjennomføring av forbedringstiltak på følgende områder:

Bidra til å migrere regional ERP-løsning fra dagens plattform til en sikker og godkjent installasjon på ny regional plattform.

Bidra i det regionale arbeidet med å gjennomføre nødvendige forbedringer i løsningens funksjonalitet og grunndatahåndtering.

**Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF
2020-2023**

Bidra til at løsningsbeskrivelsene utarbeidet av OUS for å dekke identifiserte gap blir realisert i regional ERP-løsning med akseptabel kvalitet.

Bidra til å sikre at løsningen underlegges sikker og stabil drift og forvaltning uten utilsiktet nedetid.

Bidra til etablering av styringsstrukturer som ivaretar OUS' krav til hurtig endring og utviklingstakt som følge av nasjonale oppdrag og funksjoner.

Effekt:

Det blir mulig å ta stilling til hva som skal til for at OUS skal kunne ta i bruk regional ERP-løsning, det vil si omfanget av nødvendige endringer i regional ERP løsning, kostnader og tidsplan for realisering av nødvendige endringer i regional ERP-løsning.

OPPLÆRINGS- OG KOMPETANSESTYRING

Flere enheter i sykehuset har personale som skal ha strukturert og verifisert opplæring i interne arbeidsprosesser, instrumenter, rutiner og prosedyrer. Dersom enheten er ISO-sertifisert/akkreditert stilles det ytterligere krav til oppfølging og dokumentering av kompetansetiltakene og varighetene av disse. I dag håndteres de administrative rutinene knyttet til denne typen kompetansestyring i stor grad ved hjelp av manuelle rutiner eller ved bruk av lokale og hjemmelagede løsninger.

I planperioden etableres en felles regional løsning for kompetansestyring for å dekke behovet for styring og dokumentasjon av kompetansekrav, -tiltak og oppfølging. Dette vil både øke kvaliteten og redusere det administrative merarbeidet som følger av dagens manuelle rutiner.

Tiltak

Pilotere kompetanseløsningen fra Dossier Solutions ved klinikk for laboratoriemedisin.

Ta i bruk kompetanseløsningen fra Dossier solutions som kompetansestyringsløsning for klinikker og avdelinger som i dag har behov for sertifisering i interne prosedyrer, utstyr og lignende.

Effekt:

Etablering av en felles løsning for kompetansestyring for å dekke dette behovet vil øke kvaliteten generelt, samt redusere det administrative merarbeidet relatert til dagens manuelle rutiner.

Det kan forventes en bedring i gjennomføringsgraden på interne opplæringstiltak.

Leder og ansatt vil få en samlet visuell fremstilling av kompetanseutviklingen, noe som forenkler kompetansestyring og -utvikling på både individ og organisasjonsnivå.

**Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF
2020-2023****EFFEKTIVISERING AV INNKJØP**

Analysen viser at kun deler av innkjøpene ved OUS håndteres gjennom foretakets innkjøpsløsning. I tillegg til at dette reduserer kontrollen med korrekt bruk av innkjøpsfullmakter risikerer man å velge feil leverandør og å betale for mye for innkjøpet. Denne problemstillingen gjør seg særlig gjeldende ved kjøp av tjenester.

Tiltak

Forbedre støtten for tjenestekjøp i innkjøpsløsningen slik at det blir enklere å følge innkjøpsrutinene ved OUS og derved minimere lekkasjene i form av kjøp ved hjelp av telefon og epost.

Effekt:

OUS vil øke oppfyllelsen av regionale målsetninger som grad av innkjøpsvolum gjennom innkjøpssystemet samt kjøp på avtaler. De konkrete effektene av de ulike tiltaksforslagene skal vurderes og estimeres som en del av de respektive tiltakenes foranalyser.

FORBEDRING OG EFFEKTIVISERING AV FAKTURERING

I planperioden skal det utarbeides en løsning som ivaretar behovet for fakturering av utført aktivitet i de kliniske fagsystemene, laboratorieområdet, samt fra økonomisystemet. Ettersom mesteparten av aktiviteten som skal faktureres er pasientrelatert, vil hensynet til sikkerhet og personvern være et viktig moment i denne vurderingen. Etterlevelse av GDPR-krav vil styre prioriteringene på kort sikt, og første del av faktureringsfunksjonaliteten tas i bruk i begynnelsen av 2019. All fakturering og oversendelse av fakturavedlegg foregår elektronisk

Tiltak

Foranalyser for å kartlegge hvordan fakturering totalt sett utføres i foretaket. Implementere løsningsstøtte i tråd med behovene identifisert i foranalysene.

Effekt:

Gevinstene vil bli realisert i form av mer effektive og automatiserte faktureringsprosesser som gir reduserte transaksjonskostnader, og bedre inntektssikring som gir potensiale for økte inntekter sammenlignet med dagens situasjon. Det vil også gi brukerne bedre rapporteringsmuligheter enn i dag og bedre oversikt over hva som faktureres over tid.

«OUS skaper rom for utvikling gjennom standardiserte arbeidsprosesser, god bemanningsstyring og effektiv drift av sengeposter, poliklinikker og operasjonsenheter»

INTERN OG EKSTERN KOMMUNIKASJON

OUS har mange ansatte som skal nås gjennom ulike kommunikasjonskanaler ved sykehuset. Intranettet ble etablert i 2010 som en intern kommunikasjonskanal, men selv om intranettet over tid har blitt beriket med en rekke nye tjenester, er selve nyhetskanalen i intranettet i hovedsak den samme som ved etableringen. I tiden fremover vil det dermed være behov for

**Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF
2020-2023**

forbedring av interne og eksterne kommunikasjonskanaler med særlig fokus på egne ansatte. Dette må sees i sammenheng med mulighetene som oppstår ved pågående forbedringer av sykehusets tekniske plattform og samhandlingskomponentene som inngår i denne.

Tiltak

Gjennomføre oppgradering og forbedring av intranettet med særskilt fokus på internkommunikasjon og løsninger som når brukerne der de er.

Effekt:

De foreslåtte tiltakene skal gjøre intranettet mer brukervennlig og dermed støtte opp under «Økt grad av sikker og stabil drift» og «Økt effektivitet i sykehuset og optimaliserte arbeidsprosesser».

AUTOMATISERING OG ROBOTISERING

Ny teknologi og nye hyllevareløsninger muliggjør og forenkler automatisering av standardiserte prosesser og rutiner ved hjelp av predefinerte regelsett. Bruk av historiske data til utvikling av kunstig intelligens og robotisering av arbeidsprosesser og rutiner gir også nye muligheter på flere områder.

Tiltak

Gjennomføre foranalyser og piloter for å utforske mulighetsrommet og vurdere egnetheten av kunstig intelligens og robotisering for ulike oppgaver innenfor administrative prosesser.

Effekt:

Identifisering av mulighetsrommet for bruk av kunstig intelligens og robotisering av prosesser og oppgaver på det administrative området. Vurdering av hvilke områder som skal prioriteres på kort og lang sikt.

**Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF
2020-2023**

RISIKO OG SÅRBARHET

I arbeidet med å drifte, vedlikeholde og utvikle IKT-tjenester er gode avveininger mellom ulike risikoelementer essensielt for at det etableres hensiktsmessige og trygge tjenester. Det jobbes kontinuerlig for å informere ansatte og ledere om trusselbildet og foretakets prosedyrer på området. På teknisk side er arbeidet med å redusere mulige angrepsflater og øke mulighetene for detektering av sikkerhetshendelser en grunnleggende designfaktor i ny infrastruktur.

Tiltak

- Utarbeide en årlig trusselvurdering for området
- Etablere sikkerhetsmekanismer i design av infrastrukturen

RAMMEFAKTORER

REGIONALE FØRINGER

I Helse Sør-Øst finansieres IKT-investeringene i hovedsak med regionale investeringsmidler derfor er det viktig at disse investeringene gjøres på en slik måte at de dekker de behov vi har i sykehuset. OUS sin evne til å påvirke hvilke sentrale prioriteringer som gjøres på IKT området er avgjørende for å få dekket sykehusets behov.

Manglende kapasitet hos Sykehuspartner medfører at det er utfordrende å få levert både vedlikehold og videreutvikling av eksisterende infrastruktur. OUS har i dag god teknisk kompetanse og kan derfor bistå Sykehuspartner med det ansvaret de har knyttet til teknisk drift og forvaltning. For å redusere dagens operasjonelle risiko er det også viktig med en løpende dialog rundt hva som er hensiktsmessige leveransemodeller sammen med Sykehuspartner HF og HSØ RHF.

**Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF
2020-2023****DRIFTSBUDSJETT OG INVESTERINGER I PERIODEN**

Tabellen legger til grunn en fordeling mellom regional og lokal finansiering av investeringsmidlene der alle regionale tjenester finansieres regionalt. Tallene for regionale investeringer er sammenstilt på bakgrunn av tall og planer mottatt fra Helse Sør-Øst og Sykehuspartner. Uavhengig av finansieringskilde, vil OUS måtte dekke avskrivningene som del av tjenestepris fra Sykehuspartner

ESTIMERT BRUK AV INVESTERINGSMIDLER I 2020 – 2023

(TALL I MNOK)

	2020	2021	2022	2023
Lokale investeringer	35	35	35	35
Regionale investeringer	450	450	450	450
Totalt IKT investeringer OUS	485	485	485	485

ESTIMERT BRUK AV LOKALE DRIFTSMIDLER I 2020 – 2023

(TALL I MNOK)

	2020	2021	2022	2023
Driftsbudsjett til prosjekter	50	50	50	50
Total driftskostnad IKT, utenom prosjekt	1 259	1 314	1 353	1 349
Totalt IKT driftsmidler OUS	1 309	1 364	1 403	1 399

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

**Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF
2020-2023**

RISIKOBILDE

KORTSIKTIG RISIKOBILDE

Risiko	Konsekvens	Tiltak
Manglende leveranseevne hos tjenesteleverandør (Sykehuspartner (SP)).	<p>Påvirker leveranseevnen til det enkelte prosjekt og kvaliteten på daglig drift.</p> <p>Kan påvirke pasientsikkerheten i foretaket.</p> <p>Hindrer utvikling, effektiv drift og kvalitetsforbedringer.</p> <p>Kostnadsdrivende.</p>	<p>SP deltar i foranalyser.</p> <p>SP kundeansvarlig involveres i planlegging av hvordan leveransekapasiteten kan sikres.</p> <p>SP oppfordres til virksomhetsnær forvaltning</p> <p>SP oppfordres til å skalere aktivitet etter oppgavens størrelse og kompleksitet.</p>
Manglende beslutninger i HSØ om igangsetting av viktige prosjekter	Forsinker og i verste fall stopper prosjekter der OUS har viktige behov	Sikre bedre forståelse for OUS sine behov i RHF-et
Manglende tilgjengelighet på kompetent personell for gjennomføring av byggeaktivitetene.	<p>Høyere risiko i gjennomføring av prosjektene.</p> <p>Økt risiko for suboptimale IKT løsninger for å opprettholde fremdriften i byggeprosjektene.</p> <p>Manglende kontroll og utsettelse av digitalisering av OUS.</p>	<p>Tidlig rekruttering av nødvendige ressurser og internt opplæring.</p> <p>Samle IKT byggaktiviteter under en ledelse i IKT avdelingen for å sikre samlet og helhetlig håndtering.</p>
Manglende økonomiske ressurser.	<p>Stanser pågående og planlagte prosjekter (midlertidig eller permanent).</p> <p>Regionale anskaffelser gjøres ikke og prosjekter som er avhengige av anskaffelsen, kan ikke ferdigstilles. Hindrer mulighet for effektivisering og etablering av mer kostnadseffektiv drift.</p>	<p>Sikre realistiske planer og nyttige leveranser også om omfanget må nedskaleres og forankre dette hos prosjektets eier.</p> <p>Sikre helhetlig og langsiktig planlegging.</p> <p>Bedre vurdering og fornuftig</p>

**Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF
2020-2023**

		bruk av økonomiske ressurser
OUS må bruke regionale løsninger med mangelfull funksjonalitet.	<p>Mangelfull funksjonalitet medfører tap av kvalitet og effektivitet i virksomheten</p> <p>I sin ytterste konsekvens vil dette kunne påvirke både pasientsikkerhet og forsvarlig drift.</p>	<p>OUS er tydelig på hvilke minimumsbehov som må dekkes for at løsningen skal kunne brukes i et sykehus med regions- og landsfunksjon.</p> <p>Leveranseprosjektenes mandater må tydeliggjøre at regionale løsninger også skal dekke regionssykehusets behov.</p>

LANGSIKTIG RISIKOBILDE

Risiko	Konsekvens	Tiltak
Manglende leveranseevne hos tjenesteleverandør (Sykehuspartner (SP)).	<p>Påvirker leveranseevnen til det enkelte prosjekt.</p> <p>Påvirker leveranseevnen og kvaliteten på daglig drift.</p> <p>Hindrer utvikling, effektiv drift og kvalitetsforbedringer.</p> <p>Kostnadsdrivende.</p>	<p>SP deltar i foranalyser.</p> <p>SP kundeansvarlig involveres i planlegging av hvordan leveransekapasiteten kan sikres.</p> <p>SP oppfordres til virksomhetsnær forvaltning.</p> <p>SP oppfordres til å skalere aktivitet etter oppgavens størrelse og kompleksitet.</p>
Høy kompleksitet i det regionale målbildet gjør at løsninger ikke realiseres.	<p>Prosjekter igangsettes uten at avhengigheter er kartlagt og forstått/håndtert.</p> <p>Prosjekter igangsettes uten at behov</p>	<p>Foranalyser gjennomføres regionalt på programnivå med god forankring i aktuelle brukermiljøer, spesielt ved</p>

**Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF
2020-2023**

	<p>eller ønskede effekter er tilstrekkelig utredet/kartlagt.</p> <p>Urealistiske fremdriftsplaner.</p> <p>Dårlig forankring i brukermiljøer som gir utfordringer for ibrukstagelse.</p>	<p>regionsykehuset.</p> <p>Regionale løsninger må utvikles og implementeres ved regionssykehuset OUS og breddes ut til resterende HF (se til andre RHF).</p> <p>Involvere rett kompetanse, ikke lage for store og komplekse prosjekter.</p>
<p>Valgte regionaliseringsstrategi blir for kompleks eller økonomisk krevende innenfor teknologiområdet for Helse Sør-Øst.</p>	<p>Fokus for teknologiutviklingen blir kun på fellesbehovene for alle HF-ene og ikke på helheten i den helsetjenesten Helse Sør-Øst skal levere.</p>	<p>En realistisk og tydelig regional strategi som strekker seg utover en tidshorisont på 4-5 år.</p>

Investeringsplan øvrige investeringer for
Oslo universitetssykehus HF



Områdeplan Andre investeringer ved OUS HF 2020 - 2023



	Dato: xx.05.19	Side: 2 / 6
Investeringsplan øvrige investeringer for Oslo universitetssykehus HF		

INVESTERINGSPLANER FOR ØVRIGE INVESTERINGER

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

1.1 Lastebiler/biler/trucker o.a.

Sykehuset disponerer i 2018 ca 100 enheter rullende utstyr (eksklusive ambulanser) med en gjennomsnittsalder på ca 9 år. Lastebilene brukes til mat-, tekstil- og varetransport. Minibusser og personbiler brukes til pasienter mellom sykehusene. De siste årene er det investert i underkant av plan og gjennomsnittlig levealder har vært noe økende.

1.2 Senger med tilhørende utstyr

Sykehuset disponerer ca. 3000 senger med tilhørende sengehester, stativ og madrasser. Det er investert for lite i senger de siste årene og behovet for nye senger er derfor stort. Det finnes flere forskjellige senger herunder barnesenger, intensivsenger og fødesenger. Det er størst behov for utskifting av normale voksensenger.

1.3 Renholdutstyr

Samlet for alle lokalisasjoner har renholdsavdelingen ca 55 store maskiner for daglig hygienisk vask av mopper og kluter. Maskinparken er gammel med risiko for at kvalitetskrav ikke overholdes. Avdelingen har utarbeidet plan for utskifting over 5 år.

1.4 Kjøkkenutstyr

Oslo universitetssykehus HF har to hovedkjøkken, ett lokalisert på Ullevål og ett på Rikshospitalet. Kjøkkenet på Ullevål er gammelt og ikke egnet for videre drift uten en oppgradering av bl.a. kjøle-/fryserom. Kjøkkenet på Rikshospitalet er bygget i år 2000, og heller ikke tilrettelagt for moderne matproduksjon.

1.5 Behandlingshjelpemidler til hjemmebehandling (BHM)

BHM har vært økende de senere årene, og det forventes en jevn økning i investeringsbehov for dette utstyret. Hjemmebehandling er blitt en mer aktuell behandlingsform enn tidligere ettersom pasienter sendes hjem tidligere fra sykehusene.

1.6 Ambulanser

Områdene som Ambulansetjenesten betjener, opplever en sterk befolkningsvekst. Forutsigbar utskifting av ambulanser er nødvendig for å kunne tilby befolkningen en forsvarlig ambulanseberedskap. En lavere gjennomsnittlig kilometerstand reduserer antall verkstedbesøk, og færre biler vil være ute av drift.

	Dato: xx.05.19	Side: 3 / 6
Investeringsplan øvrige investeringer for Oslo universitetssykehus HF		

1.7 AV-utstyr i Auditorier og større møterom

Det foreligger en utskiftingsplan for AV-utstyr i Auditorier og større møterom. Det vil foregå større utskiftninger fra analogt til digitalt utstyr første del av planperioden før behovet reduseres siste del av planperioden.

1.8 Posisjoneringsutstyr

For å sikre mest mulig effektiv bruk av utstyr så er det behov for posisjoneringsutstyr som kan vise hvor utstyr er til en hver tid, og for å analysere bruken av utstyret. Dette gjelder kostbart medisinskteknologisk utstyr samt senger med mer.

1.9 Uforutsette behov

I en så stor virksomhet som Oslo universitetssykehus vil det alltid dukke opp enkeltbehov som ikke dekkes av planene over. Eksempel fra tidligere år er mikrofilmskanner, 2 sengevaskemaskiner som enkeltvis har anskaffelseskostnader på over 1mnok.

I. MÅLBILDE FOR PLANPERIODEN 2020 - 2023

2.1 Lastebiler/biler/trucker o.a.

Gitt en utskiftingstakt som er skissert i figur 1 kommer bilparken på sykehuset til å holde seg på en noe økende gjennomsnittlig levealder på om lag 9 år.

År	2020	2021	2022	2023
Investering (ca. mnok)	4	4	4	4

Figur 1

2.2 Senger med tilhørende utstyr

Det er de senere årene vært behov for en utskiftning av ca 200 senger med tilleggsutstyr og 300 madrasser for å opprettholde behovet og standarden på utstyret. I 2018 blir antallet vesentlig lavere, og genererer et etterslep som må tas igjen i de neste årene. Figur 2 angir et beregnet investeringsnivå knyttet til senger i planperioden.

År	2020	2021	2022	2023
Investering (ca. mnok)	6	6	6	6

Figur 2

2.3 Renholdutstyr

Maskinparken er spredt rundt på alle lokalisasjoner og er gammel med risiko for at kvalitetskrav ikke overholdes.

År	2020	2021	2022	2023
Investering (ca. mnok)	1	1	1	1

Figur 3

	Dato: xx.05.19	Side: 4 / 6
Investeringsplan øvrige investeringer for Oslo universitetssykehus HF		

2.4 Kjøkkenutstyr

Oslo universitetssykehus HF sine to hovedkjøkken er ikke tilrettelagt for moderne og effektiv matproduksjon. Produksjonslinjene og vareflyten er ikke hensiktsmessige, og selv med store investeringer i dagens bygningsmasse vil ikke OUS sine hovedkjøkken bli optimale. Det er ikke lagt inn betydelige investeringer knyttet kjøkken i planperioden da det er antatt at denne type investeringer vil komme lenger frem i tid. Figur 4 angir antatt investeringsnivå knyttet til kjøkken i planperioden og gjelder utskifting av utstyr som gryter og maskiner. Investeringsnivået er nødvendig for å opprettholde drift og gi tilstrekkelig kapasitet i planperioden

År	2020	2021	2022	2023
Investering (ca. mnok)	2	2	2	2

Figur 4

2.5 Behandlingshjelpemidler til hjemmebehandling (BHM)

Den teknologiske utviklingen innenfor medisinsk teknisk utstyr til hjemmebehandling forventes å fortsette i årene som kommer. Leverandører kan i dag tilby stadig mer avansert/kostbart MTU, og forskning på området vil føre til at nye utstyrstyper blir utviklet, som igjen vil medføre flere utleveringer av utstyr fra sykehuset. OUS får hvert år ansvar for nye utstyrsområder fra Helse – og omsorgsdepartementet og det er stor sannsynlighet for at BHM vil få nye ansvarsområder i løpet av perioden. Figur 5 angir antatt investeringsnivå knyttet til BHM i planperioden.

År	2020	2021	2022	2023
Investering (ca. mnok)	25	25	25	25

Figur 5

2.6 Ambulanser

Ambulansetjenesten har en målsetting om utskifting av ambulanser ved 300 000 km. Det betyr at sykehuset bør ha en gjennomsnittlig kilometerstand på ambulanseflåten på 150 000 km. Sykehuset har i dag et gjennomsnitt på om lag 200 000 km. Etter avhending av biler har sykehuset fortsatt flere ambulanser som har kjørt over 250 000 km. Figur 6 angir antatt investeringsnivå knyttet til ambulanser i planperioden.

År	2020	2021	2022	2023
Investering (ca. mnok)	30	30	30	30

Figur 6

2.7 AV-utstyr i Auditorier og større møterom

Det foreligger en utskiftingsplan for AV-utstyr i Auditorier og større møterom. Det vil foregå større utskiftninger fra analogt til digitalt utstyr første del av planperioden før behovet reduseres siste del av planperioden.

År	2020	2021	2022	2023
Investering (ca. mnok)	2	1	1	1

Figur 7

	Dato: xx.05.19	Side: 5 / 6
Investeringsplan øvrige investeringer for Oslo universitetssykehus HF		

2.8 Posisjoneringsutstyr

For å sikre mest mulig effektiv bruk av utstyr så er det behov for posisjoneringsutstyr som kan vise hvor utstyr er til en hver tid, og for å analysere bruken av utstyret. Dette gjelder kostbart medisinskteknologisk utstyr samt senger med mer.

År	2020	2021	2022	2023
Investering (ca. mnok)	1	1	1	1

Figur 8

2.9 Fryser til forskning

Det er fra og med 2019 foreslått å avsette 1mnok per år til fryser til forskning.

År	2020	2021	2022	2023
Investering (ca. mnok)	1	1	1	1

Figur 9

2.10 utstyr til simulering

Det er fra og med 2019 foreslått å avsette midler til utstyr til simulering ifm opplæring i klinikkene.

År	2020	2021	2022	2023
Investering (ca. mnok)	4	4	4	4

Figur 10

2.11 Uforutsette/øvrige behov

I en så stor virksomhet som Oslo universitetssykehus vil det alltid dukke opp enkeltbehov som ikke dekkes av planene over. Eksempel fra tidligere år er mikrofilmskanner, sengevaskemaskiner som enkeltvis har anskaffelseskostnader på over 1mnok.

År	2020	2021	2022	2023
Investering (ca. mnok)	4	5	5	5

Figur 11

2.12 Aggregert investeringsnivå for øvrige investeringer

Figur 12 viser aggregerte investeringsnivået for å nå målbildet i perioden.

År	2020	2021	2022	2023
Investering	80	80	80	80

Figur 12

II. VIDERE UTVIKLING FRA 2024 TIL 2039

Det er i denne områdeplan ikke vurdert vesentlig endring i investeringsnivå som følge av endrede driftskonsepter. Med nye bygg, og flytting av mellom lokalisasjoner vil behov for nye servicearealer

	Dato: xx.05.19	Side: 6 / 6
Investeringsplan øvrige investeringer for Oslo universitetssykehus HF		

måtte vurderes. Det vil kunne innebære vesentlige investeringer innen i matproduksjonsutstyr, utlevering av tekstiler, leveranse av varer med mer. Dette vil bli kartlagt ifm planlegging av nybygg.

PROTOKOLL

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

<i>Dato:</i>	02.05.2019
<i>Sted:</i>	Oslo universitetssykehus
<i>Sak:</i>	Økonomisk langtidsplan (ØLP) 2020-2023
<i>Tilstede fra arbeidsgiver:</i>	Bjørn Erikstein (AD), Morten Reymert (DST/ØJI), Ørjan Angel Sandvik (DST/ØJI), Øystein Solheim Lien (DST/HR), Referent: Aina Reder Storberget (DST DIR)
<i>Tilstede fra arbeidstaker:</i>	NSF – Svein Erik Urstrømmen, NSF - Karin Solfeldt, NITO - Jonathan Faundez, NRF - Eli Skorpen, HVO -Per Oddvar Synnes, Fagforbundet-Else Lise Skjæret-Larsen, Fagforbundet-Bjørn Wølsted-Knudsen, DNLF- Aasmund Bredeli, Utdanningsforbundet- Michael B. Lensing, Delta - Halgeir Pimentel Eilertsen, Psykologforeningen – Birgit Aanderaa.

Økonomisk langtidsplan (ØLP) 2020-2023

Økonomisk langtidsplan 2020-2023 var gjenstand for drøfting.

Den inneholder følgende hovedpunkter;

1. Sentrale mål i planperioden 2020-2023
2. Utvikling i resultat og aktivitet i perioden 2020-2023
3. Satsning på psykisk helse og avhengighetsbehandling
4. Hovedtall i planperioden 2020-2023
5. Investeringer 2020-2023
6. Resultatutvikling for realisering av målbildet
7. Likviditet
8. Prosess
9. Resultat og balanse 2020-2039
10. Investeringer og finansiering 2020-2039

Ørjan Angel Sandvik presenterte hovedtrekkene i saken med vekt på følgende områder;

- Bakgrunn
- Forutsetninger lagt til grunn i aktivitetsbudsjetteringen
- Prioriteringsregelen
- Bemanningsutvikling
- Produktivitet
- Omstilling
- Resultatutvikling, viktigste planforutsetninger
- Investeringer og finansiering
- Bærekraft
- Forhold som kan påvirke utfordringsbildet og risiko i perioden.

Arbeidstakersidens kommentarer

Arbeidstakerne stilte spørsmål til deler av presentasjonen og ga kommentarer til ØLP.

- Psykisk helse og avhengighet (PHA) har en annen type pasienter som krever flere ansatte. Dette blir ikke hensyntatt i bemanningsplan. Pasientgrunnlag innen for PHA vil øke fremover, men aktivitetstallene står ikke i forhold til planlagt bemanningsplan.
- Hvordan ta hensyn til kostnader knyttet til polikliniske pasienter som kommer fra andre opptaksområder og andre områdesykehus. Dette er forhold som vi ikke har kontroll på.

Planen baseres på forventning om pasientgrunnlag som vi til dels ikke alltid har kontroll på.

- Angående utvikling av ISF poeng, sammenlignes enkelte tall som ikke kan sammenlignes. Det ble stilt spørsmål ved tallene knyttet til TSB og PHA. Det er en økning i noen diagnosegrupper som ikke nødvendigvis er fanget opp i tallene.
- Modellen ser ut til å ha blitt mer konsistent ilt. de sist 5 årene, men det synes som krav om effektivisering ofte benyttes for å oppnå ønsket resultat.
- Mangler vi fremdeles tiltak for å nå effektiviseringskrav fra klinikkene, og får dette påvirkning på investeringsplanen?
- Hvordan er vår finansielle evne til å håndtere uforutsette krav utenfra? Jfr erfaring i forbindelse med fusjonen i 2009
- Det ble uttrykt bekymring rundt områdeplanen for medisinsk-teknisk utstyr (MTU), bemanning og aktivitet på radiologi og diagnostisk behandling. Fagområdet er i endring og det vil bli behov for flere ressurser i fremtiden. Man har et stor etterslep på MTU.
- Det ble uttrykt bekymring for dagens investeringsnivå. Man er ikke fornøyd med evnen til å investere riktig. Ut fra investeringsnivået i dag og basert på fremtidsutsiktene, vil vedlikehold på medisinsk-teknisk utstyr (MTU) øke, og utstyrparken foreldes. Etterlyser kommentarer på dette i områdeplanen for MTU.
- Det ble stilt spørsmål om finansiering og fornying av ambulansparken.
- Når det gjelder planlagt aktivitetsvekst ved Diakonhjemmet og Lovisenberg Diakonale sykehus, ble det stilt spørsmål om Helse Sør-Østs krav om økt egendekning av disse sykehusene er hensyntatt.
- Økonomisk bærekraft baserer seg på at vi klarer måltallene frem til at vi skal inn i nye bygg. Det er knyttet stor usikkerhet til bærekraftsanalysen. Det er en del momenter som ikke er tatt med.
- Det ble stilt spørsmål til rentebanen og hvor ofte denne justeres.

Arbeidsgiversidens kommentarer

Det ble gjort avklaringer rundt innholdet i presentasjonen undervegs. Presentasjonen og svar på spørsmålene fra arbeidstakersiden ble supplert av Bjørn Erikstein og Morten Reymert.

Sentrale svar på spørsmål og kommentarer er oppsummert nedenfor:

- Effektivisering må til for å oppnå resultatkravene. Dette er krevende selv om man har videreutviklet modellen og prosessen. Vi må fremdeles jobbe med dette. Vi startet imidlertid med dette arbeidet langt tidligere i år enn det vi har gjort før.
- OUS er avhengig av å opprettholde investeringsprogrammet som er lagt.
- Investering for nye bygg ligger ikke inne i tallene før 2028.
- Områdeplanen for MTU er justert.

- Ambulanseparken leases i dag, og det foreligger ingen planer om endring i måten å fornye bilparken på.
- Tallene for de andre områdepsykehusene er ikke hensyntatt i vår plan. Det er besluttet at pasientene som tilhører dem og som behandles ved OUS, skal inn i vårt gjestepasientoppgjør.
- Ny rentebane fra HSØ er basert på nominell 10 års markedsrente per 1. mars 2019, lik den som finansnæringen benytter. Denne justeres årlig.

Fordi drøftingsprotokollen skal være vedlegg til styresaken om økonomisk langtidsplan, som behandles i styremøtet 10. mai, med utsending 3. mai, ble det minnet om at eventuelle protokolltilførsler måtte være HR-stab i hende innen kl.16.00 den 2. mai.

Det vises til protokolltilførsler fra arbeidstakersiden på sidene 4-9 i dette dokumentet.

Konklusjon

- *Drøftingsprotokollen ferdigstilles 2. mai, og legges ved styresak om økonomisk langtidsplan 2020-2023 som skal behandles i styremøte 10. mai.*
- *Protokolltilførsler tas med i protokollen.*

***Arbeidsgivers signatur
(godkjent per e-post)***

***Arbeidstakers signatur
(godkjent per e-post)***

Vedlegg til protokoll

Det vises til protokolltilførsler fra følgende arbeidstakerorganisasjoner:

- | | |
|----------------------------|------|
| 1. NSF, Fagforbundet, Dnlf | s. 4 |
| 2. NRF | s. 5 |
| 3. NITO | s.6 |
| 4. Psykologforeningen | s. 7 |

Protokoll til Økonomisk langtidsplan (ØLP) 2020-2023 versjon av 23.april 2019 etter drøfting 2. mai 2019

Undertegnede organisasjoner viser til dialogen i dagens drøftingsmøte. Vi er ikke betrygget av de svar som fremkom på våre spørsmål i møtet. Spesielt ble det etterspurt svar på de forutsetningene som er lagt til grunn for ØLP når det gjelder krav til effektivisering, aktivitetsvekst og marginal bemanningsvekst i planperioden.

Det legges til grunn en betydelig aktivitetsøkning og samtidig effektivisering av driften uten at det foreligger tilstrekkelig konkrete planer for hvordan dette skal gjøres. Planen er ikke gjennomførbar fordi driftsforutsetningene vil være uendret i mange år fremover inntil nybygg og en ny driftssituasjon er etablert og realisert.

Vi vil dessuten peke på at det allerede er gjennomført en betydelig effektivisering, men sykehuset har på langt nær klart å oppfylle de budsjetterte målene de enkelte budsjettår, eller i de foregående planperiodene for ØLP.

Klinikkvise forbedringsprosjekter synes uferdige da de legger til grunn mange uavklarte forutsetninger som ikke er besluttet, eksempelvis når det gjelder oppgaveoverføring til andre sykehus og kommunen.

ØLP konkluderer med økonomisk bærekraft for fremtidens byggeplaner med de samme overfor nevnte forutsetninger om effektivisering. Det er neppe gjennomførbart driftssituasjonen og øvrig økonomisk risiko tatt i betraktning.

Budsjettframlegget synes å være utformet med tanke på å skape en tentativ økonomisk bærekraft for fremtidens bygg og driftssituasjon. Imidlertid er vi bekymret for om resultatkravet i planperioden vil gå på bekostning av forsvarlig drift, investeringer og vedlikehold.

Vi hevder at ØLP i svært liten grad tar høyde for rekruttering og kompetanseutvikling i planperioden. Det bidrar til økt risiko for redusert kvalitet i pasientbehandlingen.

Svein Erik Urstrømmen, NSF
Bjørn Wølstaad-Knudsen, Fagforbundet
Aasmund Bredeli, Legeforeningen

Protokolltilførsel drøfting av økonomisk langtidsplan 2020 – 2023

OUS 2. mai 2019 – Norsk radiografforbund

Klinikk for radiologi og nukleærmedisin har fortsatt et stort etterslep på MTU som er 10 år eller eldre.

Klinikk for radiologi og nukleærmedisin har i flere år meldt et ønske om et forutsigbart elektivt investeringsbudsjett, sett opp mot nedskrivningstid på modalitetsparken.

Norsk radiografforbund er bekymret for utviklingen, både for den faglige utviklingen, ressurser, for kapasitetsutfordringene og lavere effektivitet enn forventet i planperioden.

Eli Skorpen
Foretakstillitsvalgt, NRF



Protokolltilførsel til drøfting av ØLP 2020 - 2023

NITO stiller seg bekymret til nedjusteringen av investeringer i områdene medisinsk teknisk utstyr og bygg. NITO har fått innspill om at dagens nivå på investeringene, innen disse områdene, er allerede marginale og etterslepet gir virksomheten negative konsekvenser. Det går utover daglig drift, ressursutnyttelse og langsiktig planlegging. For driften er konsekvensene belastende arbeidsprosesser, krevende driftsbudsjett, økte kostnader på vedlikehold og manglende mulighet for omstilling eller effektivisere. Det er viktig å påpeke at etterslepet innen disse områdene har resulteret i utfordringer i arbeidsmiljø på grunn av økt belastning og mangel på kontroll, samt HMS-problematikk.

NITO etterlyser en ØLP som skaper rom for riktig investeringsnivå og langsiktig planlegging. Det er ikke nok å ha all fokus på å investere i nybygg, da våre medlemmer må ha fungerende arbeidsplasser, IKT - verktøy, teknologi og forsvarlig arbeidsmiljø i mange år til i dagens bygningsmasse.

NITO henviser til protokolltilførselen til NSF, legeföreningen og fagforbundet om overordnede bekymringer.

NITO Foretakstillitsvalgt
Jonathan Faundez

02.05.19

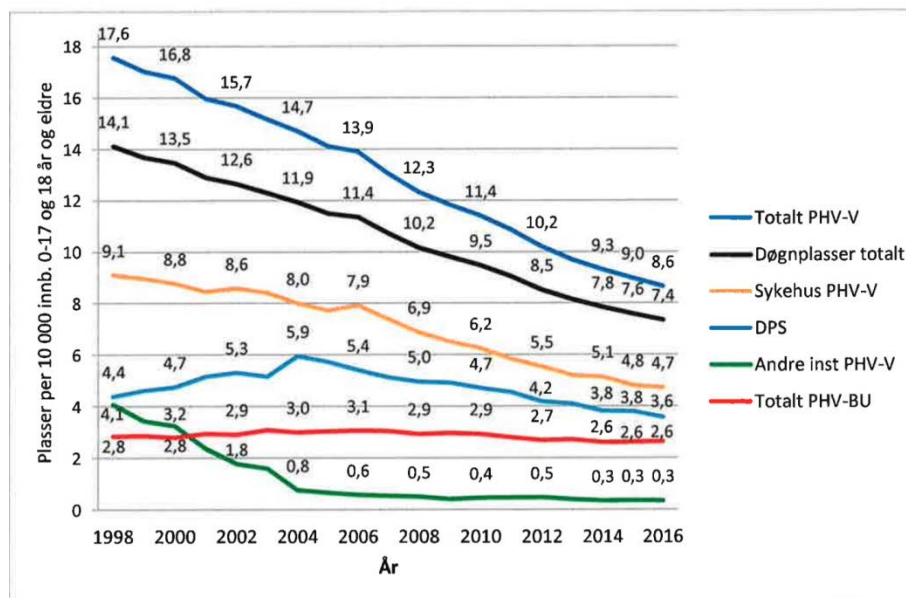


NORSK
PSYKOLOG
FORENING

Psykologforeningen støtter fellesprotokollen til NSF, Fagforbundet og Legeforeningen.

Psykologforeningen er bekymret for forslaget til ØLP 2020 - 2023. Det er urealistisk å budsjettere med en aktivitetsøkning på 2 %, og det er helt urealistisk at man skal møte tidens store økning i aktivitet med en reduksjon i antall ansatte psykologer. Det har vært intensiv effektivisering innen psykisk helsevern og tsb i svært mange år jmf. Helsedirektoratets rapporter.

Figur 1 Døgnplasser per 10 000 innbyggere 0-17 år (PHV-BU), 18 år og eldre (PHV-V), samt totalt.



Denne store reduksjonen innen døgnseger har ikke medført at antall konsultasjoner per pasient har økt i noen særlig grad. Tallene fra Helsedirektoratet for 2012 – 2016 viser følgende:

- 11% reduksjon av døgnplasser
- Behandlingsomfanget i poliklinikkene, målt ved konsultasjoner per pasient økte i perioden fra 10,4 til 11,3
- Gjennomsnittlig oppholdstid redusert fra 23 døgn til 21 døgn
- Medianen er 7 døgn, dvs halvparten av oppholdene er 7 døgn eller kortere

Det er stor slitasje på mange enheter innen klinikk PHA knyttet til at for få behandlere skal ivareta enn større mengde av pasienter.

Det er svært vanskelig å se hvilket nivå av effektiviseringsstrykk som finnes, og om prioriteringsregelen er ivaretatt når OUS igjen fremlegger tabeller som ikke er mulig å sammenligne mellom somatikk og psykisk helsevern og TSB. I tabellen over ISF fremlegges de faktiske tallene for 2013, 2014, 2015, 2016 og 2017, slik at 2018 mangler. For psykisk helsevern er det motsatt, her mangler de faktiske tallene for 2017.

Kravet til produktivetsforbedring på 2 pst per år som er gått ut likt til alle klinikker, er vanskeligere for Klinikk PHA fordi man har en lavere andel ISF. På samme vis vil de ressursene de somatiske klinikkene får til økt aktivitet i større grad generere mer inntekter.

Aktivitetmessige utfordringer

Det må reell ressursvekst til for å sikre at poliklinisk aktivitet fortsatt skal bety at pasientene får reell behandling. I dag er det få som får dette. De fleste får en vurdering eller en utredning, noen får behandling som i realiteten kun er symptomlettende og noen få får reell behandling.

Behandlingen i våre poliklinikker følger ikke kunnskapen fra psykoterapiforskningen som viser at optimal lengde på behandlingen er vanskelig å forutsi for den enkelte klient. Det er stor individuell variasjon – noen trenger mange timer, andre trenger få – pasientene forandrer seg med *ulik hastighet*. Det er vanskelig å robust dokumentere *hvilke* typer problemer som forandrer seg *når* (Lambert, 2013). Dette er et viktig argument ift å skulle bestemme behandlingens lengde ut fra diagnose/lidelse.

Gjennomgang av studier av hvor mye terapi som er nødvendig, og hvordan folk endrer seg over tid viser at en del klienter bedrer seg betydelig etter 7 terapitimer, 50% endrer seg betydelig ved rundt 13 timer, men 75 % av klientene oppfyller mer stramme kriterier for bedring *først* etter omtrent 50 terapitimer. Hvis vi begrenser antall behandlingstimer til mindre enn 20 timer vil omtrent 50% av klientene ikke oppnå en særlig bedring av behandlingen. (Lambert, 2013, s. 184-189)

Gruppen unge uføre synliggjør et økt behov for psykisk helsevern

35 % prosent av de som uføretrygdes i dag, blir det på grunn av psykiske lidelser. Det er aldersgruppen 20 – 24 og 25 – 29 år som er den relevante gruppen i denne sammenhengen. ("Utviklingen i uførediagnoser per 30. juni 2015". Notat skrevet av marianne.n.lindbol@nav.no og jostein.ellingsen@nav.no, 22.6.2018.)

Fra 1977 til 2012 var det i gruppen 25 – 29 år en økning i uføretrygdraten for psykiske lidelser unntatt psykisk utviklingshemmede fra 40 til 130 per 100 000. I denne gruppen var ADHD og personlighetsforstyrrelser de to hyppigste diagnosene ved uføretrygd. Angst og depresjonslidelser er også vanlig i denne gruppen, deretter psykoselidelser. (Søren Brage og Ola Thune (2015) "Ung uførhet og psykisk sykdom" *Arbeid og velferd* 1/2015 36-47.)

Sammenhengen mellom psykiske lidelser hos ungdom og senere redusert arbeidsførhet vises i denne artikkelen:

Evensen, Miriam, Torkild Hovde Lyngstad, Ole Melkevik, Anne Reneflot, Arnstein Mykletun (2017) «Adolescent mental health and earnings inequalities in adulthood: evidence from the Young-HUNT Study». *Journal of epidemiology & community health*, 2017; 71:201–206.

Et annet spørsmål er, forholder klinikk PHA seg til volumet av ubehandlet depresjon blant eldre?

Det er store utfordringer knyttet til å beregne en forventet behovsvekst ut i fra at man anvender Magnussenutvalgets behovsnøkler for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling på

SSBs framskrivning av folkemengden.

Når det gjelder psykisk helsevern er man her inne i en fullstendig sirkulær argumentasjon og man forholder seg ikke til behov i befolkningen.

Aldersnøkkelen for eldre tilsier at de har et marginalt behov for psykisk helsevern. Realiteten er at denne gruppen i svært liten grad får behandlingstilbud innen psykisk helsevern. Andelen deprimerte eldre er høy i den høyeste aldersgruppen.

(“Eldre i Norge: Forekomst av psykiske plager og lidelser” (2011), Ellen Melbye Langballe Miriam Evensen)

Helsedirektoratets anbefalte behandling er samtaleterapi, mens det de får er medikamenter som i liten grad bedrer deres situasjon. TNS Gallups Helsepolitiske barometer 2016 viste at blant de over 75 år ønsket 75% samtaleterapi.

Konklusjon

Det er svært vanskelig å se at man legger til rette for et adekvat pasienttilbud og at arbeidsforholdene for de ansatte blir tilfredsstillende.

Mvh

Birgit Aanderaa

FTV OUS Psykologforeningen

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 10. mai 2019

Saksbehandler: Direktør Oslo sykehusservice

Vedlegg:

SAK 30/2019 SALG AV TOMT PÅ DIKEMARK

Forslag til vedtak:

- 1. Styret godkjenner salg av eiendommen gnr. 89 bnr. 275 i Asker kommune og ber administrerende direktør formidle salgsanbefalingen til Helse Sør-Øst RHF for vedtak i foretaksmøte.*
- 2. Administrerende direktør gis fullmakt til å signere salget forutsatt vedtak i foretaksmøte.*

Oslo, den 3. mai 2019


Bjørn Erikstein

1. Sammendrag

Sykehuseiendommene på Dikemark utgjør et samlet areal på om lag 76 000 m² brutto fordelt på 32 bygninger, hvorav 30 er fredet, for syv av dem både for interiør og eksteriør. Byggene står spredt på en eiendom som i sin helhet er hjemlet på Oslo kommune, men som etter sykehusreformen fra 2002 skal fradeles og overføres til Oslo universitetssykehus. Overføring av eiendommene fra Oslo kommune til Oslo universitetssykehus HF har til nå vært forhindret da Asker kommune i sin kommuneplan forutsetter at området reguleres før tomtene kan fradeles.

Asker kommune har åpnet for dispensasjon fra kommuneplanen for fradeling av sentrumsområdet på omlag 30 dekar, som nå er fradelt og under overføring fra Oslo kommune til Oslo universitetssykehus HF. De 9 bygningene i dette området er enten utleid eller i dårlig, ikke-utleierbar forfatning og sykehuset har ingen klinisk virksomhet i arealene. I denne styresaken fremmes forslag om salg av sentrumsområdet på Dikemark, gnr. 89 bnr. 275 i Asker kommune.

2. Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

Oslo universitetssykehus har sykehusvirksomhet i bare fire av de 30 vernede bygningene på Dikemark, resten er utleid eller står tomme. Sentrumsområdet på Dikemark som her foreslås solgt er ikke en del av planen for utviklingen av Oslo universitetssykehus HF, planen er over tid å avvikle virksomhet på Dikemark.

Skjerpet krav om oppfølging av bygninger som er fredet ved forskrift de siste årene, kombinert med store uløste oppgraderingsbehov i eiendommens bygningsmasse, er utfordrende for Oslo universitetssykehus. Et salg samstemmer med strategi for bedre likviditet og er i overensstemmelse med den regionale strategien om arealeffektivisering ved å avhende eiendommer som ikke er nødvendige for foretakets virksomhet og strategiske planer.

Grunnet kommunens krav om områderegulering vil ikke fradeling og salg av hele eiendommen være gjennomførbart på mange år ennå. Asker kommune har imidlertid åpnet for fradeling og et salg av sentrumsområdet samt Nedre Vardåsen. Dette vil åpne for ivaretagelse og utvikling av disse eiendommene ved at nye eiere kommer inn og vil kunne stimulere interessen for Dikemarksområdet i sin helhet. Det kan fremover bety et bedre potensiale for utleie av de resterende byggene som Oslo universitetssykehus har ansvar for å forvalte frem til området er regulert. Administrerende direktør anbefaler på denne bakgrunn å gjennomføre salg som foreslått.

Salg av fast eiendom verdsatt til 10 millioner kroner eller mer skal vedtas av foretaksmøte etter forslag fra styret jf. vedtektene § 10. I henhold til vedtektene ber administrerende direktør om at styret slutter seg til avhending av eiendommen og godkjenner at saken fremmes til Helse Sør-Øst RHF for fremleggelse i foretaksmøte, slik at salgsprosessen kan iverksettes.

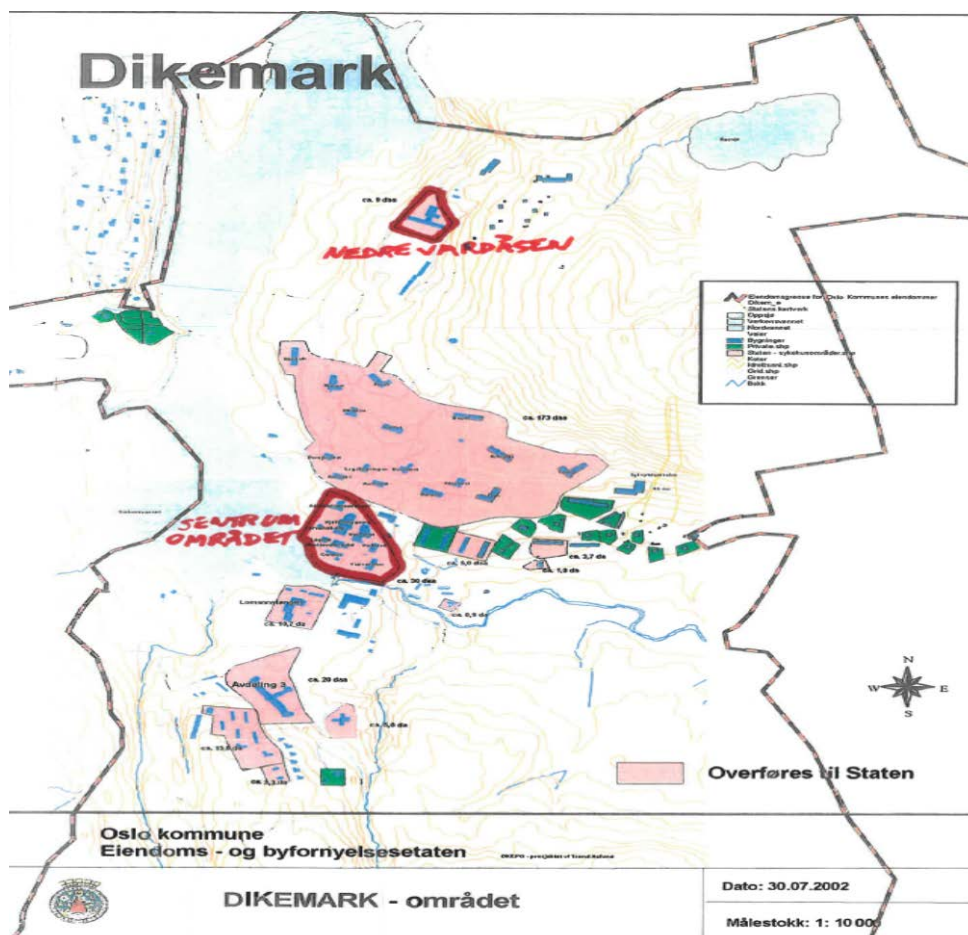
3. Bakgrunn

I forbindelse med Oslo universitetssykehus' utviklingsplaner prosjekteres det nytt bygg og lokalisasjon for regional sikkerhetsavdeling (RSA) til erstatning for

virksomheten på Dikemark. Videre planlegges det for å samlokalisere døgnbehandling alderspsykiatri fra Nedre Vardåsen på Dikemark med annen døgnbehandling Psykisk helsevern voksen på Gaustad sykehus i bygg 19. Det vil si at på sikt vil all virksomhet være flyttet fra Dikemark.

Bygningsmassen på Dikemark er generelt preget av eldre byggeskikk som har store begrensninger når det gjelder tilpasningsmuligheter og fremtidige bruksområder. Byggene som bare er delvis i bruk bærer preg av betydelig etterslep på vedlikehold. Utleien har til nå ikke generert tilstrekkelige inntekter for vedlikehold/istandsettelse av bygningene, og økonomien setter begrensninger for investeringer i tomme bygg. Bare løpende arbeid med å sikre bygningene mot vanninntrenging og nødvendige skadebegrensende tiltak gjennomføres.

Etter prosessen ved sykehusreformen 2002 har eiendommen på Dikemark bestått av et gårds/bruks nr. som i sin helhet er hjemlet på Oslo kommune. Det vil si at Oslo kommune fortsatt er grunneier, selv om sykehusreformen 2002 forutsatte overføring av eiendommene til Staten. Overføring av eiendommene har til nå vært forhindret av Asker kommune, som forutsetter i sin kommuneplan at området reguleres før tomtene kan fradeles.



Asker kommune ønsker Dikemark utviklet til et fremtidig kommunesenter, men områdereguleringen er ikke iverksatt og er en prosess som vil ta mange år. Kommunen ønsker imidlertid i startfasen å legge til rette for aktiviteter som kan trekke folk til området, og i første rekke er det sentrumsområdet som ønskes

utviklet. Asker kommune har åpnet for dispensasjon fra kommuneplanen for fradeling og salg av sentrumsområdet, slik at det kan selges for utviklingsformål. Sentrumsområdet er nå fradelt og under overføring til Oslo universitetssykehus.

Dersom døgndrift alderspsykiatri utvikles på Dikemark, vil også Nedre Vardåsen kunne selges. Oslo universitetssykehus har derfor i tillegg til sentrumsområdet anmodet Asker kommune om fradeling av Nedre Vardåsen. Fradeling antas å bli gjennomført i løpet av 2019 og dette vil gi anledning til et salg av også denne tomten på Dikemark i 2020.

Salg av fast eiendom verdsatt til 10 millioner kroner eller mer skal vedtas av foretaksmøte etter forslag fra styret jf. vedtektene § 10. Det er stor usikkerhet knyttet til salgsverdien av dette området, men det antas å beløpe seg til 40 millioner kroner, noe som betyr at saken må fremmes til Helse Sør-Øst RHF for fremleggelse i foretaksmøte.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 10. mai 2019
Saksbehandler: Direksjonssekretær
Vedlegg:

**SAK 31/2019: VALG AV STYRE I BARNESTIFTELSEN OG
ORIENTERING OM STIFTELSE**

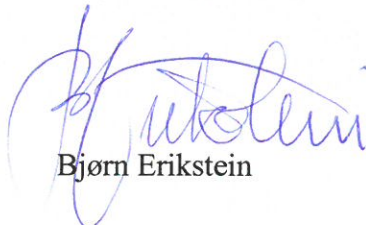
Forslag til vedtak:

1. *Styret tar saken til orientering.*
2. *Som representantskap i stiftelsen velger styret i Oslo universitetssykehus HF følgende medlemmer i styret for Barnestiftelsen ved Oslo universitetssykehus for perioden 10. mai 2019 til 31. desember 2022:*

*Kai Thøgersen
Thor Willy Ruud Hansen
Kristin Helene Jahre Ramm*

*Leder
Medlem
Medlem*

Oslo, 3. mai 2019


Bjørn Erikstein

Innledning

Saken gjelder valg av nytt styre i Barnestiftelsen ved Oslo universitetssykehus og gir styret en orientering om samhandling med andre stiftelser.

Vagl av styret i Barnestiftelsen ved Oslo universitetssykehus

Barnestiftelsen ved Oslo universitetssykehus har som formål å forvalte gaver og fond ved foretaket i forbindelse med virksomhet knyttet til barn og barns sykdommer. Stiftelsen yter økonomiske bidrag til prosjekter vedrørende forskning og kompetanseheving blant tilsatte og aktiviserende og trivselsfremmende tiltak for barnepasienter i sykehuset.

Stiftelsen har fra den ble opprettet 21. november 2007 delt ut over 20 millioner kroner til aktivitet, trivsel, forskning og utvikling. Barnestiftelsen har de siste årene delt ut 3-3,5 millioner hvert år. Stiftelsens samlede driftskostnader er bare kostnadene til regnskapsfører og revisor. Styre mottar ikke honorar og Barnestiftelsen får sine juridiske forhold og kapitalforvaltning utført kostnadsfritt av styreleders advokatfirma (Wiersholm).

Styret i Oslo universitetssykehus er Barnestiftelsens representantskap og velger i den egenskap stiftelsens styre. Styrets leder tiltrer som dommer i Høyesterett 1. mai og må avslutte andre verv. Det sittende styret er valgt fra 1. januar 2016 og er inne i siste år av valgperioden. Hele styret er derfor på valg. I vedtektene fremgår det at styret skal bestå av tre til fire medlemmer, som bør ha forskjellig bakgrunn og kompetanse, herunder kompetanse for forvaltningen av stiftelsens midler og kompetanse knyttet til barns sykdommer. Videre er det krav om at styremedlemmene skal være uavhengige av mottakere av stiftelsesmidler og av helseforetakets eiere.

Erik Thyness trer ut av styret etter 12 år som styreleder. Som ny styreleder foreslås advokat Kai Thøgersen, partner i advokatfirmaet Wiersholm.

Styremedlem Sverre Olaf Lie barnelege, tidligere leder for Barneklubben på Rikshospitalet og professor ved Universitetet i Oslo har sittet i styret fra opprinnelsen i 2007 og trer nå ut. Som nytt styremedlem foreslås professor emeritus, tidligere barnelege ved nyfødteintensivavdeling på Rikshospitalet, tidligere leder av Norsk Barnelegeforening og tidligere leder av Oslo universitetssykehus' kliniske etikk-komite, Thor Willy Ruud Hansen.

Styremedlem Kristin Helene Jahre Ramm som er sorenskriver i Asker og Bærum tingrett har sittet i styret i fra 2016 og har sagt seg villig til å ta gjenvalg.

Forslaget innebærer en fornyelse samtidig som medlemmet Ramm sikrer kontinuitet. Styremedlemmens bakgrunn vil likne den som har vært til nå, som har fungert godt.

Orientering av samhandling med andre stiftelser

Helseforetaket er tilgodesett i formålet til flere stiftelser og samhandling med stiftelser er del av virksomheten som skal forvaltes av foretaket. I begynnelsen

av 2007 vedtok foretaksmøte i de regionale helseforetakene at det skulle lages rutiner for helseforetakenes samhandling med stiftelser:

"Rutinene skal særskilt behandle foretakenes rolle som mottager av midler fra stiftelser og legater, slik at ikke utenforstående aktører får innflytelse på foretaket på bekostning av foretakets ledelse. Overføring av midler fra foretaksgruppen til stiftelser, legater eller fond skal bare finne sted dersom det foreligger vesentlige grunner som av hensyn til foretakenes interesse tilsier det."

De regionale helseforetakene gjorde tilsvarende vedtak i helseforetakenes foretaksmøter samme år og laget felles regionale retningslinjer. Foretaksmøte i Oslo universitetssykehus bekreftet i 2009 tidligere vedtak om stiftelser og legater fra 2007. Her heter det blant annet:

"Foretaksmøte ba om at Oslo universitetssykehus HF bringer forholdet til aktuelle stiftelser og legater i orden, slik at det samsvarer med gjeldende regelverk og retningslinjer."

Med utgangspunkt i fellesregionale retningslinjer vedtar styret i Oslo universitetssykehus retningslinjer for gaver og stiftelser etc. den 17. desember 2009 i sak 176/2009. Styret ba om at det ble utarbeidet avtaler med stiftelser som har helseforetakets virksomhet i sitt formål. Status for avtaler er:

Barnestiftelsen ved Oslo universitetssykehus	avtale 23.12.2011
Fondsstiftelsen ved Oslo universitetssykehus	avtale 2.9.2013
Radiumhospitalets forskningsstiftelse	avtale 15.4.2015
Stiftelsen Det Norske Radiumhospitalet	avtale 29.6.2017
Norsk Hydros Fond for Kreftforskning	avtale 12.4.2019
Legat 72 Inst. for eksperimentell med. forskning	stiftelsen ønsker å vente
Radiumhospitalets legater	stiftelsen har ikke ønsket

Barnestiftelsen og Fondsstiftelsen utgjør Oslo universitetssykehus' ordning for å motta og forvalte arv og gaver til helseforetaket. Fondsstiftelsen ble etablert i 2012 og forvalter arv og gaver som ikke skal til Barnestiftelsen. Flere tidligere stiftelser er slått sammen med Barnestiftelsen og Fondsstiftelsen.

Radiumhospitalets Forskningsstiftelse

Stiftelsen ble etablert i 1986 som Radiumhospitalets kommersialiseringsenhet. Denne oppgaven ivaretas nå av Inven2 AS, og stiftelsen er i dag et såkornfond som investerer i selskaper basert på forskning innen onkologi med hovedfokus på immunonkologi og persontilpasset medisin. Stiftelsens formål er enten selv eller gjennom direkte eller indirekte eierskap i andre forskningsbaserte selskaper eller sammenslutninger, utdelinger og øvrige investeringer, arbeide for å oppnå en bedre og mer effektiv diagnose, behandling, pleie og forebygging av kreftsykdommene, herunder blant annet ved å finansiere forskning, tilby undervisning, formidle informasjon og yte rådgivning samt styrke det faglige miljøet på kreftforskning generelt, og Oslo universitetssykehus HF spesielt. Styret i stiftelsen velges av Helse Sør-Øst RHF.

Stiftelsen Det norske Radiumhospital

Det norske Radiumhospital ble etablert som en stiftelse i 1931. Stiftelsen driver ikke lenger sykehus og Oslo universitetssykehus HF er ansvarlig for virksomheten i Det norske radiumhospital. Som følge av at Stiftelsen Det Norske Radiumhospital ikke har vært formelt avviklet, har Oslo universitetssykehus etter mandat fra Helse og -omsorgsdepartementet hatt en prosess med stiftelsen for å komme frem til en endelig løsning der stiftelsens formål fullt ut ivaretas av helseforetaket og stiftelsen opphører.

Oslo universitetssykehus og stiftelsen har sammen med Helse og omsorgsdepartementet inngått avtale om forvaltning av verdier i stiftelsen og opphevelse og avvikling av stiftelsen. Stiftelsen er under avvikling i henhold til avtalen. Det gjenstår å få på plass en dokumentert bekreftelse fra stiftelsen om at Oslo universitetssykehus ved dens avvikling har fått overført samtlige rettigheter og plikter etter stiftelsen, med unntak av det som måtte være regulert annerledes i avtalen av 29. juni 2017. Stiftelsens styre velges av Helse- og omsorgsdepartementet.

Norsk Hydros Fond for kreftforskning

Stiftelsen Norsk Hydros Fond for Kreftforskning ble opprettet etter en donasjon fra Norsk Hydro i 1955. Fondet skal anvendes til beste for Institutt for Kreftforskning ved Det norske Radiumhospital. Stiftelsen bidrar til kompetanse og teknologi ved Institutt for Kreftforskning gjennom støtte til deltakelse ved vitenskapelige konferanser hvor ansatte presenterer sine forskningsresultater, kortvarige opphold i andre laboratorier, gjesteforelesere ved Institutt for Kreftforskning, kreftsymposier organisert av ansatte og utstyr som vil styrke forskningen ved institutt for Kreftforskning. Styret oppnevnes av det sittende styret.

Stiftelsen Institutt for eksperimentell medisinsk forskning

Stiftelsen ble opprettet i 1951 etter et gavebrev fra skipsreder Anders Jahre. Formålet er å drive eksperimentell medisinsk forskning i samarbeid med det kliniske sykehusarbeid ved sykehusets avdelinger og skal så vidt mulig og formålstjenlig, bistå sykehusets kliniske avdelinger ved bearbeidelse av vitenskapelige og praktiske medisinske spørsmål. Virksomheten under navnet Institutt for eksperimentell medisinsk forskning er lokalisert på Ullevål sykehus og foregår i tre juridiske enheter med samme navn; en avdeling i Oslo universitetssykehus, et institutt ved Universitetet i Oslo og i stiftelsen.

Oslo universitetssykehus sa opp en eksisterende avtale med stiftelsen i 2014 fordi den inneholdt en overføring av midler fra sykehuset til stiftelsen. Oslo universitetssykehus forvalter egne midler, slik at det skal skje innenfor sykehusdelen (avdelingen) av virksomheten i instituttet.

Arbeidet med en ny avtale med stiftelsen er stilt i bero i påvente av at styret i stiftelsen vurderer en gjennomgang av stiftelsens vedtekter.

Styret supplerer seg selv innenfor noen føringer om styremedlemmenes sammensetting.

Radiumhospitalets legater

De tre stiftelsene som utgjør dagens Radiumhospitalets legater har sitt utgangspunkt i en rekke stiftelser (over 50) for arv og gaver ved Radiumhospitalet. Det var styret i sykehuset som var styre i legatene (stiftelsene). For å lette arbeidet hadde styret i sykehuset et underutvalg bestående av tre styremedlemmer, kalt legatstyret, som ble gitt fullmakter i administrasjonen av legatene. I 2005 ble legatene fusjonert i tre stiftelser av legatstyret. Ved fusjonen ble vedtektene endret slik at sykehusstyret ikke lenger er eller oppnevner styret i Radiumhospitalets legater. Det fjernet forbindelsen mellom sykehuset og stiftelsene som var grunnlag for ordningen om at arv og gaver til Radiumhospitalet ble administrert gjennom legatene.

Sykehuset har fra 2007 ved en rekke anledninger tatt initiativ for å få på plass en ordning med Radiumhospitalets legater, uten å få i gang en prosess. I forbindelse med en rettstvist i slutten av 2018 fremmet legatene ønske om et møte med sykehuset for å avklare roller og gjensidige forventninger. I møte fremholdt Oslo universitetssykehus at arv og gaver til Radiumhospitalet er å anse som gitt til sykehuset, og opplyste at dersom Radiumhospitalets legater skal ha en rolle i å motta eller forvalte sykehusets midler (arv og gaver), så er det et minstekrav til formell mulighet for kontroll at sykehusets styre oppnevner styret i legatene, som tidligere. Legatene har ikke gitt noen avklaring av hvilken rolle de ønsker å påta seg framover og de responderer ikke på henvendelser om å møtes for å få større klarhet i dette.

De tre stiftelsene som inngår i Radiumhospitalets legater har som formål å yte økonomisk støtte til kreftforskning, velferdstiltak for personalet, pasienttiltak og lette situasjonen for kreftpasienter på Radiumhospitalet.

Styret i Radiumhospitalets legater velger seg selv, med unntak for et medlem i legatet (stiftelsen) for kreftforskningsformål som utpekes av Helse- og omsorgsdepartementet.

Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

Flere større stiftelser har virksomheten i Oslo universitetssykehus i sitt formål. I samhandlingen med stiftelser forholder Oslo universitetssykehus seg til retningslinjene gitt av foretaksmøte og styret. Målet er å ha et godt og ordnet samvirke med stiftelsene som ivaretar virksomhetens uavhengighet, styring og samordning og at kravene til forvaltning av helseforetakets verdier, forpliktelser og rettigheter oppfylles. Oslo universitetssykehus har etablert samarbeidsavtaler med flere stiftelser og vil følge opp helseforetakets interesser og arbeide for avklarte ordninger med alle større stiftelser, som vedtatt. Det vil bli gitt en status for arbeidet med stiftelser i eierlinjen og styret vil fremover bli orientert ved anledning.

Barnestiftelsen har vært en hensiktsmessig forvaltningsordning for gaver og arv på området. De to styremedlemmene som nå fratrer har i en årrekke bidratt til at stiftelsen har utviklet seg til en effektiv og godt fungerende ordning for helseforetaket. Med de foreslåtte nye medlemmene vil styret i Barnestiftelsen inneha samme kunnskaps- og erfaringsbakgrunn som tidligere. Det anbefales at styret velger de foreslåtte medlemmene til styre i Barnestiftelsen.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 10. mai 2019

Saksbehandler: Medisinsk direktør

Vedlegg:

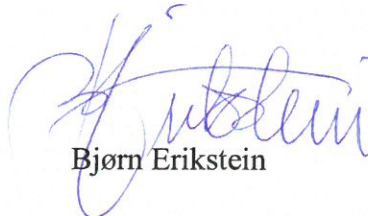
1. Risikovurdering gradvis flytting fra RH til US
2. Protokoll fra ROS-analyse
3. Oversendelsesbrev til HSØ RHF
4. Tillegg til oversendelsesbrev med vedlegg
 - 4.1 Referat dialogmøte 27.3.2019
 - 4.2 Referat dialogmøte 3.4.2019
 - 4.3 Referat dialogmøte 10. april 2019
 - 4.4 Presentasjon fra dialogmøte 27.3.2019
 - 4.5 Presentasjon risikovurdering 1.4.2019
5. Tidligere utredninger Ullevål sykehus 2011-2016

**SAK 32/2019 FREMTIDENS OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS -
OPPFØLGING AV STYREBEHANDLING I HELSE SØR-
ØST RHF**

Forslag til vedtak:

Styret tar redegjørelsen til orientering.

Oslo den 3. mai 2019


Bjørn Erikstein

Oslo universitetssykehus er av Helse Sør-Øst RHF bedt om å gi en redegjørelse for hva Oslo universitetssykehus har utredet tidligere vedrørende bruk av Ullevålstomten og å gi en faglig vurdering av hvilke fagområder som i et Ullevål-alternativ først skal flyttes til Ullevål fra Rikshospitalet, dersom man skal ha en gradvis samling av regionsfunksjoner.

Oslo universitetssykehus sendte Helse Sør-Øst vedlagte oversendelsesbrev med vedlegg inne fristen den 12. april i år.

Like før dokumentene ble sendt mottok man en protokoll fra de foretakstillitsvalgte om den gjennomførte ROS-analysen av en gradvis samling av regionsfunksjoner på Ullevål. Protokollen ble vedlagt forsendelsen til Helse Sør-Øst RHF.

Den 24. april ble det sendt et tillegg til oversendelsesbrevet av 12. april. Tillegget inneholdt en prosessbeskrivelse av ROS-vurderingen og inkluderte tre referater fra dialogmøter.

Oslo universitetssykehus er også bedt om å bidra med økonomiske beregninger knyttet til Ullevål-alternativet. Da denne saken ble sluttført pågikk det en dialog om omfang og innretning av disse beregningene.

02Prosjekt:


Videreutvikling Aker og Gaustad

Tittel:

Risikovurdering av trinnvis flytting fra Rikshospitalet til Ullevål

Oslo universitetssykehus HF



Rev.	Beskrivelse	Rev. Dato	Utarbeidet	Kontroll	Godkjent	
03	Utkast etter ROS-samling 01.04.2019	04.04.2019	NEF/SPR	SPR		
02	Utkast etter ledermøte og møte TV i OUS	27.03.2019	NEF/SPR	SPR		
01	Utkast for implementering	21.03.2019	ON/SPR	SPR		
Kontraktor/leverandørs logo:	Bygg nr:	Etasje nr.:	Systemgr.:	Antall sider:		
 an RPS company				Side 1 av 28		
Prosjekt:	Kontrakt nr:	Fag:	Dok.type:	Løpenr:	Rev.nr.:	Status:
NSG	8001	Z	RO	0004	01	G

INNHALDSFORTEGNELSE

1	Sammendrag.....	3
2	Mål og definisjon.....	5
2.1	Mål med tiltaket.....	5
2.2	Alternativer som risikovurderes.....	5
2.3	Definisjon risiko.....	6
3	Beskrivelse av analyseobjektet.....	6
4	Arbeidsform og framgangsmåte.....	8
4.1	Arbeidsform.....	8
4.2	Framgangsmåte.....	9
5	Definering av mål og etablering av rammer for analysen.....	9
5.1	Mål.....	9
5.2	Forutsetninger, rammer og avgrensninger.....	10
6	Identifisere kritiske suksessfaktorer for hvert målområde.....	11
7	Akseptkriterier.....	11
8	Risikovurdering.....	11
8.1	Konsekvenskategorier.....	11
8.2	Sannsynlighetskategorier.....	12
9	Forhold som kom opp under samlingen den 01.04.2019 som ikke direkte dekkes av den kvantitative risikovurderingen.....	13
9.1	Innledning.....	13
9.2	Undervisning og forskning.....	13
9.3	Oppsummering av tilbakemelding fra Barne- og ungdomsklinikken.....	14
9.4	Kommentar fra klinikk for laboratoriemedisin.....	15
9.5	Arbeidsmiljø.....	15
9.6	To trinn i første etappe betyr lenger tid til gjennomføring.....	15
9.7	Kan enkelte tilbud løses ved andre sykehus i en periode?.....	15
9.8	Kunne det vært andre alternativer som hadde gjort den trinnvise løsningen mindre utfordrende?.....	16
9.9	Fastlåst målbilde.....	16
10	Identifisering av risikoforhold (grov kartlegging).....	16
10.1	Grovmatrise inkludert oversikt over uønskede hendelser: Alternativ 1.....	17
10.2	Grovmatrise inkludert oversikt over uønskede hendelser: Alternativ 2.....	18
10.3	Risikovurdering alternativ 1.....	19
10.4	Risikovurdering alternativ 2.....	21
11	Behov for tiltak.....	22
11.2	Risikobilde i alternativ 2.....	24
11.3	Forholdet mellom tiltakene i risikovurderingen og handlingsplanen.....	26
12	Forslag til tiltak.....	27
12.1	Forslag til tiltak alternativ 1.....	27
12.2	Forslag til tiltak alternativ 2.....	28

1 Sammendrag

Det gjennomføres etter vedtak i styret i Helse Sør-Øst RHF 31.01.2019 en belysning av å samle den virksomheten som så langt har vært planlagt på Gaustad (Rikshospitalet), på Ullevål. Dvs. å flytte nåværende virksomhet på Rikshospitalet til Ullevål, kombinert med å beholde på Ullevål den virksomheten som er planlagt flyttet til Gaustad.

Denne risikovurderingen legger til grunn at samlet målbylde slik det er planlagt på Gaustad, i stedet lokaliseres på Ullevål (ref. brev fra Helse Sør-Øst 4.3.19). Dette betyr at risikovurderingen gjøres med følgende målbylde:

- Komplet regionssykehus med lokalsykehusfunksjoner på Ullevål
- Lokalsykehus på Aker
- Spesialisert kreftsykehus på Radiumhospitalet.

En første etappe på Ullevål må kunne sammenholdes med den 1. etappe, inkludert føde og barn, som er utredet for Gaustad. Samtidig skal en mulig trinnvis flytting fra Rikshospitalet til Ullevål vurderes. Det er derfor sett på to alternativer for trinnvis fraflytting fra Rikshospitalet innenfor etappe 1. Etter gjennomført trinnvis utflytting fra Rikshospitalet i 1. etappe vil det ikke være gjenværende virksomhet knyttet til sykehuset på denne lokalisasjonen.

Målbylde inneberer også at virksomhet flyttes fra Ullevål til Aker i første etappe, og at de private ideelle vil ha oppgaver på samme nivå som beskrevet i konseptrapporten.

Fokus i risikovurderingen er risikoen knyttet til drift av gjenværende funksjoner på Rikshospitalet i perioden fra første til andre trinn er gjennomført (beregnet mellomperiode er 5 år). Risikovurderingen inkluderer også risikoforhold på Ullevål ved at en del virksomhet allerede er flyttet til Aker før hovedtyngden av funksjoner er flyttet til Ullevål fra Rikshospitalet.

Risikovurderingen omfatter to alternativer for trinnvis flytting:

1. Det første alternativet er basert på samling av dublerede region- og landsfunksjoner på Ullevål i første trinn. Resterende regionfag som kan drives relativt selvstendig blir værende igjen på Rikshospitalet sammen med tilhørende medisinske- og ikke-medisinske støttefunksjoner, forskning og undervisning og administrasjon. Anslagsvis utgjør dette trinnet 80% av dagens virksomhet på Rikshospitalet. (For hvilke fag som flytter fra Rikshospitalet til Ullevål, og fra Ullevål til Aker vises til tabell på side 7).
2. Det andre alternativet er et minimumsalternativ. Her blir organtransplantasjoner og pediatri igjen på Rikshospitalet sammen med føde, nyfødt med tilhørende medisinske- og ikke-medisinske støttefunksjoner, forskning og undervisning. I tillegg vil regionfag som har pasientforløp relativt uavhengig av fagene som flytter, bli værende. Anslagsvis utgjør dette trinnet 30% av dagens virksomhet på Rikshospitalet. (For hvilke fag som flytter fra Rikshospitalet til Ullevål, og fra Ullevål til Aker vises til tabell på side 7).

Risikovurderingen er basert på ordinær risikovurderingsmetodikk, jf. NS 5814 og veileder for arbeidet med risikostyring i Helse Sør-Øst. Risikovurderingen er gjennomført for å få belyst risikoforhold knyttet til drift av Oslo universitetssykehus

HF på Rikshospitalet etter realisering av første trinn av flytting til Ullevål, og ved Ullevål mellom trinn 1 og trinn 2, etter utflytting av virksomhet til Aker. Risikovurderingen er fasilitert av prosjektorganisasjonen til Helse Sør-Øst RHF på vegne av Oslo universitetssykehus HF som er faglig og økonomisk ansvarlig for virksomheten.

For å identifisere risikoelementer er det gjennomført en samling med bred representasjon fra Oslo universitetssykehus HF den 01.04 2019 (se deltakerliste senere i dokumentet). Denne rapporten dokumenterer de risikoforhold som ble identifisert av Oslo universitetssykehus HF i samlingen.

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

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

For alternativ 1 kom det fram 11 ulike «uønskede hendelser» i rød sone. Etter tiltak er det fortsatt 7 hendelser igjen i rød sone. Dette skyldes at løsningen fører til at fagmiljøer som er knyttet tett sammen rundt pasientbehandlingen i den aktuelle perioden får pasienter på to lokalisasjoner. Dermed må enten personalet eller pasienten flyttes imellom gjennom rotasjon og/eller på indikasjon (akutt). Med de involverte pasientgruppene er dette en meget krevende situasjon å løse samtidig som man skal ivareta god pasientbehandling. Samlet bilde er at omfanget av uønskede hendelser som faller i rød og gul sone er betydelig. Det blir meget krevende å gjennomføre dette alternativet uten at det gjøres betydelige tiltak bemanningsmessig og økonomisk, i tillegg til noen justeringer av hva som flyttes med i første trinn til Ullevål (i praksis at det flyttes noe mer med i 1. trinn).

For alternativ 2 kom det fram 10 ulike «uønskede hendelser» i rød sone før tiltak. Etter tiltak er det 5 hendelser i rød sone og to i gul sone. Sammenlignet med alternativ 1 så er tallene på hendelser i rød sone svakt lavere (11 mot 10 og 7 mot 5), men endringen i antall hendelser er marginal. Ved at dette alternativet inneholder vesentlig mer drift på RH i perioden og et mindre «flytt» til Ullevål, så skaper dette grensesnittet færre utfordringer for driften på Rikshospitalet enn i alternativ 1. Men her skapes det økte utfordringer. Når flyttingen til Aker gjennomføres, så blir «etterfyllingen» på Ullevål vesentlig mindre enn i alternativ 1. For flere fagområder medfører dette en utfordrende situasjon med drift tre steder (fire dersom også Radiumhospitalet inkluderes). Samlet bilde er at omfanget av uønskede hendelser som faller i rød og gul sone er betydelig også i alternativ 2, selv om det er svakt lavere enn i alternativ 1. Det blir meget krevende å gjennomføre også dette alternativet uten at det gjøres betydelige tiltak bemanningsmessig og økonomisk. Her framstår grensesnittet mellom RH og Ullevål som en utfordring, men i tillegg og like viktig blir i dette alternativet grensesnittet mellom de tre sykehusene RH, Ullevål og Aker.

Det kom under samling den 1.4.2019 også fram noen momenter som er av en slik karakter at de ikke fullt ut fanges opp av den kvantitative risikovurderingen, men som er oppsummert i kapittel 9.

2 Mål og definisjon

2.1 Mål med tiltaket

Oslo universitetssykehus HF skal i dette perspektivet utvikles som tre sykehus med en klar profil; et lokalsykehus på Aker, et samlet og komplett regionsykehus med lokalsykehusfunksjoner på Ullevål og et spesialisert kreftsykehus på Radiumhospitalet. I tillegg skal det etableres en regional sikkerhetsavdeling (RSA) til erstatning for nåværende virksomhet på Dikemark. Realisering av målbildet skal skje gjennom etappevis utbygging. Som en del av oppgaven med å belyse et alternativ der Ullevål erstatter Gaustad i målbildet, er det sett på alternativer med trinnvis fraflytting fra dagens Rikshospital. Disse alternativene er risikovurdert som beskrevet under.

Risikovurderingen bygger på de samme forutsetningene som konseptfasen for videreutviklingen av Aker og Gaustad, med kun den forskjellen at lokalisasjon for det komplette regionssykehuset er endret. En første etappe på Ullevål må kunne sammenholdes med den 1. etappe inkludert føde og barn som er utredet for Gaustad. Samtidig skal en mulig trinnvis flytting fra Rikshospitalet til Ullevål vurderes (ref. brev fra Helse Sør-Øst 4.3.19). Det er sett på to alternativer for trinnvis fraflytting fra Rikshospitalet innenfor etappe 1. Etter gjennomført trinnvis utflytting fra Rikshospitalet i 1. etappe vil det ikke være gjenværende virksomhet knyttet til sykehuset på denne lokalisasjonen.

2.2 Alternativer som risikovurderes

De alternativene som vurderes i denne risikoanalysen av gjenværende virksomhet på Rikshospitalet er følgende:

1. Det første alternativet er basert på samling av dublerne region- og landsfunksjoner på Ullevål i første trinn. Resterende regionfag som kan drives relativt selvstendig blir værende igjen på Rikshospitalet sammen med tilhørende medisinske- og ikke-medisinske støttefunksjoner, forskning og undervisning og administrasjon. Anslagsvis utgjør dette trinnet 80% av dagens virksomhet på Rikshospitalet. (Dette alternativet tilsvarer virksomhetsmessig etappe 1 fra Ullevål til Gaustad der øye, lab, strålebehandling, forskning og administrasjon blir liggende igjen, se for øvrig illustrasjon av Alternativ 1 på side 8).
2. Det andre alternativet er et minimumsalternativ. Her blir organtransplantasjoner og pediatri igjen på Rikshospitalet sammen med føde, nyfødt med tilhørende medisinske- og ikke-medisinske støttefunksjoner, forskning og undervisning. I tillegg vil regionfag som har pasientforløp relativt uavhengig av fagene som flytter, bli værende. Anslagsvis utgjør dette trinnet 30% av dagens virksomhet på Rikshospitalet (se illustrasjon av alternativ 2 på side 8).

Det er lagt til grunn 5 år mellom trinnene.

Risikovurderingen gjelder gjenværende virksomhet på Rikshospitalet og Oslo universitetssykehus HF sin mulighet til, og forutsetninger for, å opprettholde en forsvarlig pasientbehandling og arbeidsmiljø, god forskning, innovasjon, undervisning og utdanning, og å kunne gjøre dette med bærekraftig økonomi gitt disse forutsetningene om innhold i trinnene.

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

2.3 Definisjon risiko

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

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

3 Beskrivelse av analyseobjektet

Nedenfor er det vist en oversikt over virksomhetens funksjoner etter utflyttingen fra Rikshospitalet til Ullevål i et første fraflyttingstrinn.

Det er som nevnt innledningsvis beskrevet to alternativer av analyseobjektet slik vist nedenfor. Analyseobjektet beskrives ved venstre «kolonne» i illustrasjonen merket «Gjenværende RH». For medisinske og ikke-medisinske støttefunksjoner, forskning og undervisning vil deler av aktiviteten flyttes i 1. trinn. Dette er merket med grå tekst på hvit bakgrunn i illustrasjonen, og gjenværende aktivitet er gitt en litt lysere farge. Til høyre i illustrasjonen er det vist en kolonne for Aker. Dette for å synliggjøre at det flyttes virksomhet innenfor samme fagområder til Aker fra Ullevål i 1. etappe. Merk at kolonnene for «tilsvarende fag» på hhv Ullevål og Aker ikke viser fullstendig innhold på disse lokalisasjonene, men et utvalg relatert til fag som flyttes fra Rikshospitalet til Ullevål.

Alternativ 1¹:

Gjenværende RH	Trinn 1 til Ullevål	Tilsvarende fag på Ullevål	Tilsvarende fag på Aker flyttet fra Ullevål
HHA Kjeve- og ansiktskirurgi	HHA Kjeve- og ansiktskirurgi	kjeve- og ansiktskirurgi	
HHA Plastikkirurgi v+b	HHA Plastikkirurgi v+b	Plastikkirurgi	
KIT Urologi	KIT Urologi		
KIT Barnekirurgi	KIT Barnekirurgi	Barnekirurgi	
OPK Ortopedi v+b	OPK Ortopedi v+b	Ortopedi v+b	Ortopedi voksne
NVR Nevrokirurgi v+b	NVR Nevrokirurgi v+b	Nevrokirurgi v+b	
NVR Nevrologi	NVR Nevrologi	Nevrologi	Nevrologi
KIT Gastrokirurgi, voksne og barn	KIT Gastrokirurgi, voksne	Gastrokirurgi	Gastrokirurgi
HLK Thoraxkirurgi	HLK Thoraxkirurgi	Thoraxkirurgi	
HLK Kardiologi	HLK Kardiologi	Kardiologi (MED)	Kardiologi (MED)
HLK Lungemedisin	HLK Lungemedisin	Lungemedisin (MED)	Lungemedisin (MED)
KIT Transplantasjonskirurgi	KIT Transplantasjonskirurgi		
KIT Transplantasjonsmedisin	KIT Transplantasjonsmedisin		
KIT Nyre-gastromedisin	KIT Nyre-gastromedisin	Nyre-gastromedisin (MED)	Nyre-gastromedisin (MED)
KIT Infeksjon	KIT Infeksjon	Infeksjon (MED)	Infeksjon (MED)
BAR Barnemedisin	BAR Barnemedisin	Barnemedisin	
BAR Nyfødtintensiv	BAR Nyfødtintensiv	Nyfødtintensiv	Nyfødtintensiv
KVI Føde og barsel	KVI Føde og barsel	Føde og barsel	Føde og barsel
KIT Hud			
KIT Revmatologi			
HHA ØNH v+b			
KRE Blodsykdommer			
AKU PO/Intensiv v+b, Anestesi	AKU PO/Intensiv v+b, Anestesi	PO/Intensiv v+b, Anestesi	PO/Intensiv v+b, Anestesi
AKU Akuttmottak	AKU Akuttmottak	Akuttmottak	Akuttmottak
AKU Intervensjonssenteret			
KRN Billeddiagnostikk	KRN Billeddiagnostikk	Billeddiagnostikk	Billeddiagnostikk
KRN Nukleærmedisin			
KLM Laboratoriemedisin		Laboratoriemedisin	Laboratoriemedisin
OUS Klinisk service		Klinisk service	Klinisk service
OSS Ikke-medisinsk service	OSS Ikke-medisinsk service	Ikke-medisinsk service	Ikke-medisinsk service
UIO Forskning og utdanning	UIO Forskning og utdanning	Forskning og utdanning	Forskning og utdanning
OUS Forskning og utdanning	OUS Forskning og utdanning	Forskning og utdanning	Forskning og utdanning

Alternativ 2:

Gjenværende RH	Trinn 1 til Ullevål	Tilsvarende fag på Ullevål etter 1. etappe	Tilsvarende fag på Aker etter 1. etappe
HHA Kjeve- og ansiktskirurgi	HHA Kjeve- og ansiktskirurgi	kjeve- og ansiktskirurgi	
HHA Plastikkirurgi v+b	HHA Plastikkirurgi v+b	Plastikkirurgi	
KIT Urologi	KIT Urologi		
KIT Barnekirurgi	KIT Barnekirurgi	Barnekirurgi	
OPK Ortopedi v+b	OPK Ortopedi v+b	Ortopedi v+b	Ortopedi voksne
NVR Nevrokirurgi v+b	NVR Nevrokirurgi v+b	Nevrokirurgi v+b	
NVR Nevrologi	NVR Nevrologi	Nevrologi	Nevrologi
KIT Gastrokirurgi, voksne		Gastrokirurgi	Gastrokirurgi
HLK Thoraxkirurgi		Thoraxkirurgi	
HLK Kardiologi		Kardiologi (MED)	Kardiologi (MED)
HLK Lungemedisin		Lungemedisin (MED)	Lungemedisin (MED)
KIT Transplantasjonskirurgi			
KIT Transplantasjonsmedisin			
KIT Nyre-gastromedisin		Nyre-gastromedisin (MED)	Nyre-gastromedisin (MED)
KIT Infeksjon		Infeksjon (MED)	Infeksjon (MED)
BAR Barnemedisin		Barnemedisin	
BAR Nyfødtintensiv		Nyfødtintensiv	Nyfødtintensiv
KVI Føde og barsel		Føde og barsel	Føde og barsel
KIT Hud			
KIT Revmatologi			
HHA ØNH v+b			
KRE Blodsykdommer			
AKU PO/Intensiv v+b, Anestesi	AKU PO/Intensiv v+b, Anestesi	PO/Intensiv v+b, Anestesi	PO/Intensiv v+b, Anestesi
AKU Akuttmottak	AKU Akuttmottak	Akuttmottak	Akuttmottak
AKU Intervensjonssenteret			
KRN Billeddiagnostikk	KRN Billeddiagnostikk	Billeddiagnostikk	Billeddiagnostikk
KRN Nukleærmedisin			
KLM Laboratoriemedisin		Laboratoriemedisin	Laboratoriemedisin
OUS Klinisk service		Klinisk service	Klinisk service
OSS Ikke-medisinsk service	OSS Ikke-medisinsk service	Ikke-medisinsk service	Ikke-medisinsk service
UIO Forskning og utdanning	UIO Forskning og utdanning	Forskning og utdanning	Forskning og utdanning
OUS Forskning og utdanning	OUS Forskning og utdanning	Forskning og utdanning	Forskning og utdanning

I begge alternativer ligger ikke-klinikknær administrasjon igjen på Rikshospitalet og i Forskningsveien. Dette tilsvarer håndteringen av denne funksjonen i tidligere risikovurderinger av gjenværende virksomhet på Ullevål.

¹ v+b i illustrasjonen betyr voksne og barn, gjelder både alternativ 1 og 2.

4 Arbeidsform og framgangsmåte

4.1 Arbeidsform

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

Forarbeid er gjennomført i et samarbeid mellom representanter for Oslo universitetssykehus HF, prosjektorganisasjonen til Helse Sør-Øst HF og prosessveilederne. Det er avholdt 1 møte/dagsseminar i gruppa i forbindelse med risikovurderingen (01.04.2019). Gruppen har bestått av følgende deltakere:

Navn	Klinikk
Aasmund Magnus Bredeli	DNLF
Anders Halden	PRE
Bergsvein Byrkjeland	DST/Fremtidens OUS
Bjørn Aage Feet	AKU/Fremtidens OUS
Bjørn Wølsted-Knudsen	Fagforbundet
Camilla Margrethe Friis	KVI
Dag Kvale	UiO
Einar Sorterup Hysing	DST/Fremtidens OUS
Erlend B. Smeland	OUS Forskning
Eva Bjørstad	NVR
Geir Teigstad	OSS
Ivar Greiner	DST, Kommunikasjon
Just Ebbesen	DST/Fremtidens OUS
Lars Eikvar	KLM
Marit Bjartveit	KPHA
Morten Mowe	MED
Morten Tandberg Eriksen	KIT
Nina Engelhardtsen Fosen	OSS/Fremtidens OUS
Paulina B Due-Tønnessen	KRN
Per Oddvar Synnes	HVO
Sigbjørn Smeland	KRE
Svein Erik Urstrømmen	NSF
Terje Rootwelt	BAR
Thor Edvardsen	HLK
Tove Nakken	Brukerutvalget
Ørjan Angel Sandvik	DST
Øyvind Skraastad	AKU
Nina Kristiansen	HSØ PO
Erik Høiskar	DNLF
Else Lise Skjæret Larsen	Fagforbundet
Ole Nupen	Metier OEC
Svein Petter Raknes	Metier OEC

4.2 Framgangsmåte

Arbeidet med risikovurderingen ble delt opp i følgende trinn:

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

I samlingen 01.04 ble punkt 4-5 gjennomgått.

5 Definerings av mål og etablering av rammer for analysen

5.1 Mål

Overordnet mål:

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

Delmål:

1. Forsvarlig pasientbehandling.
2. Forsvarlige arbeidsmiljøforhold.
3. God forskning, innovasjon, utvikling og utdanning
4. Bærekraftig økonomi.

Saken dreier seg derfor om hva som må gjennomføres av tiltak enten av funksjonsmessig, organisatorisk eller bygningsmessig art for å opprettholde virksomhet på Rikshospitalet på en forsvarlig måte i perioden fra gjennomført første trinn fram til hele Rikshospitalet er flyttet til Ullevål, samt ved Ullevål mellom trinn 1 og trinn 2, det vil si etter utflytting til Aker, men før Rikshospitalet er flyttet til Ullevål. Hva som i utgangspunktet er «akseptabelt» eller «forsvarlig» ble søkt vurdert i forhold til de standarder/den praksis man har i dag.

5.2 Forutsetninger, rammer og avgrensninger

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

Risikovurderingen skal gjøres med følgende målbilde (ref. brev fra Helse Sør-Øst 4.3.19):

- Komplette regionsykehus med lokalsykehusfunksjoner på Ullevål
- Lokalsykehus på Aker
- Spesialisert kreftsykehus på Radiumhospitalet.

Følgende forutsetninger og avgrensninger er lagt til grunn:

- Nødvendige tiltak blir gjort slik at det kan drives lovlig (i samsvar med lover og forskrifter).
- Risikovurderingen er i dette stadiet på et overordnet nivå. Ny risikovurdering kan eventuelt gjennomføres når det foreligger en konkret plan for hvilke enheter som skal være hvor i perioden etter utflytting, og hvilke tilpasninger som er planlagt for å gjøre dette mulig.
- Gjenværende virksomhet planlegges flyttet fem år etter første trinn i den gradvise utflyttingen.
- Prosjektgjennomføringsrisikoen er ikke en del av denne analysen. Prosjektorganisasjonen til Helse Sør-Øst RHF har etablert et risikoregister for prosjektgjennomføringen som oppdateres månedlig med identifiserte risikoforhold og tiltaksplaner for håndtering av risiko. Dette risikoregisteret er ikke en del av denne risikovurderingen.
- Risiko knyttet til kapasitet for de nye enhetene og funksjonsfordeling mot andre sykehus er ikke tema i denne analysen.
- Enhetene som er planlagt med fortsatt drift fram til fullstendig utflytting i trinn 2 er gjennomført er i utgangspunktet forutsatt å forbli i nåværende lokaler (før eventuelle tiltak, jf. noen tiltak som knytter seg til dette).
- Trinn og etapper på vei til målbildet² skal settes sammen slik at de understøtter pasientsikkerhet og medisinsk forsvarlighet gjennom å:
 - Bidra til utflytting fra gamle, dårlige og uhensiktsmessige bygg
 - Ivareta faglige avhengigheter mellom ulike deler av sykehusets virksomhet
 - Gi den nødvendige kapasitet til å møte den voksende befolkningens behov for spesialisthelsetjenester
 - Bidra til gode, helhetlige pasientforløp i sykehuset
 - Bidra til samling av tverrfaglig miljø som behandler én sykdom (der det er mulig)
 - Gjøre det mulig å samle dupliserte funksjoner

² Gjeldende målbilde for denne risikovurderingen: Komplette regionsykehus med lokalsykehusfunksjoner på Ullevål, Lokalsykehus på Aker og spesialisert kreftsykehus på Radiumhospitalet.

- Skjerme pågående klinisk virksomhet i byggeperioden
- Styrke sykehusets evne til å kunne drive god pasientbehandling og samtidig være økonomisk effektivt

6 Identifisere kritiske suksessfaktorer for hvert målområde

De kritiske suksessfaktorene er:

Delmål 1: Forsvarlig pasientbehandling (sammenliknet med dagens situasjon)

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

Delmål 2: Forsvarlig arbeidsmiljø

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

Delmål 3: God forskning, innovasjon, utvikling og utdanning

- God forskning, innovasjon, utvikling og utdanning

Delmål 4: Bærekraftig økonomi

- Sikre løsninger som muliggjør fremtidige investeringer ved Oslo universitetssykehus.

7 Akseptkriterier

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

8 Risikovurdering

8.1 Konsekvenskategorier

KONSEKVENSKATEGORIER – Funksjon/tjeneste

5. Svært alvorlig	En eller flere kritiske funksjoner/tjenester er satt helt ut av spill.
4. Alvorlig	Funksjonen/tjenesten er delvis redusert i et uholdbart langt tidsrom.
3. Betydelig	Funksjonen/tjenesten blir utført, men det er brudd på retningslinje / prosedyre.
2. Mindre alvorlig	Kvalitetsforringelse på funksjonen/tjenesten. Indikasjoner på at retningslinje / prosedyre ikke følges i tilstrekkelig grad.
1. Ubetydelig	Noe "plunder og heft" knyttet til utførelsen av funksjonen/tjenesten.

KONSEKVENSKATEGORIER – Mennesker

(pasienter, ansatte, studenter, besøkende)

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

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

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

8.2 Sannsynlighetskategorier

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

9 Forhold som kom opp under samlingen den 01.04.2019 som ikke direkte dekkes av den kvantitative risikovurderingen

9.1 Innledning

Det var noen forhold som kom opp i samlingen 01.04.2019 og som ikke direkte dekkes av den kvantitative risikovurderingen. Noen av deltakerne fikk i den sammenheng i oppgave å utforme korte innspill på de aktuelle områdene. Avsnittene nedenfor gir en oppsummering av slike forhold, basert på det som kom opp i samlingen, og på noen områder, utdrag fra de innspill som er kommet inn etter samlingen.

9.2 Undervisning og forskning

Det ble i møtet bedt om en skriftlig redegjørelse fra et forsknings-ståsted, helst fra UiO og OUS i felleskap. Dette bl.a. fordi UiO representanten ikke kunne være med på hele møtet. Følgende merknad er mottatt:

Merknad risikoanalyse Rikshospitalet til Ullevål vedrørende forskning, utvikling og utdanning fra: Erlend B. Smeland (Oslo universitetssykehus) og Dag Kvale (Universitetet i Oslo):

Vi viser til gårdsdagens diskusjon og summerer opp våre synspunkter under:

- 1) På lang sikt medfører flytting fra Rikshospitalet til Ullevål (både alternativ 1 og 2) en større avstand mellom regionsykehusdelen og den sentrale bygningsmassen på UiO, inkludert Livsvitenskapsbygget og Preklinisk institutt, samt Forskningsparken. Dette vil vanskeliggjøre det tette samarbeidet mellom UiO og OUS, spesielt innen forskning. Nærheten til UiO var en helt sentral premiss da Rikshospitalet i sin tid flyttet til Gaustad, og Livsvitenskapsbygget er plassert i nærhet til sykehuset på Gaustad.
- 2) Alternativ 1, som inkluderer flytting av hoveddelen av aktiviteten på Rikshospitalet i dag, **vil ha betydelige, negative konsekvenser for forskningsaktiviteten**, spesielt den tette koblingen mellom klinikk, forskning og utvikling som kjennetegner et universitets- og regionsykehus.
 - a. Vi vil påpeke at vurdering av alvorlighet/konsekvens spesielt er rettet mot klinisk aktivitet (fare for liv/død/alvorlige pasienthendelser) og at disse vurderingskriteriene i liten grad er egnet til å vurdere forsknings- og utdanningsvirksomheten på en hensiktsmessig måte.
 - b. Rikshospitalets virksomhet som foreslås flyttet i trinn 1 i alternativ 1, omfatter sterke forskningsmiljøer.

Dette inkluderer også institutter med laboratorievirksomhet tett knyttet til klinisk virksomhet (PFI, IMI og IKF). Her er det bygget opp klinikknær infrastruktur, inkludert biobanker. I tillegg er det mye tung forskningsinfrastruktur ved Rikshospitalet i dag, inkl. kjernefasiliteter. Flytting av foreslått klinisk aktivitet uten at tilsvarende fasiliteter bygges opp i trinn 1 på Ullevål, vil derfor medføre betydelige risiko for forskningsaktiviteten. Risikoen ville

reduseres dersom et eget forsknings-laboratoriebygg kunne inngå i trinn 1.

- c. Dersom Intervensjonssentret deles, vil dette i vesentlig grad gå ut over den gjennomtenkte og integrerte samhandlingen mellom forskning, innovasjon, utvikling og klinikk som skjer ved IVS i dag.

For utdanningsvirksomheten (både for UoH sektoren og OUS) vil det være noen ulemper med foreslått alternativ 1, men disse er mindre utfordrende og særlig knyttet til at det blir større avstand mellom pasientmiljøer og en del av lærerkreftene.

Synspunktene under punkt a og b deles også av klinikk for laboratoriemedisin.

9.3 Oppsummering av tilbakemelding fra Barne- og ungdomsklinikken

Alternativ 1

Barneklinikken legger til grunn at alternativ 1 inkluderer flytting av alle funksjoner for barn fra RH, dvs. at alle områder vil flyttes i en første etappe inkl. PFI, nyfødtscreeningen, og SSD (senter for sjeldne diagnoser)³.

Hematologi foreslås å være igjen på RH i denne modellen. Barnekreftområdet samarbeider meget nært med voksenhematologen, inkl. særskilt viktig innen HSCT. Det vil være uheldig, men ikke umulig for barnekreft å være lokalisert et annet sted enn voksenhematologi.

Alternativ 2

Den største utfordringen vil være en tredeling av føde – nyfødt i 5 år hvis Aker utbyggingen gjennomføres som planlagt. Dette har høy risiko for kvalitet (god service fra alle støttefunksjoner tre steder, rotasjon vil være nær umulig med tre steder), rekruttering og høy ressursbruk.

Dagens barneverksamhet på Rikshospitalet har høy avhengighet til mange av funksjonene som foreslås flyttet til Ullevål.

For alle kirurgiske områder som flyttes til Ullevål, vil det være en klart ulempe for RH-funksjonen at de flyttes til Ullevål, men det er både store barn og nyfødt på US idag, og det vi har på Ullevål vil «få det tilsvarende lettere». Det er svært mange pasientforløp på RH i dag som involverer de kirurgiske fagene som foreslås flyttet til Ullevål i første trinn. Man må da se på hva vi kan «forskyve av virksomhet» mellom RH og Ullevål for å tilpasse oss. Det vil kreve endring av mange pasientforløp og mye endring av drift for en midlertidig 5 års periode. Man vil ikke klare å få til alt like bra. Særlig barnenevrologi på RH er svært avhengige av nevrokirurgi og ortopedi (kfr. funksjonell nevrokirurgi og multilevel operasjoner ved CP).

Innen særlig barnekreft, transplantasjon og nyfødte med kompliserte misdannelser er dog ikke en slik forskyvning av barn mellom RH og Ullevål for å tilpasse oss endrede kirurgiske funksjoner mulig. Barnekreft og transplantasjon antas låst til RH i en slik modell.

³ Nyfødtscreening og SSD ligger i Forskningsveien i dag.

I denne modellen vil det ta mange flere år før barn samles, dvs. at OUS vil videreføre barn to steder og avansert nyfødtintensiv både på RH og Ullevål frem til gjennomført trinn 2. Dette viderefører dagens faglige og driftsmessige utfordringer og utsetter all gevinstrealisering.

9.4 Kommentar fra klinikk for laboratoriemedisin

For begge alternativene vil nevrokirurgien og nevrologien samles på Ullevål. Dette utgjør en utfordring for nevropatologien, som i dag er lokalisert på RH. For begge disse alternativene bør nevropatologien flyttes til Ullevål. Et kompliserende forhold vil være samhandlingen med rettspatologien, hvor nevropatologene leverer konsultative tjenester av et visst omfang. Dette vil medføre et behov for økt mobilitet for og trolig også økt antall nevropatologer.

Nevropatologien vil flyttes ut av et sterkt og aktivt forskningsmiljø i patologiavdelingens virksomhet på RH og fra en rekke andre sterke forskningsmiljøer på RH, med mulige negative konsekvenser for vilkårene for forskning i nevropatologi.

Nevropatologi bør samlokaliseres med obduksjonsvirksomheten, og obduksjonsvirksomheten for rettspatologi og sykehuspatologi bør samles på en lokalisasjon. Så langt er dette tenkt samlet på RH. En samling av nevrofagene på Ullevål vil medføre behov for re-planlegging av denne virksomheten.

Det presiseres at laboratoriemedisin på dagens RH er avansert og har et stort nærhetsbehov til den høyspesialiserte behandlingen som skjer her. Flyttes den kliniske virksomheten må lab følge med, blir den værende må lab også bli værende. Samtidig må det for alternativ 1 også sikres et minimum av økt arealtilgang for laboratoriemedisinen på Ullevål, slik at behovet for øyeblikkelig hjelp kan dekkes på Ullevål i fase 1.

9.5 Arbeidsmiljø

Dette er håndtert som i tidligere tilsvarende analyser mht. til de organisatoriske og ledelsesmessige utfordringene knyttet til en slik deling. Forhold knyttet til f.eks. bygningsmessige løsninger ved flytting fra RH til US er ikke tatt opp da det på et så tidlig stadium i prosessen ikke er grunnlag for å vite om hvordan løsningen på US vil bli i overgangsperioden fram til endelig målbilde er på plass.

9.6 To trinn i første etappe betyr lenger tid til gjennomføring

Det ble tatt opp at i praksis vil en trinnvis gjennomføring av første etappe føre til at det går lenger til hele første etappe (og dernest andre etappe) er på plass. Gjennomføring av hele første etappe er viktig for muligheten til å få på plass driftsmessige gevinster. Dvs. «utsatt driftsgevinst».

9.7 Kan enkelte tilbud løses ved andre sykehus i en periode?

Temaet ble drøftet med utgangspunkt i noen få pasientgrupper hvor splitten blir krevende pga. forholdet mellom lokalisering, kompetanse, utstyr og omfang. Det ble

pekt på at dersom dette gjøres f.eks. i 5 år, så vil kompetansen måtte bygges opp på nytt igjen etter 5 år. Denne løsningen ble derfor sterkt frarådet.

9.8 Kunne det vært andre alternativer som hadde gjort den trinnvise løsningen mindre utfordrende?

Dette spørsmålet ble også reist. Bl.a. kommer det i analysen fram noen «tiltak 2» som innebærer justeringer i hva som flyttes i trinn 1 og trinn 2. Men dette utgjør begrensede justeringer.

De to alternativene har vært drøftet gjennom både i OUS sitt ledermøte og vært behandlet i møte med de ansattes organisasjoner. Det er åpenbart at det kan lages flere alternativer, men det er ikke i denne prosessen kommet opp noen større innvendinger til de to alternativene (ut over det som framgår av selve analysen).

9.9 Fastlåst målbilde

Det ble fra representanter for de ansattes organisasjoner pekt på at analysen er gjennomført innenfor rammen av et fastlåst målbilde. Dersom dette målbildet hadde blitt endre, kunne også resultatene blitt annerledes.

10 Identifisering av risikoforhold (grov kartlegging)

I gruppesamlingen den 01.04.2019 ble risikoforhold som kan være aktuelle for analysen identifisert. Formålet var å få en oversikt over risikoomfanget og sikre at viktige krav og målsetninger blir belyst.

Enkelte forhold berører hele den gjenværende virksomheten, mens andre berører bare enkelte deler av virksomheten.

10.1 Grovmatrise inkludert oversikt over uønskede hendelser: Alternativ 1

Forhold/Tilstand/ Suksessfaktor	Bistand når det er behov, tidsspekt	Tilgjengelig kompetanse, tilstrekkelig tværfaglighet	Tilgjengelig utstyr	Forsvarlig transport av pasienter	Tilstrekkelig tværfaglig kompetanse ift arbeidsoppgaver	Tilgang på opplæring og fagutviklingsaktiviteter	Tilgang på fasiliteter for ansatte (garderobe, kantine etc)	Organisatoriske forhold	Sikre løsninger som muliggjør fremtidige investeringer ved Oslo Universitetssykehus	God FoU (ift nå)
Berørt funksjon/ system										
Hud										
Revmatologi		1, 2								
ØNH v+b		3								
Blodsykdommer		4, 5								
PO/Intensiv v+b, Anestesi		6								
Akuttmottak										
Intervensjonssenteret		7								
Billeddiagnostikk		8								
Nukleærmedisin										
Laboratoriemedisin		9, 10								
Klinisk service										
Ikke-medisinsk service										
Forskning og utdanning										11, 12
Forskning og utdanning OUS										
Flere/alle								14		
Klinisk virksomhet i Forskningsveien (nyfødtscreening, SSD og bløder)		13								

10.2 Grovmatrise inkludert oversikt over uønskede hendelser: Alternativ 2

Forhold/Tilstand/ Suksessfaktor	Pasientbehandling				Arbeidsmiljø		Tilgang på fasiliteter for ansatte (garderobe, kantine etc)	Organisatoriske forhold	Drifts- økonomi	Forskning og utdanning
	Bistand når det er behov, tidsaspekt	Tilgjengelig kompetanse, tilstrekkelig tverrfaglighet	Tilgjengelig utstyr	Forsvarlig transport av pasienter	Tilstrekkelig tverrfaglig kompetanse ift arbeidsoppgaver	Tilgang på opplæring og fagutviklingsaktiviteter				
Berørt funksjon/ system										
Hud										
Revmatologi										
ØNH v+b		1								
Blodsykdommer										
PO/Intensiv v+b, Anestesi		2								
Akuttmottak										
Intervensjonssenteret		3								
Billeddiagnostikk		4								
Nukleærmedisin										
Laboratoriemedisin										
Klinisk service										
Ikke-medisinsk service										
Forskning og utdanning										
Gastrokirurgi, voksne		11								
Thoraxkirurgi										
Kardiologi										
Lungemedisin										
Transplantasjonskirurgi		5								
Transplantasjonsmedisin										
Nyre-gastromedisin										
Infeksjon		7								
Barnemedisin		8								
Nyfødtintensiv		9								
Føde og barsel		10								
Akutt/beredskap		6								
Flere/alle								12		

10.3 Risikovurdering alternativ 1

Med utgangspunkt i grovmatrisen ble hendelse for hendelse i denne tabellen analysert med hensyn på mulige årsaker, og konsekvensene av hendelsen ble beskrevet med ord. Gruppen vurderte sannsynlighet og konsekvens i henhold til kategoriene i kapittel 8.1 og 8.2. Slik fikk hver hendelse en plass i risikobildet. Listen over risikoforhold dekker de forhold som ble identifisert og diskutert i møtet 01.04.2019.

Alternativ 1

Alternativ 1											
HOVEDKRITERIE	Mulig uønsket hendelse	id	Berørt	Andre berørte enheter	Årsak - utløsningskilde	Antatt konsekvens	Konsekvenskode	Sannsynlighet	Primært tiltak	Ny konsekvenskode	Ny sannsynlighet
Tilgjengelig kompetanse, tilstrekkelig tverrfaglighet	Barn på Ullevål, mens fagmiljøet på RH	1	Revmatologi	Føde og barsel	Flytter barn, ikke enhet.	Svekket tilgjengelighet.	3	5	Tiltak 1: Roterende bemanning. Tiltak 2: Liten barnepost blir igjen på RH.	3	3
Tilgjengelig kompetanse, tilstrekkelig tverrfaglighet	Behov for hjertebehandling av revmatismepasienter.	2	Revmatologi		Flytter HLK.	Svekket tilgjengelighet.	3	5	Transport av pasienter.	2	4
Tilgjengelig kompetanse, tilstrekkelig tverrfaglighet	Barn, inkl. barneintensiv på Ullevål, mens fagmiljø på RH	3	ØNH v+b	Flere/alle	Flytter barn og kirurgi som ØNH samarbeider med	Svekket tilgjengelighet.	5	4	Tiltak 1: Ingen tiltak. Tiltak 2: ØNH-barn flytter til Ullevål.	5	4
Tilgjengelig kompetanse, tilstrekkelig tverrfaglighet	Kritisk syke pasienter med blodsykdommer. Pasientene får ikke tilstrekkelig tverrfaglig kompetanse.	4	Blodsykdommer	Føde og barsel	Øvrig fagmiljø inkl. intensiv flytter til Ullevål	Fare for liv og helse.	5	4	Tiltak 1: Beholder intensivfunksjoner for benmargstransplanterte. Tiltak 2: Benmargstransplanterte flytter til	5	2
Tilgjengelig kompetanse, tilstrekkelig tverrfaglighet	Svekker samarbeid mellom barn- og voksenfagmiljøet. Fagmiljøet splittes.	5	Blodsykdommer		Barn med blodsykdommer flyttes til Ullevål. Voksne blir igjen på RH.	Svekket medisinsk tilbud.	3	4	Tiltak 1: Personalmobilitet. Tiltak 2: Benmargstransplanterte flytter til Ullevål.	3	4
Tilgjengelig kompetanse, tilstrekkelig tverrfaglighet	Lite pasientvolum med spesielle intensivmedisinske behov.	6	PO/Intensiv v+b, Anestesi	Flere/alle	Hoveddel av intensiv og øvrige fagmiljøer flytter til Ullevål.	Svekket medisinsk tilbud. Fare for liv og helse.	5	4	Tiltak 1: Ingen tiltak. Tiltak 2: Flytte barn og blodsykdommer til Ullevål.	5	4
Tilgjengelig kompetanse, tilstrekkelig tverrfaglighet	Klinisk virksomhet med avhengighet til flyttede funksjoner blir liggende igjen på RH.	7	Intervensjonssenteret		Pasientvirksomhet flyttet til Ullevål.	Pasienttransport. Pasienter som er for syke må få tilbud der de er. Fare for liv og helse.	5	5	Etablere tilsvarende tilbud på Ullevål.	1	1
Tilgjengelig kompetanse, tilstrekkelig tverrfaglighet	Mye mindre rasjonell drift.	8	Billediagnostikk		Mindre driftsenhet.	Dyrere drift.	4	5	Ekstra bemanning (samt supplering av vaktordninger) og rotasjonsordning.	4	5
Tilgjengelig kompetanse, tilstrekkelig tverrfaglighet	Labvirksomhet for blodsykdommer flyttes til Ullevål og får avstand fra fagmiljøet på RH.	9	Laboratoriemedisin	Blodsykdommer	Blodsykdommer er igjen på RH.	Fysisk avstand og forlengede svartider.	4	5	Transportordning.	3	4
Tilgjengelig kompetanse, tilstrekkelig tverrfaglighet	Splittet kompetanse	10	Laboratoriemedisin		Blodsykdommer er igjen på RH.	Splittede fagmiljøer	3	5	Forbedret transportordning for ansatte.	2	4
God FoU (ift nå)	Forskning: Økt avstand mellom klinikk og forskning.	11	Forskning og utdanning		Klinisk virksomhet flytter til Ullevål.	1. Svekkede forutsetninger for god forskning. 2. Mange får to arbeidssteder (UiO og Ullevål).	4	5		4	5
God FoU (ift nå)	Utdanning: Utdanningspersonell får større avstand til klinikk	12	Forskning og utdanning		Flytting av klinisk virksomhet til Ullevål.	Ulempe	2	2		2	2
Tilgjengelig kompetanse, tilstrekkelig tverrfaglighet	Adskilt fra eget fagmiljø	13	Klinisk virksomhet i Forskningsveien (nyfødtscreening, SSD og bløder)		Fagmiljøene er flyttet til Ullevål.	Svekket fagmiljø.	3	3		3	3
Organisatoriske forhold	Manglende beslutningsevne og uforutsigbarhet	14	Flere/alle		Ledelse lokalisert Ullevål, Aker eller Gaustad	Manglende stedlig ledelse og oppfølging av enkeltpersoner	3	2	1: Stedlig ledelse 2: Bevisst både organisasjon og ledelsesmessig	3	1

10.4 Risikovurdering alternativ 2

Alternativ 2											
HOVEDKRITERIE	Mulig uønsket hendelse	id	Berørt	Andre berørte enheter	Årsak - utløsningskilde	Antatt konsekvens	Konsekvenskode	Sannsynlighet	Primært tiltak	Ny konsekvenskode	Ny sannsynlighet
Tilgjengelig kompetanse, tilstrekkelig tverrfaglighet	Svekket tverrfaglig behandlingskompetanse rundt ØNH pasienter, både voksne og barn	1	ØNH v+b	Flere/alle	Plastisk kirurgi, barnekirurgi og nevrokirurgi på Ullevål.	Svekket tilgjengelighet.	3	4	Kirurger tilstede på RH.	3	3
Tilgjengelig kompetanse, tilstrekkelig tverrfaglighet	Lite pasientvolum med spesielle intensivmedisinske behov, spesielt knyttet til barn.	2	PO/Intensiv v+b, Anestesi	Flere/alle	Hoveddel av intensiv og øvrige fagmiljøer flytter til	Svekket medisinsk tilbud. Fare for liv og helse.	5	3		5	3
Tilgjengelig kompetanse, tilstrekkelig tverrfaglighet	Flytting av nevrokirurgiske pasienter og personale.	3	Intervensjonssenteret		Nevrokirurgisk virksomhet flyttet til Ullevål.	Pasienttransport. Pasienter som er for syke må få tilbud der de er. Fare for liv og helse	2	5	Mulig behandling ved annet sykehus?	2	5
Tilgjengelig kompetanse, tilstrekkelig tverrfaglighet	Mye mindre rasjonell drift.	4	Billeddiagnostikk		Mindre driftsenhet.	Dyrere drift.	2	3	Ekstra bemanning (samt supplering av vaktordninger) og rotasjonsordning.	2	3
Tilgjengelig kompetanse, tilstrekkelig tverrfaglighet	Svekket fagmiljø.	5	Transplantasjonskirurgi	Flere/alle	Barnekirurgi flyttet til Ullevål.	Nytt pasientforløp.	3	4	Etablere nytt pasientforløp.	3	3
Tilgjengelig kompetanse, tilstrekkelig tverrfaglighet	For lavt volum for å opprettholde god akuttberedskap og kompetanse på Ullevål	6	Akutt/beredskap		Halve Ullevål flyttes til Aker. Liten del av RH flyttes til Ullevål.	1 Manglende kapasitet. 2 Manglende kompetanse. 3 Uklar	4	5	Tiltak 1: Tydelig oppgave- og ansvarsfordeling. Tiltak 2: Redusere omfanget av Aker (trinn 1).	4	4
Tilgjengelig kompetanse, tilstrekkelig tverrfaglighet	For lavt volum for å opprettholde god infeksjonsmedisinsk kompetanse på Ullevål	7	Infeksjon		Halve Ullevål flyttes til Aker. Liten del av RH flyttes til Ullevål.	1 Manglende kapasitet. 2 Manglende	3	4		3	4
Tilgjengelig kompetanse, tilstrekkelig tverrfaglighet	Barnekreftpasienter (nevrokirurgen) får delt forløp mellom Ullevål og RH	8	Barnemedisin		Nevrokirurgi flyttet til Ullevål.	Barn får opphold delvis på Ullevål og RH. Svekket samarbeid rundt pasienten.	4	5	Nevrokirurgisk personell på RH og barnekreftlege på Ullevål.	4	4
Tilgjengelig kompetanse, tilstrekkelig tverrfaglighet	Virksomhet delt på tre steder, urasjonell drift. Halvparten av kirurgisk miljø flyttes til Ullevål (barnekirurgi, nevrokirurgi, plastikkirurgi og	9	Nyfødtintensiv		Virksomhet på tre steder.	Svekket kapasitet og kompetanse. Dyrere drift.	4	5	Kirurgisk personale tilstede på RH.	4	4
Tilgjengelig kompetanse, tilstrekkelig tverrfaglighet	Virksomhet delt på tre steder, urasjonell drift. To fødeavdelinger uten gyn-kompetanse.	10	Føde og barsel		Virksomhet på tre steder.	Svekket kapasitet og kompetanse. Dyrere drift.	4	5		4	5
Tilgjengelig kompetanse, tilstrekkelig tverrfaglighet	Urasjonell drift.	11	Gastrokirurgi, voksne		Virksomhet på tre steder.	Dyrere drift.	3	5		3	5
Organisatoriske forhold	Manglende beslutningsevne og uforutsigbarhet	12	Flere/alle		Ledelse lokalisert Ullevål, Aker eller Gaustad	Manglende stedlig ledelse og oppfølging av enkeltpersoner	3	2	1: Stedlig ledelse 2: Bevisst både organisasjon og ledelsesmessig	3	1

11 Behov for tiltak

Kapittelet oppsummerer de vurderte hendelsenes risikoprofil. Figurene er tilpasset Helse Sør-Øst sin veileder for arbeidet med risikostyring.

11.1 Risikobilde i alternativ 1

De analyserte hendelsene fordelte seg slik før tiltak:

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

De analyserte hendelsene fordelte seg slik etter tiltak:

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

”Røde” – Kritisk, skal endres snarest

Risikovurderingen identifiserte 11 ulike «uønskede hendelser». Etter tiltak er det fortsatt 7 hendelser igjen i rød sone. Dette skyldes at løsningen fører til at fagmiljøer som er knyttet tett sammen rundt pasientbehandlingen i den aktuelle perioden får pasienter på to lokalisasjoner. Dermed må enten personalet eller pasienten flyttes imellom gjennom rotasjon og/eller på indikasjon (akutt). Med de involverte pasientgruppene er dette en meget krevende situasjon å løse kombinert med god pasientbehandling. Derfor er det i flere tilfeller foreslått et «tiltak 2» som endrer forutsetningene for hvem som flytter i første trinn, bl.a. å etablere en liten barnepost på RH (hendelse 1), ØNH-barn flytter til Ullevål (hendelse 3)⁴, benmargstransplanterte flytter til US (hendelse 4 og 5). For billeddiagnostikk og laboratorievirksomheten vil løsningen føre til fordyret drift for å kompensere for en mer urasjonell splitting av fagmiljøene i perioden. For forskningen vil løsningen føre til svekkede forutsetninger for god forskning både på kort og lang sikt (splittingen ift forskningsmiljøene på Gaustad som var en viktig begrunnelse for lokalisering av Rikshospitalet da det ble bygget der, blir vedvarende i en slik løsning).

”Gule”- Overvåkes, behov for endring over tid

Her kan det også vurderes tiltak, men dette har prioritet etter tiltakene knyttet til hendelser i rød sone. Det er 1 hendelse i gul sone før tiltak og 4 hendelser etter tiltak. Disse knytter seg til revmatologi, laboratoriefag og klinisk virksomhet som i dag ligger i Forskningsveien.

⁴ Det påpekes i etterkant at ved kun å flytte barn, slik foreslått her, deler man opp ØNH fagmiljøet på en utfordrende måte.

Samlet bilde alternativ 1

Samlet bilde er at omfanget av uønskede hendelser som faller i rød og gul sone er betydelig. Det blir meget krevende å gjennomføre dette alternativet uten at det gjøres betydelige tiltak bemanningsmessig og økonomisk, i tillegg til som noen justeringer av hva som flyttes med i første trinn til Ullevål (i praksis at det flyttes noe mer med i 1. trinn).

11.2 Risikobilde i alternativ 2

De analyserte hendelsene fordelte seg slik før tiltak:

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

De analyserte hendelsene fordelte seg slik etter tiltak

5 - Svært alvorlig			2		
4 - Alvorlig					10
3 - Betydelig	12		1, 5	7	11
2- Mindre alvorlig			4		3
1 - Ubetydelig					
Konsekvens/ sannsynlighet	1 - Usannsynlig	2- Lite sannsynlig	3 - Mindre sannsynlig	4 - Sannsynlig	5 - Svært sannsynlig

”Røde” – Kritisk, skal endres snarest

Risikovurderingen identifiserte 10 ulike «uønskede hendelser» i rød sone før tiltak. Etter tiltak er det 5 hendelser i rød sone og to i gul sone. Sammenlignet med alternativ 1 så er tallene på hendelser i rød som svakt lavere (11 mot 10 og 7 mot 5), men endringen i antall hendelser er marginalt. Ved at dette alternativet inneholder vesentlig mer drift på RH i perioden og et mindre «flytt» til Ullevål, så skaper dette grensesnitt færre utfordringer enn i alternativ 1. Men her skapes det økte utfordringer. Når flyttingen til Aker gjennomføres, så blir «etterfyllingen» på US vesentlig mindre enn i alternativ 1. Derfor blir det i dette alternativet drift av tre ca. like store sykehus (4 med Radiumhospitalet) med tilhørende parallelle krav til bemanning og vaktordninger.

”Gule”- Overvåkes, behov for endring over tid

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

Samlet bilde alternativ 2

Samlet bilde er at omfanget av uønskede hendelser som faller i rød og gul sone er betydelig også i alternativ 2, selv om det er svakt lavere enn i alternativ 1. Det blir meget krevende å gjennomføre også dette alternativet uten at det gjøres betydelige tiltak bemanningsmessig og økonomisk. Her framstår grensesnittet mellom RH og US som en utfordring, men i tillegg og like viktig blir i dette alternativet grensesnittet mellom de tre sykehusene RH, US og Aker. Ca. halvparten av virksomheten inkl. store deler av akuttvirksomheten ved US flytter til Aker, mens bare en svært begrenset del av virksomheten flyttes fra RH til US.

11.3 Forholdet mellom tiltakene i risikovurderingen og handlingsplanen

Metodisk sett skal tiltaksforslagene inngå i en prosess med utarbeidelse av en handlingsplan. Dette er et etterfølgende arbeid, som ikke er gjennomført ennå, og som vil utformes basert på resultatet av styrebehandling av «belysning av Ullevål i Helse Sør-øst.

12 Forslag til tiltak

12.1 Forslag til tiltak alternativ 1

REF.	Hendelse	TILTAK	Økonomisk konsekvens	FORBEDRER FØLGENDE	Eier	ANSV.	FRIST	OPPFØLGING/STATUS
			Gradert 1-5	FORHOLD				
1	Barn på Ullevål, mens fagmiljøet på RH	Tiltak 1: Roterende bemanning. Tiltak 2: Liten barnepost blir igjen på RH.						
2	Behov for hjertebehandling av revmatismepasienter.	Transport av pasienter.						
3	Barn, inkl. barneintensiv på Ullevål, mens fagmiljø på RH	Tiltak 1: Ingen tiltak. Tiltak 2: ØNH-barn flytter til Ullevål.						
4	Kristisk syke pasienter med blodsykdommer. Pasientene får ikke tilstrekkelig tverrfaglig kompetanse.	Tiltak 1: Beholder intensivfunksjoner for benmargstransplanterte. Tiltak 2: Benmargstransplanterte flytter til Ullevål.						
5	Svekker samarbeid mellom barn- og voksenfagmiljøet. Fagmiljøet splittes.	Tiltak 1: Personalmobilitet. Tiltak 2: Benmargstransplanterte flytter til Ullevål.						
6	Lite pasientvolum med spesielle intensivmedisinske behov.	Tiltak 1: Ingen tiltak. Tiltak 2: Flytte barn og blodsykdommer til Ullevål.						
7	Klinisk virksomhet med avhengighet til flyttede funksjoner blir liggende igjen på RH.	Etablere tilsvarende tilbud på Ullevål.						
8	Mye mindre rasjonell drift.	Ekstra bemanning (samt supplering av vaktordninger) og rotasjonsordning.						
9	Labvirksomhet for blodsykdommer flyttes til Ullevål og får avstand fra fagmiljøet på RH.	Transportordning.						
10	Splittet kompetanse	Forbedret transportordning for ansatte.						
11	Forskning: Økt avstand mellom klinikk og forskning.		0					
12	Utdanning: Utdanningspersonell får større avstand til klinikk		0					
13	Adskilt fra eget fagmiljø		0					
14	Manglende beslutningsevne og uforutsigbarhet	1: Stedlig ledelse 2: Bevisst både organisasjon og ledelsesmessig						

12.2 Forslag til tiltak alternativ 2

Tiltak nr	REF.	Hendelse	TILTAK	Økonomisk konsekvens	FORBEDRER FØLGENDE	Eier	ANSV.	FRIST	OPPFØLGING/STATUS
				Gradert 1-5	FORHOLD				
	1	Svekket tverrfaglig behandlingskompetanse rundt ØNH pasienter, både voksne og barn	Kirurger tilstede på RH.						
	2	Lite pasientvolum med spesielle intensivmedisinske behov, spesielt knyttet til barn.		0					
	3	Flytting av nevrokirurgiske pasienter og personale.	Mulig behandling ved annet sykehus?						
	4	Mye mindre rasjonell drift.	Ekstra bemanning (samt supplering av vaktordninger) og rotasjonsordning.						
	5	Svekket fagmiljø.	Etablere nytt pasientforløp.						
	6	For lavt volum for å opprettholde god akuttberedskap og kompetanse på Ullevål	Tiltak 1: Tydelig oppgave- og ansvarsfordeling. Tiltak 2: Redusere omfanget av Aker (trinn 1).						
	7	For lavt volum for å opprettholde god infeksjonsmedisinsk kompetanse på Ullevål		0					
	8	Barnekreftpasienter (nevrokirurgen) får delt forløp mellom Ullevål og RH	Nevrokirurgisk personell på RH og barnekreftlege på Ullevål.						
	9	Virksomhet delt på tre steder, urasjonell drift. Halvparten av kirurgisk miljø flyttes til Ullevål (barnekirurgi, nevrokirurgi, plastikkirurgi og ortopedi)	Kirurgisk personale tilstede på RH.						
	10	Virksomhet delt på tre steder, urasjonell drift.To fødeavdelinger uten gyn-kompetanse.		0					
	11	Urasjonell drift.		0					
	12		0 1: Stedlig ledelse 2: Bevisst både organisasjon og ledelsesmessig						

Protokoll

ROS – analyse - gradvis samling av regionsfunksjoner på Ullevål

Organisasjonene oppfatter premissene for den gjennomførte ROS- analysen som låst til det definerte målbildet, og at vurderingene tilfører lite nytt til beslutningsgrunnlaget. Tillitsvalgte har forsøkt å fremme konstruktive og løsningsorienterte innspill i lang tid før, og etter at konseptfasen for Aker/Gaustad startet, uten å nå frem.

Premissene som legges til grunn for vurderingene oppfattes som kontraproduktive når det gjelder en god organisering og utvikling av sykehusets virksomhet, faglige avhengigheter, forutsigbarhet for pasientene og pasientforløp og ansvarlig bruk av de økonomiske ressursene vi har til rådighet til utvikling av sykehuset.

I forbindelse med ROS-samlingen observerte vi at det ikke var rom for å diskutere løsninger ut over det som var forhåndsbestemte premisser. Tilløp til innspill og diskusjoner med tanke på gode og hensiktsmessige løsninger ble avvist av sykehusets ledelse med henvisning til at «målbildet er bestemt». Det var ikke rom for å diskutere gode og hensiktsmessige løsninger, og fra ansatte-siden vurderes dette som udemokratisk og ikke i overenstemmelse med gjeldende bestemmelser om medvirkning og medbestemmelse i arbeidslivet.

Konklusjonen blir at premissene som legges til grunn for ROS-analysen, medfører at analysen og konklusjonen ikke har noen nytteverdi i en «belysning» av Ullevålsalternativet i konseptfaseutredningen. Etter vårt syn bidrar ikke ROS-analysen til å kartlegge det potensielle mulighetsrommet for en reell utredning av areal- og virksomhetsmulighetene på Ullevålstomten. Organisasjonene oppfatter arbeidet som et ledd i en styrt prosess med et forutbestemt resultat.

Oslo, 12.04.19


Bjørn Wølsted Knutsen
Fagforbundet


Aasmund Magnus Bredeli

Dnlf


Svein Erik Urstrømmen

NSF

Helse Sør-Øst RHF

Deres ref.: 19/00226-1

Vår ref./saksbeh./dir.tlf.: Einar S. Hysing

Dato: 12.04.19

Oversendelse av dokumenter som oppfølging av styrebehandling i Helse Sør-Øst RHF

Oslo universitetssykehus HF er i brev datert 04.03.19 blitt bedt om å svare ut følgende med frist 12.04.19:

1. En redegjørelse for hva OUS har utredet tidligere vedrørende bruk av Ullevålstomten.
2. En faglig vurdering av hvilke fagområder som i et Ullevål alternativ først skal flyttes til Ullevål fra Rikshospitalet, dersom man skal ha en gradvis samling av regionsfunksjoner.

Vedlagt oversendes en oppsummering av utredninger om Ullevål sykehus 2011 – 2016.

Vedlagt oversendes en risikovurdering av trinnvis flytting fra Rikshospitalet til Ullevål. Det vedlegges og et notat om risikovurderingen mottatt i dag fra foretakstillitsvalgte.

Risikoanalysen er gjennomført med bistand fra prosjekt organisasjonen helt tilsvarende tidligere risikovurderinger som er gjort av driften ved Ullevål mellom etappe 1 og etappe 2 i foreliggende planer. Alternativene som er valgt å risikovurdere er fremkommet etter diskusjoner i prosjektgruppen og i dialog med ledermøtet, tillitsvalgte og vernetjenesten. Alternativene vurderes å være dekkende for mulighetsrommet samtidig som de ligger i hver sin ytterkant når det gjelder omfang som flyttes i første trinn i en slik gradvis tilnærming. Det har ikke vært innsigelser til valgte alternativer.

Dokumentene har vært tilsendt til og diskutert i ledermøte og dialogmøte.

Vennlig hilsen

Einar S. Hysing
Medisinsk direktør, dr. med.

3 vedlegg

Helse Sør-Øst RHF

Vår ref.: Deres ref.: Saksbeh.: Dato:
 Oppgis ved all henvendelse 19/00226-1 EH 24.4.2019

Tillegg til oversendelsesbrev av ROS vurdering og tidligere utredninger om Ullevål 12.april 2014

Det refereres til brev med bestilling fra Helse Sør-Øst datert 4.3.19, og oversendelse av risikorapport av trinnvis flytting fra Rikshospitalet til Ullevål 12. april. Som et supplement til oversendelsesbrev og rapport med vedlagt protokoll fra foretakstillitsvalgte, sistnevnte mottatt rett før oversendelsen, følger nedenfor en oversikt over forberedelse og prosess for involvering i forbindelse med gjennomført risikovurdering av trinnvis flytting fra Rikshospitalet til Ullevål.

Tid	Møte	Kommentar	Tilstede/evt. ref. vedlegg
13.mars Kl. 10 -12	Forberedende møte	Forberedende møte med Metier OEC v/Svein Petter Raknes	Einar Hysing Nina Fosen Bjørn Aage Feet Bergsvein Byrkjeland Svein Petter Raknes
20.mars kl. 8 - 9.30	Forberedende møte	Forberedende møte med Metier OEC v/Svein Petter Raknes	Einar Hysing Nina Fosen Bjørn Aage Feet Bergsvein Byrkjeland Svein Petter Raknes
20.mars Kl. 13 – 14.30	Samarbeidsmøte med foretakstillitsvalgte og hovedverneombud	Flere tema, men bl.a. gjennomgang av alternativer til trinnvis flytting fra RH til Ullevål som foreslås risikovurdert 1.4. Det ble stilt konkret spørsmål fra prosjektet om det var riktig oppfattet at foreslåtte alternativ var akseptable for risikovurderingen, og gitt positiv respons på dette.	Aasmund Bredeli Bjørn Wølsted-Knudsen Per Oddvar Synnes Einar Hysing Nina Kristiansen (HSØ PO) Inger Heiberg Nina Fosen Forfall: Svein Erik Urstrømmen
26.mars Kl. 11.30 - 12	Ledermøtet OUS	Rammeverk for rapport (dvs. et første utkast før gjennomført analyse) utsendt i forkant (23.4) Gjennomgang av alternativer til trinnvis	



Tid	Møte	Kommentar	Tilstede/evt. ref. vedlegg
		flytting fra RH til Ullevål som foreslås risikovurdert 1.4. Det ble bedt om tilbakemelding på alternativene i møtet. Det fremkom ikke behov for vesentlige justeringer. Presentasjon sendt ut i etterkant.	
27.mars Kl. 9.30 – 10.30	Dialogmøtet	Gjennomgang av alternativer til trinnvis flytting fra RH til Ullevål som foreslås risikovurdert 1.4. Det ble bedt om tilbakemelding på alternativene i møtet. Det fremkom ikke behov for vesentlige justeringer. Presentasjon sendt ut i etterkant	Se vedlagt referat og presentasjon
27.mars		Rammeverk for rapport (dvs. et første utkast før gjennomført analyse) og presentasjon som danner underlag for ROS-analysen sendes ut til alle deltakere 1.4.	
28.mars	Styremøte OUS	Orientering i form av presentasjon om forestående ROS-analyse inkludert alternativer til trinnvis flytting fra RH til Ullevål som del av AD's orienteringer (sak 24/2019). Presentasjon utsendt styret i etterkant.	
1.april Kl. 9 - 16	ROS-samling	Se rapport kap. 4 metodebeskrivelse og kap. 9 som beskriver forhold som kom opp under samlingen den 01.04.19 og som ikke direkte dekkes av den kvantitative risikovurderingen.	Se deltakerliste i rapport.
2.april Kl. 10.30 - 11	Ledermøtet OUS	Oppsummering og tilbakemelding på prosess og resultat.	
3.april Kl. 9 - 10	Dialogmøtet	Presentasjon av resultat av analysen.	Se vedlagt referat og presentasjon
5.april		Utsendelse av utkast til ROS-rapport til Ledermøtet og Dialogmøtet.	
10.april 11.15 - 12	Ledermøtet	Kommentarer til utsendt utkast til rapport. Kommentarer mottatt fra BAR, KLM, OPK og AKU. Rapport justert i henhold for å tydeliggjøre og unngå misforståelser.	
11.april Kl. 9.30 - 10	Dialogmøtet	Kommentarer til utsendt utkast til rapport. Ingen konkrete kommentarer eller behov for justering av rapporten mottatt.	Se vedlagt referat
12.april		Rapport ferdigstilles og oversendes til HSØ Protokoll fra foretakstillitsvalgte varslet på formiddagen og mottatt rett før oversendelse.	

Vedlegg: Referater fra tre Dialogmøter og presentasjoner fra Dialogmøtene 27.3 og 3.4.

Vennlig hilsen

(sign)

Einar S. Hysing

Møterefaterat

Direktørens kontor

Møtetema: Dialogmøte
Fra: Sykehusledelsen
Tidspunkt: 09.30-10.30
Dato dok: 27.3.2019
Dato møte: 27.3.2019
Referent: Aina Reder Storberget

Tilstede fra

sykehus- Bjørn Erikstein, Susanne Flølo.
ledelsen:Eli Skorpen – NRF, Lasse Clarholm Parat, Birgit Aanderaa – Psykologforeningen,
Marie-Therese S. Larsen – NITO, Kajsa Madelene Liljefors – DELTA, Halgeir Pimentel-Eilertsen,Tilstede: Bjørn Wøllstad-Knudsen – Fagforbundet, aasmund Bredeli – DNLF, Elizabeth Holtebekk – NFF,
Sonam Puri – ECONA, Leif Ståle Nævestad – Norske Ergoterapeuters Forbund,
Richard B. Lansing – Utdanningsforbundet, Else Lise Skjæret – Fagforbundet,
Reza Assalkhou – Forskerforbundet, Karin Solfeldt – NSF, Svein Erik Urstrømmen – NSF,
Bård Erik Ruud – NSF, Per Oddvar Synnes – HVO.

Saksliste (følgende saker ble drøftet/orientert om):

Saksnr.:	Sakstittel/-innhold
1.	<p>Fremtidens OUS. Ved Nina Engelhardtsen Fosen.</p> <p>Gjennomgang med presentasjon ved Nina Engelhardtsen Fosen. Presentasjonen vil bli sendt ut etter møtet.</p> <p>På bakgrunn av Styrevedtak i Helse sør-øst, skal det gjøres en risikovurdering for å vurdere Ullevål som alternativ. Aker og virksomhetsinnhold på Aker/Gaustad skal belyses. Rapport for risikovurdering skal leveres den 12. april.</p> <p>Det ble gitt anledning til å komme med spørsmål undervegs.</p> <p><u>Innspill</u></p> <ul style="list-style-type: none">-Bekymret for at arealene er for små- det må bygges stort nok.-Ikke glem å inkludere samfunnsikkerhet i dette.-Det har vært avholdt flere fokusgruppemøter hvor tillitsvalgte ikke har blitt invitert.



2.	<p>Eventuelt.</p> <ul style="list-style-type: none">- Orientering om sakene til styremøtet i morgen, ved Bjørn Erikstein. - Det var flere tillitsvalgte som ba om å få tilsendt opptrykket hefte med Oppdrag og bestilling til Ous 2019.04.01 OK. Ønsket antall meldes til Aina som sender ut.

Møtereftrat

Direktørens kontor

Møtetema: Dialogmøte
Fra: Sykehusledelsen
Tidspunkt: 09.00-10.40
Dato dok: 3.4.2019
Dato møte: 3.4.2019
Referent: Aina Reder Storberget

Tilstede fra sykehusledelsen: Bjørn Erikstein, Øystein Solheim Lien,
Til sine punkt: Nina Engelhardtsen Fosen, Eva Bjørstad.

Tilstede: Eli Skorpen – NRF, Lasse Clarholm – Parat, Birgit Aanderaa – Psykologforeningen,
Svein Erik Urstrømmen – NSF, Leif Ståle Nævestad – Ergoterapeutene, Jasna Ribic – YLF
Ingvil Schau Ystgard – YLF, Aasmund Bredeli – DNLF, Kristina Flornes Aalo – NFF,
Marlen Stensrud – YLF, Pundharika Barkved – Tekna, Karin Solfeldt – NSF, Bård Erik Ruud – NSF,
Jonathan Faundez – NITO, Linda Møllersen – Forskerforbundet, Per Oddvar synnes – HVO,

Saksliste (følgende saker ble drøftet/orientert om):

Saksnr.:	Sakstittel/-innhold
1.	<p>Fremtidens OUS – ROS analyse. Ved Nina Fosen.</p> <p>Nina Fosen ga en orientering om status med presentasjon. Presentasjonen vil bli sendt ut sammen med referatet.</p> <p>Man undersøker mulighet for at RH og Gaustad kan flyttes til Ullevål i 2-3 etapper og hvilke risiko og kostnader som dette eventuelt vil innebære.</p> <p>Det er 2 rapporter som vil bli sendt ut når de er klare på fredag;</p> <ul style="list-style-type: none">- Oppsummering av utredninger- Risikovurdering av trinnvis flytting fra Rikshospitalet til Ullevål. <p>Innspill: Folk flest opplever at det mangler informasjon i linjen. F. eks angående virksomhetsinnhold. Sv. Det er utarbeidet en presentasjon som klinikklederne har mottatt som kan benyttes til informasjon.</p>
2.	<p>Slagbehandling i OUS. Ved Eva Bjørstad.</p> <p>Eva Bjørstad ga en orientering om «én dør inn» med presentasjon. Presentasjonen vil bli sendt ut sammen med referatet.</p>

	<p>Implementeringsprosjektet startet i januar. Slagbehandling er nå en seksjon ved nevrologisk avdeling.</p> <p>Dato for oppstart vil være 6. mai 2019 og man skal da være klare til å ta imot pasienter.</p> <p>Det pågår fortløpende vurderinger hver mandag med involverte klinikker.</p> <p><u>Innspill:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Ylf. Har blitt lovet at man skal sikre ringvirkning for berørt personell. Hva er gjort med tanke på bufferkapasitet for Lis leger etc. Svar: Skriftlig redegjørelse vil bli gitt i løpet av uken. -Har mottatt beskjed flere ganger at man ikke skal bekymre seg fordi vaktlaget for slagbehandling skal håndtere henvendelsene. Man ser nå at det allikevel vil berøre annet personell som allerede er presset. Svar: Slagvaktlaget er ment som en styrking ift situasjonen i dag. -Det vil bli en stor utfordring og et stort press på legene å håndtere den økte pasientmengden som vil komme til Ous for utredning. Svar: Det vil bli en betydelig større kompetansestyrking. -Viktig at bekymringen tas alvorlig og lyttes til . Det som er sikkert er at én dør inn vil kreve en stor tverrfaglig tilnærming. -Kan det sies noe om bemanning av sykepleiere er dekket godt nok? Svar: Ja. Sykepleiebemanningen økes noe og sommervikarar tas inn tidligere enn ellers, for å sikre at man har nok sykepleiere. Dette vil monitoreres og observeres fortløpende. -Kapasiteten kommer til å bli utfordret selv om man nå mener at behov for rehabilitering vil gå ned. Svar: Det er noe bekymring hos vaktlagene ift bemanning for sommeren.
3.	<p>Eventuelt.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Orientering om byggeprosess på Radiumhospitalet, hvor man har startet med omlegging av infrastrukturen. -OUS har leid parkeringsplasser i OCCI bygget. -Eierne av OCCI ønsker å bygge en 4. lamell på forsiden av bygget. -Ikke noe nytt om storbylegevakt men prosessen går sin gang. -Det pågår reguleringsarbeid ved Ila.

Møterefaterat

Direktørens kontor

Møtetema: Dialogmøte
Fra: Sykehusledelsen
Tidspunkt: 09.00-10.30
Dato dok: 10.4.2019
Dato møte: 10.4.2019
Referent: Aina Reder Storberget

Tilstede fra sykehusledelsen: Bjørn Erikstein, Susanne Flølo, Ørjan Angel Sandvik, Einar Hysing, Nina Fosen.

Tilstede: Lasse Clarhom – Parat, Birgit Aanderaa – Psykologforeningen, Kajsa Madelene Liljefors – Delta, Leif Ståle Nævestad – Ergoterap, Bjørn Wøllstad-Knudsen – Fagforbundet, Else Lise skjæret – Fagforbundet, aasmund Bredeli – DNLF, Elizabeth Holtebekk – NFF, Therese Heggedal – NSF, Marlen Stensrud – YLF, Linda Møllersen – Forskerforbundet, Sonam Puri – ECONA, Michael B. Lensing – Utdanningsforbundet.

Saksliste (følgende saker ble drøftet/orientert om):

Saksnr.:	Sakstittel/-innhold
1.	<p>Månedresultat per mars. Ved Ørjan Sandvik.</p> <p>Gjennomgang med presentasjon ved Ørjan Sandvik. Presentasjonen vil bli sendt ut sammen med referatet. (Presentasjonene inkluderer både sak 1 og 2).</p>
2.	<p>Økonomisk langtidsplan. Ved Ørjan Sandvik.</p> <p>Gjennomgang med presentasjon ved Ørjan Sandvik. Presentasjonen vil bli sendt ut sammen med referatet. (Presentasjonene inkluderer både sak 1 og 2).</p> <p><u>Innspill.</u></p> <ul style="list-style-type: none">-Finansiell leie og mtu går begge ned. Man hadde tjent på heller å eie enn å lease.-Ingen finansiell plan for Lis utdanning? Dette er et kritisk punkt.- Hvordan vil rentenivået påvirke ØLP? <p>Sv. Hsø har lagt en rentebane for alle helseforetakene. Det er tatt utgangspunkt i Finansdepartementet sin anbefalte rentebane.</p> <ul style="list-style-type: none">-Er det utført konsekvensanalyse for utfasing av leasing av mtu? <p>Sv. Dette bli omtalt i styresak og drøftingsnotat.</p> <p>ØLP drøftes på foretaksnivå.</p>



	ØLP kommer opp i Dialogmøtet igjen 24. april.
3.	Fremtidens OUS, belysning av Ullevål. Ved Einar Hysing og Nina Fosen. Utsendelse av 2 rapporter forrige fredag. Det ble gitt en orientering på bakgrunn av disse, ved Einar Hysing.
4.	Eventuelt.

Fremtidens OUS Aker og Gaustad

Dialogmøtet

27.3.19

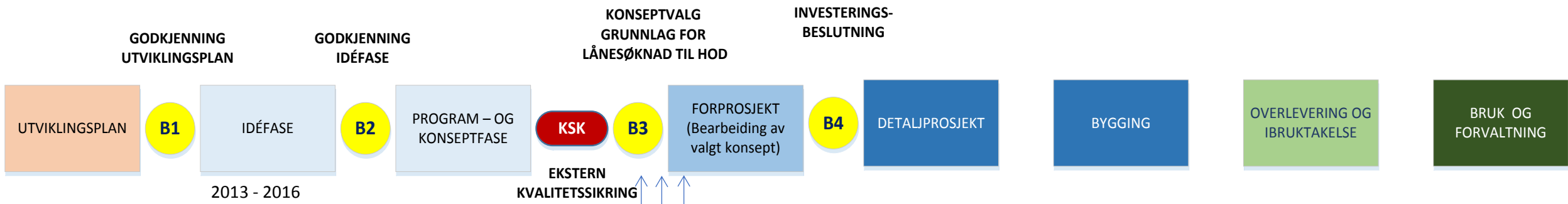


Tema

- Styrebehandling i HSØ
- Tydeliggjøring av driftskonsept
- Belysning av Ullevål og risikovurdering
- Status og oppgaver våren 2019



Framtidens OUS – fire prosjekter på vei mot målet



Styrebehandling (B3)
 OUS 6.12.2018
 HSØ 31.1.2019



Aker og Gaustad, første byggetrinn



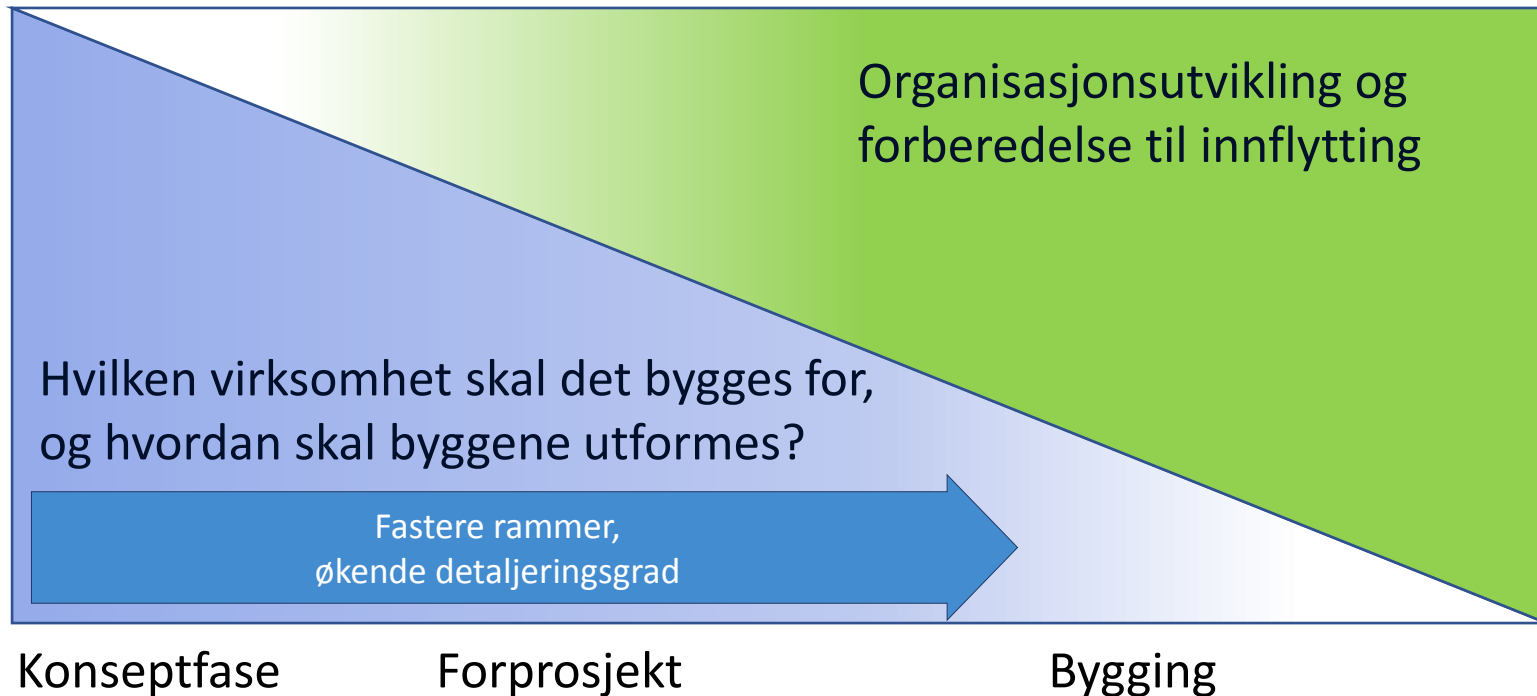
Radiumhospitalet
 – nytt klinikkbygg og protonsententer



Regional sikkerhetsavdeling på Ila

Styrebehandling (B4)
 OUS sept 2019
 HSØ okt 2019

Økende fokus på fremtidig drift og gevinstrealisering





Arbeid med fremtidig drift og organisasjonsutvikling vil gjøres i et tett samarbeid mellom prosjekt og linjeorganisasjon.

Muligheten for påvirkning av utforming av nye bygg

1. Styret godkjenner konseptrapporten og ber om at tilleggsutredningen videreutvikles til en full konseptfaseutredning. Styret forutsetter at Aker og Gaustad utvikles i parallell.
2. Kapasitetsberegningene for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal kvalitetssikres, og behov for endringer skal tas hensyn til i det videre arbeidet.
3. Styret ber om at Oslo universitetssykehus HF ytterligere belyser planlagt **virksomhetsinnhold og driftskonsepter** for både Aker og Gaustad i forkant av oppstart forprosjekt. Spesielt skal det for fagområdene **traume- og akuttmedisin, fødselshjelp, nyfødttintensiv og kreft** beskrives hvordan de valgte løsningene tilrettelegger for beredskap, utvikling av kompetanse, kvalitet i pasientbehandlingen og faglig utvikling.
4. Utnyttelse av tomten på Aker skal vurderes med sikte på å redusere behovet for tomteerverv.
5. Styret viser til stemmeforklaring fra de tillitsvalgte ved behandling av konseptrapporten i prosjektets styringsgruppe og ber om at **Ullevål belyses som alternativ lokalisering til Gaustad**, med samme virksomhetsinnhold.
6. Resultatet av arbeidet under vedtakets punkt 2, 3, 4, og 5 forelegges styret for behandling senest innen juni 2019.

Oppgave
formidlet som
bestilling fra
HSØ til OUS pr.
4.3.19

7. Styret skal holdes orientert om utviklingen i reguleringsprosessen.
-  8. Oslo universitetssykehus HF skal etablere et opplegg for **kartlegging og håndtering av risiko** i prosjektet.
-  9. Økonomisk bærekraft for byggeplanene må realiseres, både ved effektivisering i forkant og gevinstrealisering etter innflytting. Det må etableres et **organisasjonsutviklingsprosjekt** ved Oslo universitetssykehus HF for dette arbeidet.

10. Styret ber administrerende direktør om å søke Helse- og omsorgsdepartementet om lån til i henhold til gjeldende retningslinjer, slik at prosjektet sikres finansiering fra og med 2020. Lånesøknaden skal omfatte konseptrapportens innhold inkludert psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, og tilleggsutredningen for fagområdene gynekologi, fødselshjelp og barnesykdommer. Oppstart av forprosjekt forutsetter styrets godkjenning.

Tydeliggjøring av driftskonsept Aker og Gaustad



Gjeldende målbilde



RAD



RH/Gaustad

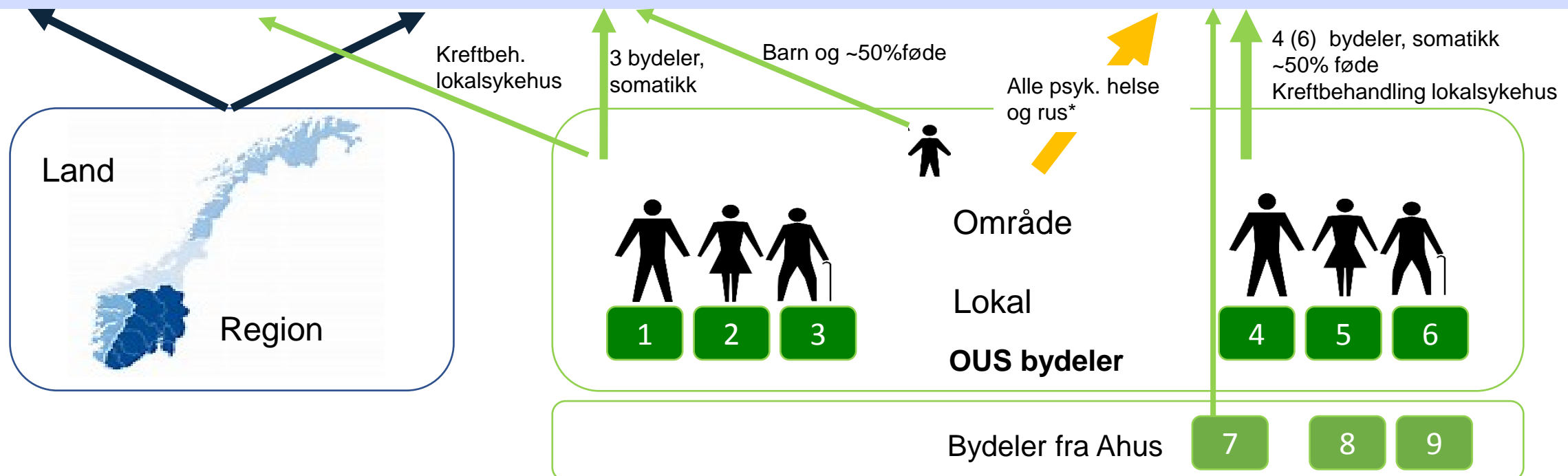


ULLEVÅL



AKER

Pasientflyt



Radiumhospitalet

Kreftbehandling

All onkologi og kirurgi innenfor fagområdene

- brystkreft
- prostatakreft
- gynekologisk kreft

Sarkom (eksklusiv abdominal sarkom, intensivkrevende sarkom)

Lymfom (eksklusiv høyrisikopasienter)

Øre-, nese- og hals- (ØNH) onkologi

Melanom og hudonkologi

Palliativ enhet

Lokalsykehusfunksjon kreft for RH (infusjon, palliativ behandling)

Strålebehandling inkludert proton

Medisinske støttefunksjoner

- Anestesi, PO (intensivkrevende behandling til RH)
- Billeddiagnostikk og nukleærmedisin
- Laboratoriemedisin (kjernelab)
- Klinisk service

Forskning

Undervisning

Ikke medisinske støttefunksjoner

Rikshospitalet/Gaustad

Medisinske fag:

- Nevrologi
- Kardiologi
- Gastromedisin
- Nyremedisin inklusiv dialyse
- Infeksjonsmedisin
- Lungemedisin
- Geriatrici
- Generell indremedisin
- Transplantasjonsmedisin
- Hud
- Revmatologi
- Blodsykdommer

Kreftbehandling

- Barnekreft (ikke strålebehandling)
- Intensivkrevende, høydose- og høyrisikopasienter
- Kreftkirurgi ekskl. bryst, prostata og gyn som behandles på RAD

Kirurgiske fag:

- Gastrokirurgi
- Ortopedi
- Urologi
- Thoraxkirurgi
- Transplantasjonskirurgi
- Nevrokirurgi
- Øre, nese og hals (ØNH)
- Øye
- Plastikkirurgi
- Barnekirurgi
- Kjeve- og ansiktskirurgi

Føde/nyfødt

- Føde og barsel
- Nyfødtintensiv

Barn

- Barnemedisin
- BUP Rikshospitalet

Medisinske støttefunksjoner

- Intensiv for medisinske og kirurgiske pasienter, voksne og barn
- Anestesi, PO
- Billeddiagnostikk og nukleærmedisin
- Laboratoriemedisin
- Klinisk service

Multitraume og akuttmottak: medisin, kirurgi

Forskning

Undervisning

Intervensjonssenteret

Ikke medisinske støttefunksjoner

AKER

Medisinske fag:

- Nevrologi (unntatt tidlig diagnostikk/behandling hjerneslag)
- Kardiologi inklusiv PCI
- Gastromedisin
- Nyremedisin inklusiv dialyse
- Infeksjonsmedisin
- Lungemedisin
- Geriatrici
- Generell indremedisin
- Rehabilitering

Kreftbehandling

- Lokalsykehusfunksjon kreft (infusjon, palliativ behandling)

Kirurgiske fag:

- Gastrokirurgi
- Ortopedi
- Urologi ?
- Thyroidea, parathyroidea kirurgi ?

Føde/nyfødt

- Føde og barsel
- Nyfødtintensiv
- Gynekologi for hele Oslo

Psykisk helse og avhengighet

- All psykiatri for voksne, barn og ungdom unntatt DPS-ene, LSA, RSA, PUA som skal til Ila og BUP Rikshospitalet.
- All tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) på sykehusnivå i OUS

Medisinske støttefunksjoner

- Intensiv for medisinske og kirurgiske pasienter, voksne
- Anestesi, PO
- Billeddiagnostikk
- Laboratoriemedisin (kjernelab)
- Klinisk service

Akuttmottak: medisin, kirurgi, psykisk helse og TSB

Forskning

Undervisning

Ikke medisinske støttefunksjoner

Storbylegevakt på Aker

Skadelegevakt

Ortopedi

Psykiatrisk legevakt

Allmenlegevakt, Oslo kommune

Regional sikkerhet, Ila

Psykisk helse

- Regional sikkerhetsavdeling (RSA)
- Lokal sikkerhet (LSA)
- Psykisk utviklingshemming og autisme (PUA)

Forskning

Undervisning

Ikke medisinske støttefunksjoner

Virksomhetsinnhold på sykehusene i Fremtidens OUS, slik det ligger til grunn etter gjennomførte konseptfaser.

Oversikten er foreløpig – versjon 24.3.19

Tydeliggjøring av driftskonsept og virksomhetsinnhold

Mandater, tidsfrister og prosess

- Mandater utarbeidet og arbeid igangsatt for
 - traume og akuttmedisin,
 - føde/nyfødt
 - og kreft
- Eget mandat for overordnet/retningsgivende virksomhetsinnhold og driftskonsepter Aker og Gaustad
 - Avdelinger leverer til klinikkene som leverer til prosjektet
- Det forutsettes at klinikkledelsene, avdelingsledelsene, klinikkenes og avdelingenes ansatte, tillitsvalgte, verneombud og brukerrepresentanter involveres i og informeres om arbeidet.
- Rapportene må ferdigstilles innen 26.04.19.
- Rapporten vil bli behandlet
- i dialogmøte 08.05.19
- i ledermøtene 07.05.19 og 14.05.19.
- Drøftes før oversendelse til HSØ 15.05.19.



Belyse Ullevål inkl. risikovurdering

Belyse alternativ

Komplett regionssykehus på **Ullevål** og Lokalsykehus på **Aker**



RAD



RH/Gaustad

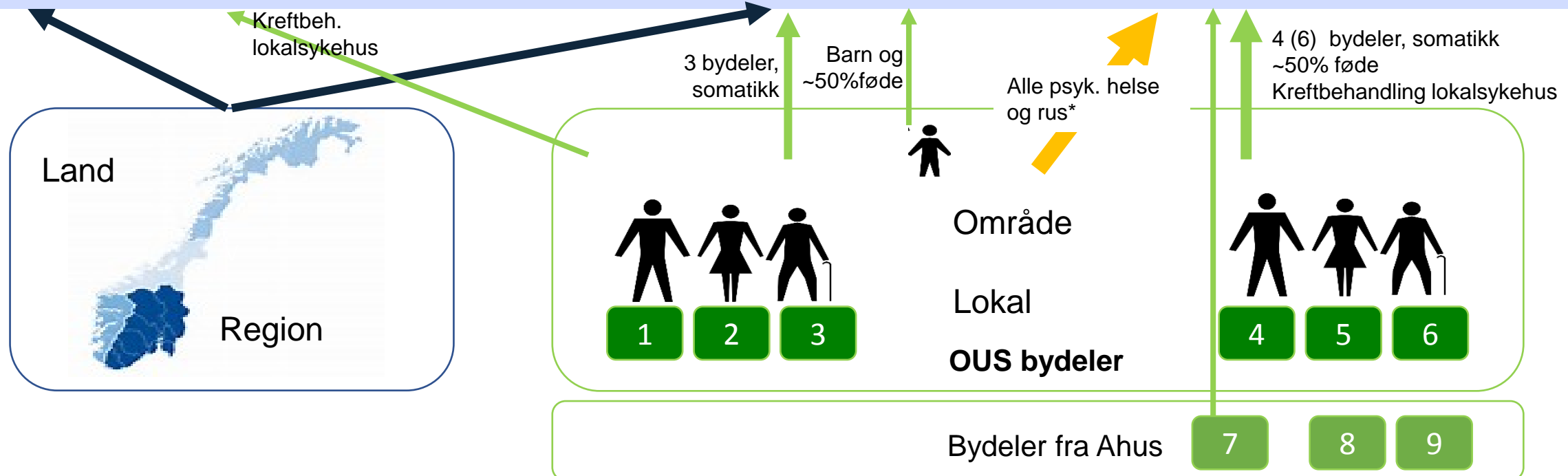


ULLEVÅL



AKER

Pasientflyt



Belyse Ullevål som alternativ lokalisering til Gaustad

- HSØ ber om en **redegjørelse for hva Oslo universitetssykehus HF har utredet tidligere vedrørende bruk av Ullevålstomten.**

Følgende må beskrives nærmere:

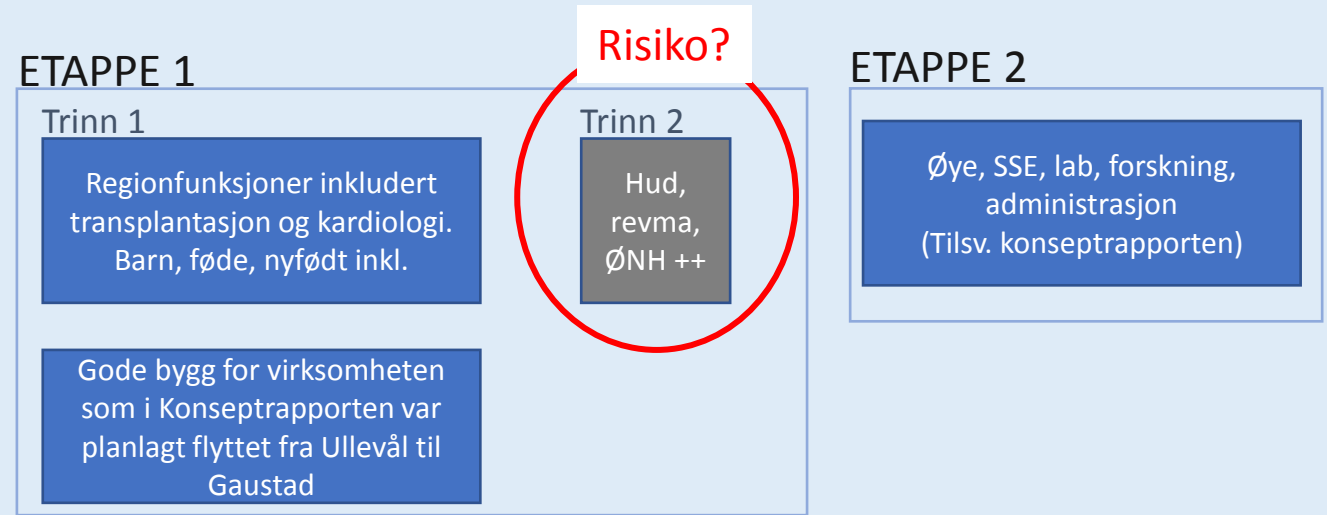
- Driftskonsept/fordeling av fag og funksjoner i de utrede alternativene
 - Fordeling av bydeler
 - Økonomiske aspekter, både investeringer og driftsøkonomi inkludert bærekraftberegninger
 - Tomteforhold og trafikale aspekter
 - Andre risikoområder
- HSØ ber også om en **faglig vurdering av hvilke fagområder som i dette alternativet først skal flyttes til Ullevål fra Gaustad**, dersom man skal ha en gradvis samling av regionfunksjoner på Ullevål.
 - Basert på **mulighets- og risikovurderinger** gjennomført av Oslo universitetssykehus HF med bistand fra prosjektorganisasjonen, tilsvarende risikovurderinger som er gjort av driften ved Ullevål mellom etappe 1 og etappe 2 i foreliggende planer.

Det forutsettes at Oslo universitetssykehus HF sikrer god involvering av relevante fagmiljøer, tillitsvalgte, verneombud og brukerrepresentanter i dette arbeidet.

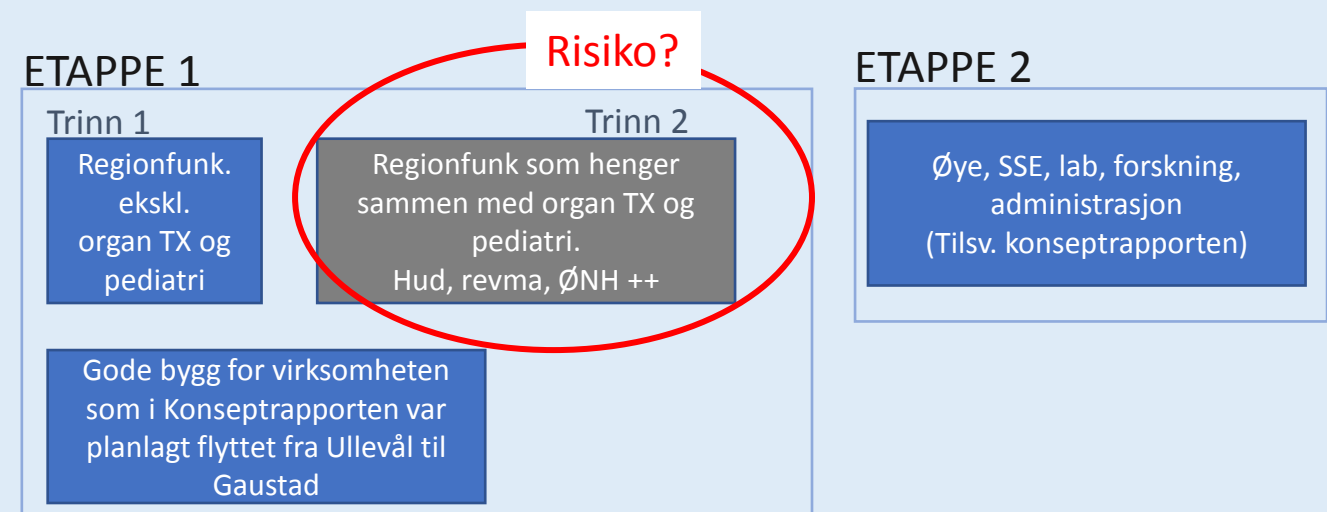
Øvrige deler av arbeidet knyttet til vurdering av bruken av Ullevålstomten vil ivaretas av Helse Sør-Øst RHF i samarbeid med prosjektorganisasjonen og Oslo universitetssykehus HF.

To alternativer for gjenstående virksamhet skal risikovurderes

1. Samlokalisering av regionfunksjoner **inkludert transplantasjon og kardiologi**



2. Samlokalisering av regionfunksjoner **ekskl. organ TX, kardiologi og pediatri**



Gradvis flytting fra RH til Ullevål

**Alternativ 1:
Samle regionfunksjoner**

Samlokalisering av regionfunksjoner inkludert transplantasjon.

Enkeltfag som i dag er samlokalisert på RH, og som ikke har større avhengighet til andre fag blir værende på RH til trinn 2.

OBS utflytting til Aker.
Hvordan er risikobildet for situasjonen etter trinn 1 på Ullevål?

Gjenværende RH	
HHA	Kjeve- og ansiktsskirurgi
HHA	Plastikkirurgi v+b
KIT	Urologi
KIT	Barnekirurgi
ØPK	Ortopedi v+b
NVR	Nevrokirurgi v+b
NVR	Nevrologi
KIT	Gastrokirurgi, voksne og barn
HLK	Thoraxkirurgi
HLK	Kardiologi
HLK	Lungemedisin
KIT	Transplantasjonskirurgi
KIT	Transplantasjonsmedisin
KIT	Nyre-gastromedisin
KIT	Infeksjon
BAR	Barnemedisin
BAR	Nyfødtintensiv
KVI	Føde og barsel
KIT	Hud
KIT	Revmatologi
HHA	ØNH v+b
KRE	Blodsykdommer
AKU	PO/Intensiv v+b, Anestesi
AKU	Akuttmottak
AKU	Intervensjonsenteret
KRN	Billeddiagnostikk
KRN	Nukleærmedisin
KLM	Laboratoriemedisin
OUS	Klinisk service
OSS	Ikke-medisinsk service
UIO	Forskning og utdanning
OUS	Forskning og utdanning

Trinn 1 til Ullevål	
HHA	Kjeve- og ansiktsskirurgi
HHA	Plastikkirurgi v+b
KIT	Urologi
KIT	Barnekirurgi
ØPK	Ortopedi v+b
NVR	Nevrokirurgi v+b
NVR	Nevrologi
KIT	Gastrokirurgi, voksne
HLK	Thoraxkirurgi
HLK	Kardiologi
HLK	Lungemedisin
KIT	Transplantasjonskirurgi
KIT	Transplantasjonsmedisin
KIT	Nyre-gastromedisin
KIT	Infeksjon
BAR	Barnemedisin
BAR	Nyfødtintensiv
KVI	Føde og barsel
AKU	PO/Intensiv v+b, Anestesi
AKU	Akuttmottak
KRN	Billeddiagnostikk
OSS	Ikke-medisinsk service
UIO	Forskning og utdanning
OUS	Forskning og utdanning

Tilsvarende fag på Ullevål	
kjeve- og ansiktsskirurgi Plastikkirurgi	
Barnekirurgi Ortopedi v+b Nevrokirurgi v+b Nevrologi	
Gastrokirurgi Thoraxkirurgi Kardiologi (MED) Lungemedisin (MED)	
Nyre-gastromedisin (MED) Infeksjon (MED) Barnemedisin Nyfødtintensiv Føde og barsel	
PO/Intensiv v+b, Anestesi Akuttmottak	
Billeddiagnostikk	
Laboratoriemedisin Klinisk service Ikke-medisinsk service	
Forskning og utdanning Forskning og utdanning	

Tilsvarende fag på Aker flyttet fra Ullevål	
Ortopedi voksne	
Nevrologi Gastrokirurgi	
Kardiologi (MED) Lungemedisin (MED)	
Nyre-gastromedisin (MED) Infeksjon (MED)	
Nyfødtintensiv Føde og barsel	
PO/Intensiv v+b, Anestesi Akuttmottak	
Billeddiagnostikk	
Laboratoriemedisin Klinisk service Ikke-medisinsk service	
Forskning og utdanning Forskning og utdanning	

Samlokaliserte regionfunksjoner

Gradvis flytting fra RH til Ullevål

**Alternativ 2:
Samlokalisering av
regionfunksjoner
ekskl. organ TX og
pediatri**

Regionfunksjoner som ikke er knyttet til organtransplantasjoner eller barnemedisin, føde, nyfødt flytter til Ullevål i 1. trinn.

OBS utflytting til Aker.
Hvordan er risikobildet for situasjonen etter trinn 1 på Ullevål?

Gjenværende RH	
HHA	Kjeve- og ansiktskirurgi
HHA	Plastikkirurgi v+b
KIT	Urologi
KIT	Barnekirurgi
OPK	Ørtopedi v+b
NVR	Nevrokirurgi v+b
NVR	Nevrologi
KIT	Gastrokirurgi, voksne
HLK	Thoraxkirurgi
HLK	Kardiologi
HLK	Lungemedisin
KIT	Transplantasjonskirurgi
KIT	Transplantasjonsmedisin
KIT	Nyre-gastromedisin
KIT	Infeksjon
BAR	Barnemedisin
BAR	Nyfødtintensiv
KVI	Føde og barsel
KIT	Hud
KIT	Revmatologi
HHA	ØNH v+b
KRE	Blodsykdommer
AKU	PO/Intensiv v+b, Anestesi
AKU	Akuttmottak
AKU	Intervensjonsenteret
KRN	Billeddiagnostikk
KRN	Nukleærmedisin
KLM	Laboratoriemedisin
OUS	Klinisk service
OSS	Ikke-medisinsk service
UIO	Forskning og utdanning
OUS	Forskning og utdanning

Trinn 1 til Ullevål →

HHA	Kjeve- og ansiktskirurgi
HHA	Plastikkirurgi v+b
KIT	Urologi
KIT	Barnekirurgi
OPK	Ørtopedi v+b
NVR	Nevrokirurgi v+b
NVR	Nevrologi

Tilsvarende fag på Ullevål	
kjeve- og ansiktskirurgi	
Plastikkirurgi	
Barnekirurgi	
Ørtopedi v+b	
Nevrokirurgi v+b	
Nevrologi	
Gastrokirurgi	
Thoraxkirurgi	
Kardiologi (MED)	
Lungemedisin (MED)	
Nyre-gastromedisin (MED)	
Infeksjon (MED)	
Barnemedisin	
Nyfødtintensiv	
Føde og barsel	
PO/Intensiv v+b, Anestesi	
Akuttmottak	
Billeddiagnostikk	
Laboratoriemedisin	
Klinisk service	
Ikke-medisinsk service	
Forskning og utdanning	
Forskning og utdanning	

Samlokaliserte regionfunksjoner

Tilsvarende fag på Aker flyttet fra Ullevål	
Ortopedi voksne	
Nevrologi	
Gastrokirurgi	
Kardiologi (MED)	
Lungemedisin (MED)	
Nyre-gastromedisin (MED)	
Infeksjon (MED)	
Nyfødtintensiv	
Føde og barsel	
PO/Intensiv v+b, Anestesi	
Akuttmottak	
Billeddiagnostikk	
Laboratoriemedisin	
Klinisk service	
Ikke-medisinsk service	
Forskning og utdanning	
Forskning og utdanning	

Status og hovedaktiviteter - vår 2019

1. Belyse driftskonsept og virksomhetsinnhold for Aker og Gaustad (OUS)
 - spesielt mhp kreft/nyfødt/traume og akuttmedisin
 - Igangsetting av arbeid m/ organisasjonsutvikling
2. Belyse Ullevål (HSØ PO m/bistand fra OUS)
 - Samme målbilde og virksomhetsinnhold som ligger til grunn for konseptfasen
 - OUS må redegjøre for hva som er utredet tidligere (arealutviklingsplan og idefase)
 - Mulig gradvis samling og risikovurdering
3. Konseptutredning for tilleggsutredningen (HSØ PO m/medvirkning fra OUS)
4. Reguleringsplanprosessen (HSØ PO)
5. Forberedelse for neste fase (forprosjekt) (HSØ PO og OUS)



AKER

Vår 2019:

- Skisseprosjektet oppdateres med føde/nyfødt/gyn
- Kvalitetssikring av kapasitetsberegninger PHA



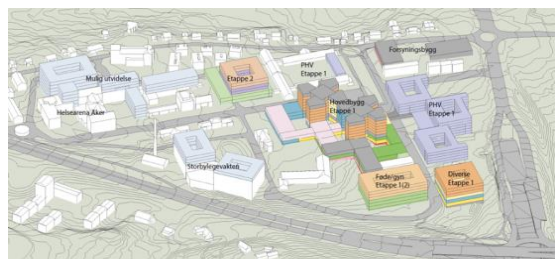
- Et kompakt anlegg med korte avstander
- Behandlingsfunksjoner sentralt plassert i anlegget
- Stort potensiale for utvidelser i flere retninger
- God nærhet til trygge uteområder for psykisk helse og TSB



Konsept er anbefalt, beregnet og tegnet ut - planprosess vil pågå til Q2 2019

AKER

Forslagsstillers planalternativ



Bygningshøyde < 42 meter



Anbefalt konsept som er tegnet ut i konseptfasens skisseprosjekt (etappe 1)

PBE sitt planalternativ (Større grad av vern)



Bygningshøyde < 42 meter

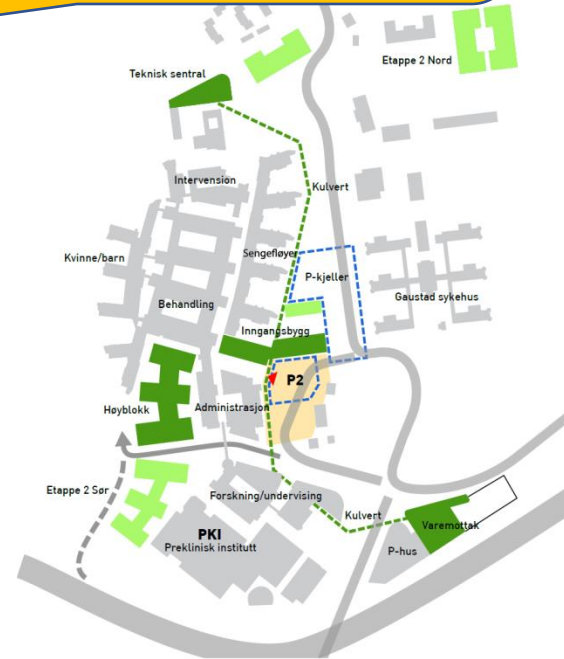


Tilpasset versjon av konseptet for dette planalternativet utarbeides første halvår 2019 som en del av planprosessen

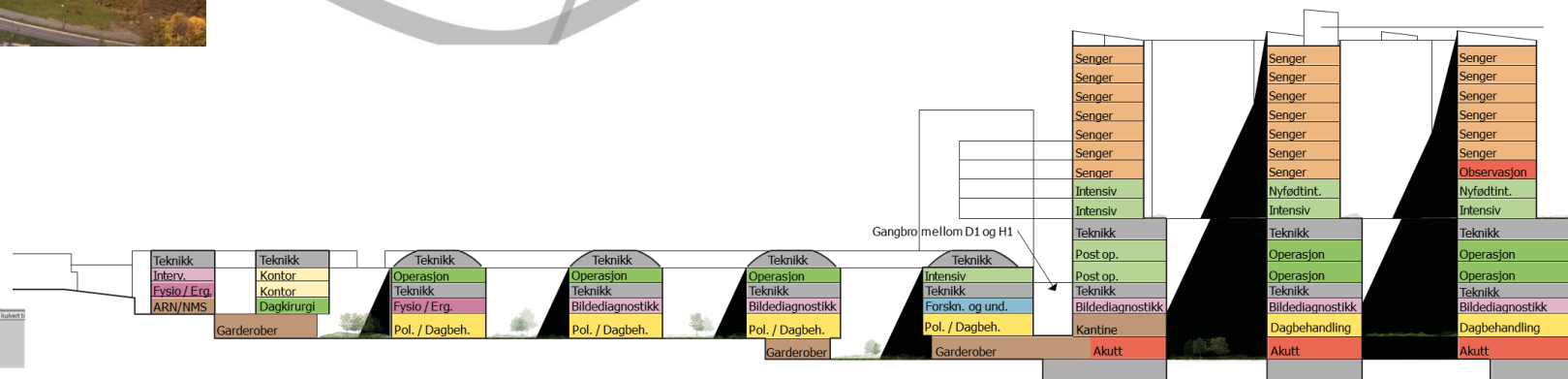
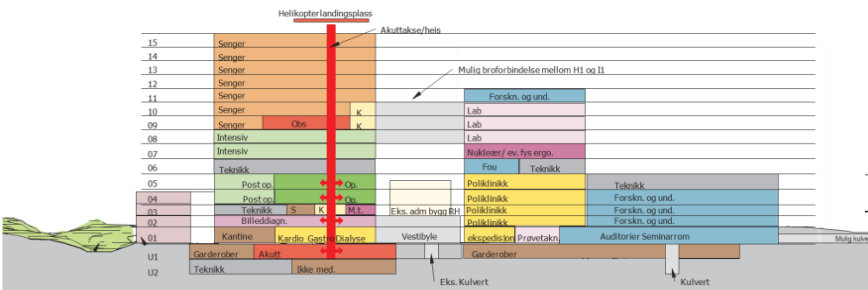
GAUSTAD



Vår 2019:
Skisseprosjektet oppdateres med
barn og føde/nyfødt



- God funksjonell sammenheng med eksisterende sykehus
- Et kompakt anlegg med høyhus
- Akutt- og behandlingfunksjoner sentralt plassert i anlegget
- Samlet tilbud til barn
- Mulighet for utvidelse i etappe 2



Skisseprosjektet med mulig etappe 2 bygg – Status pr desember 2018



Videreutvikling av skisseprosjekt med tilleggsutredningen

– Skisser under arbeid status pr 28.02.19



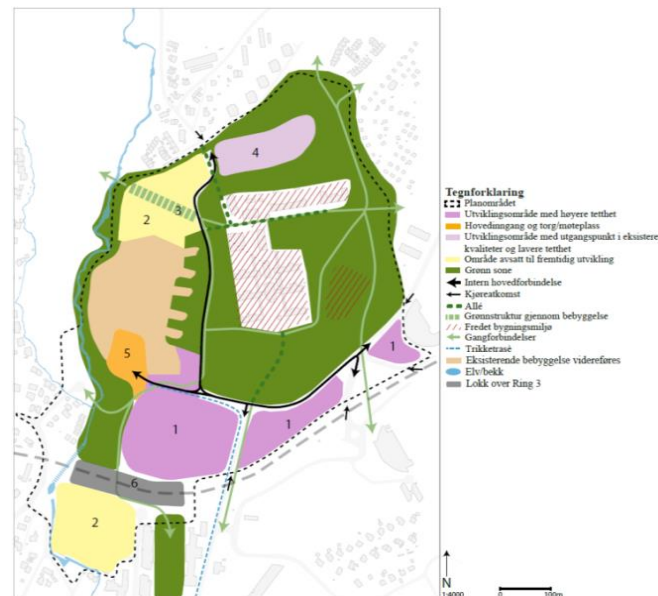
Konsept er anbefalt, beregnet og tegnet ut - planprosess vil pågå til Q2 2019

GAUSTAD

Planalternativ 1
(Forslagsstillers planalternativ)



Planalternativ 2
(PBE sitt planalternativ)



Tegnforklaring
■ Plansområdet
■ Utviklingsområde med høyere tetthet
■ Hovedgang og stopp/plass
■ Utviklingsområde med utgangspunkt i eksisterende kvaliteter og lavere tetthet
■ Område avsatt til fremtidig utvikling
■ Grensone
■ Intern hovedforbindelse
■ Kjøretøkkomst
■ Allé
■ Grenstruktur gjennom bebyggelse
/// Foredet byggesmiljø
- Gangforbindelse
- Tråkketråse
- Eksisterende bebyggelse videreføres
- Elv/bekk
- Lokk over Ring 3

Anbefalt konsept som er tegnet ut i konseptfasene skisseprosjekt (etappe 1)



Bygningshøyde < 42 meter



Tilpasset versjon av konseptet for dette planalternativet vil utarbeides første halvår 2019 som en del av planprosessen

Framtidens OUS – Ikke bare bygg, men bygg som gjør moderne sykehusdrift mulig



Digital samhandling

Sporing

AI



Robotene kommer. Hva nå?

Trenger vi robotene? Ja. Kommer de til å ta jobbene våre? Ja.

15.06.2016
MARIJE GERHARDSEN



Automatisering

Risikovurdering 1.4.2019

Mulig gradvis flytting fra RH til Ullevål



Belyse alternativ

Komplett regionssykehus på **Ullevål** og Lokalsykehus på **Aker**



RAD



RH/Gaustad

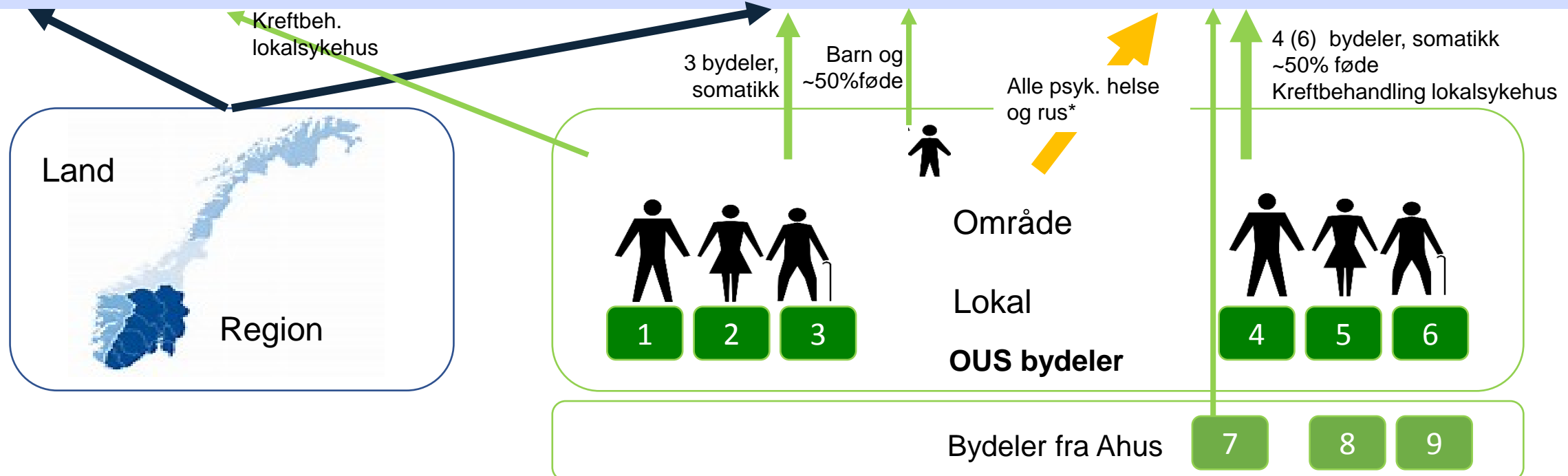


ULLEVÅL



AKER

Pasientflyt



Belyse Ullevål som alternativ lokalisering til Gaustad

HSØ ber om en **faglig vurdering av hvilke fagområder som i dette alternativet først skal flyttes til Ullevål fra Rikshospitalet**, dersom man skal ha en gradvis samling av regionfunksjoner på Ullevål.

Basert på **mulighets- og risikovurderinger** gjennomført av Oslo universitetssykehus HF med bistand fra prosjektorganisasjonen

Risikovurderingene gjøres **tilsvarende risikovurderinger som er gjort av driften ved Ullevål mellom etappe 1 og etappe 2** i foreliggende planer.



Oppsummering etter ROS



Gradvis flytting fra RH til Ullevål

**Alternativ 1:
Samle regionfunksjoner**

Samlokalisering av regionfunksjoner inkludert transplantasjon.

Enkeltfag som i dag er samlokalisert på RH, og som ikke har større avhengighet til andre fag blir værende på RH til trinn 2.

OBS utflytting til Aker.
Hvordan er risikobildet for situasjonen etter trinn 1 på Ullevål?

Gjenværende RH	
HHA	Kjeve- og ansiktsskirurgi
HHA	Plastikkirurgi v+b
KIT	Urologi
KIT	Barnekirurgi
ØPK	Ortopedi v+b
NVR	Nevrokirurgi v+b
NVR	Nevrologi
KIT	Gastrokirurgi, voksne og barn
HLK	Thoraxkirurgi
HLK	Kardiologi
HLK	Lungemedisin
KIT	Transplantasjonskirurgi
KIT	Transplantasjonsmedisin
KIT	Nyre-gastromedisin
KIT	Infeksjon
BAR	Barnemedisin
BAR	Nyfødtintensiv
KVI	Føde og barsel
KIT	Hud
KIT	Revmatologi
HHA	ØNH v+b
KRE	Blodsykdommer
AKU	PO/Intensiv v+b, Anestesi
AKU	Akuttmottak
AKU	Intervensjonsenteret
KRN	Billeddiagnostikk
KRN	Nukleærmedisin
KLM	Laboratoriemedisin
OUS	Klinisk service
OSS	Ikke-medisinsk service
UIO	Forskning og utdanning
OUS	Forskning og utdanning

Trinn 1 til Ullevål	
HHA	Kjeve- og ansiktsskirurgi
HHA	Plastikkirurgi v+b
KIT	Urologi
KIT	Barnekirurgi
ØPK	Ortopedi v+b
NVR	Nevrokirurgi v+b
NVR	Nevrologi
KIT	Gastrokirurgi, voksne
HLK	Thoraxkirurgi
HLK	Kardiologi
HLK	Lungemedisin
KIT	Transplantasjonskirurgi
KIT	Transplantasjonsmedisin
KIT	Nyre-gastromedisin
KIT	Infeksjon
BAR	Barnemedisin
BAR	Nyfødtintensiv
KVI	Føde og barsel
AKU	PO/Intensiv v+b, Anestesi
AKU	Akuttmottak
KRN	Billeddiagnostikk
OSS	Ikke-medisinsk service
UIO	Forskning og utdanning
OUS	Forskning og utdanning

Tilsvarende fag på Ullevål	
kjeve- og ansiktsskirurgi Plastikkirurgi	
Barnekirurgi Ortopedi v+b Nevrokirurgi v+b Nevrologi	
Gastrokirurgi Thoraxkirurgi Kardiologi (MED) Lungemedisin (MED)	
Nyre-gastromedisin (MED) Infeksjon (MED) Barnemedisin Nyfødtintensiv Føde og barsel	
PO/Intensiv v+b, Anestesi Akuttmottak	
Billeddiagnostikk	
Laboratoriemedisin Klinisk service Ikke-medisinsk service	
Forskning og utdanning Forskning og utdanning	

Tilsvarende fag på Aker flyttet fra Ullevål	
Ortopedi voksne	
Nevrologi Gastrokirurgi	
Kardiologi (MED) Lungemedisin (MED)	
Nyre-gastromedisin (MED) Infeksjon (MED)	
Nyfødtintensiv Føde og barsel	
PO/Intensiv v+b, Anestesi Akuttmottak	
Billeddiagnostikk	
Laboratoriemedisin Klinisk service Ikke-medisinsk service	
Forskning og utdanning Forskning og utdanning	

Samlokaliserte regionfunksjoner

11.1 Risikobilde i alternativ 1

De analyserte hendelsene fordelte seg slik før tiltak:

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

De analyserte hendelsene fordelte seg slik etter tiltak:

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

3: Barneintensiv RH –
ØNH barn US
6: Intensiv RH

8: Bildediagn.(øk)
11: Forskning

Samlet bilde alternativ 1

Samlet bilde er at omfanget av **uønskede hendelser som faller i rød og gul sone er betydelig**. Det blir meget krevende å gjennomføre dette alternativet uten at det **gjøres betydelige tiltak bemanningsmessig og økonomisk**, i tillegg til som noen justeringer av hva som flyttes med i første trinn til Ullevål (i praksis at det flyttes noe mer med i 1. trinn).



Gradvis flytting fra RH til Ullevål

**Alternativ 2:
Samlokalisering av
regionfunksjoner
ekskl. organ TX og
pediatri**

Regionfunksjoner som ikke er knyttet til organtransplantasjoner eller barnemedisin, føde, nyfødt flytter til Ullevål i 1. trinn.

OBS utflytting til Aker.
Hvordan er risikobildet for situasjonen etter trinn 1 på Ullevål?

Gjenværende RH	
HHA	Kjeve- og ansiktskirurgi
HHA	Plastikkirurgi v+b
KIT	Urologi
KIT	Barnekirurgi
OPK	Ørtopedi v+b
NVR	Nevrokirurgi v+b
NVR	Nevrologi
KIT	Gastrokirurgi, voksne
HLK	Thoraxkirurgi
HLK	Kardiologi
HLK	Lungemedisin
KIT	Transplantasjonskirurgi
KIT	Transplantasjonsmedisin
KIT	Nyre-gastromedisin
KIT	Infeksjon
BAR	Barnemedisin
BAR	Nyfødtintensiv
KVI	Føde og barsel
KIT	Hud
KIT	Revmatologi
HHA	ØNH v+b
KRE	Blodsykdommer
AKU	PO/Intensiv v+b, Anestesi
AKU	Akuttmottak
AKU	Intervensjonsenteret
KRN	Billeddiagnostikk
KRN	Nukleærmedisin
KLM	Laboratoriemedisin
OUS	Klinisk service
OSS	Ikke-medisinsk service
UIO	Forskning og utdanning
OUS	Forskning og utdanning

Trinn 1 til Ullevål →

HHA	Kjeve- og ansiktskirurgi
HHA	Plastikkirurgi v+b
KIT	Urologi
KIT	Barnekirurgi
OPK	Ørtopedi v+b
NVR	Nevrokirurgi v+b
NVR	Nevrologi

Tilsvarende fag på Ullevål	
kjeve- og ansiktskirurgi	
Plastikkirurgi	
Barnekirurgi	
Ørtopedi v+b	
Nevrokirurgi v+b	
Nevrologi	
Gastrokirurgi	
Thoraxkirurgi	
Kardiologi (MED)	
Lungemedisin (MED)	
Nyre-gastromedisin (MED)	
Infeksjon (MED)	
Barnemedisin	
Nyfødtintensiv	
Føde og barsel	
PO/Intensiv v+b, Anestesi	
Akuttmottak	
Billeddiagnostikk	
Laboratoriemedisin	
Klinisk service	
Ikke-medisinsk service	
Forskning og utdanning	
Forskning og utdanning	

Samlokaliserte regionfunksjoner

Tilsvarende fag på Aker flyttet fra Ullevål	
Ortopedi voksne	
Nevrologi	
Gastrokirurgi	
Kardiologi (MED)	
Lungemedisin (MED)	
Nyre-gastromedisin (MED)	
Infeksjon (MED)	
Nyfødtintensiv	
Føde og barsel	
PO/Intensiv v+b, Anestesi	
Akuttmottak	
Billeddiagnostikk	
Laboratoriemedisin	
Klinisk service	
Ikke-medisinsk service	
Forskning og utdanning	
Forskning og utdanning	

11.2 Risikobilde i alternativ 2

De analyserte hendelsene fordelte seg slik før tiltak:

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

De analyserte hendelsene fordelte seg slik etter tiltak:

5 - Svært alvorlig			2		
4 - Alvorlig					10
3 - Betydelig	12		1, 5	7	11
2 - Mindre alvorlig			4		3
1 - Ubetydelig					3: Intervensjon - Nevrokir
Konsekvens/sannsynlighet	1 - Usannsynlig	2- Lite sannsynlig	3 - Mindre sannsynlig	4 - Sannsynlig	5 - Svært sannsynlig

2: Intensiv barn RH

7: Infeksjon US
10: Føde 3 steder
11: Gastrokir 3 steder

Samlet bilde alternativ 2

Samlet bilde er at **omfanget av uønskede hendelser som faller i rød og gul sone er betydelig også i alternativ 2, selv om det er svakt lavere enn i alternativ 1.** Det blir meget krevende å gjennomføre også dette alternativet uten at det gjøres **betydelige tiltak bemanningsmessig og økonomisk.** I alternativ 1 framstår grensesnittet mellom RH og US som en utfordring, men i tillegg og like viktig blir i alternativ 2 grensesnittet mellom de tre sykehusene RH, US og Aker. Ca. halvparten av virksomheten inkl. store deler av akuttvirksomheten ved US flytter til Aker, mens bare en svært begrenset del av virksomheten flyttes fra RH til US.

Forhold som kom opp under samlingen den 01.04.2019 som ikke direkte dekkes av den kvantitative risikovurderingen

9.1 Undervisning og forskning

9.2 Oppsummering av tilbakemelding fra Barneklubben

9.3 *Noe knyttet til laboratorievirksomheten..*

9.4 Arbeidsmiljø

9.5 To trinn i første etappe betyr lenger tid til gjennomføring

9.6 Kan enkelte tilbud løses ved andre sykehus i en periode?

9.7 Kunne det vært andre alternativer som hadde gjort

9.8 Fastlåst målbilde

Det ble fra representanter for de ansattes organisasjoner pekt på at analysen er gjennomført innenfor rammen av et fastlåst målbilde. Dersom dette målbildet hadde blitt endre, kunne også resultatene blitt annerledes.





Ullevål sykehus

Oppsummering av utredninger 2011 - 2016

Oslo universitetssykehus HF



Sammendrag

Det følgende sammenfatter utredninger om sykehusanlegg på Ullevål i perioden 2011-2016, hentet hovedsakelig fra fire ulike rapporter med tilhørende kvalitetssikring, høringer, risikovurderinger mv. Fremstillingen er deskriptiv uten nye analyser eller vurderinger. Den er holdt på et overordnet nivå med henvisning til kilder i løpende noter og med en samlet referanseliste til slutt.

I rapportene er Ullevål bl.a. utredet som hovedanlegg i en samlet løsning, som én halvpart i en delt løsning med Rikshospitalet/Gaustad, som lokalsykehus, storbysykehus og som lokalitet for ny legevakt i Oslo. Rapportene er deler i en tidligfaseplanlegging der man har utforsket et bredt spekter av mulige plasseringer og funksjonsfordelinger i et sykehusområde/region.

Rapportene er skrevet i perioder med uavklarte momenter og skiftende forutsetninger knyttet blant annet til plassering av ny legevakt for Oslo, lokalsykehus i Oslo, kreftsykehus på Radiumhospitalet og regional sikkerhetspsykiatri – spørsmål som både direkte og indirekte har hatt betydning for vurdering av Ullevål som del av en fremtidig løsning. Likevel er det et kjennetegn ved tidligfaseplanlegging at man går inn i komplekse spørsmål med til dels uavklarte rammevilkår, og utvikler alternative løsningsmodeller i dialog med pasienter, ansatte, samarbeidspartnere og andre høringsinstanser.

Løsrevet fra hverandre kan de ulike rapportene fremstå som ufullstendige, men samlet representerer de en bred utredningsprosess som dannet grunnlag for beslutningen om det gjeldende målbilde for fremtidens Oslo universitetssykehus.

Dette målbilde beskriver Rikshospitalet som et samlet og komplett regionssykehus inkludert multitraume og lokalsykehusfunksjoner for 3 bydeler, Radiumhospitalet som et spesialisert kreftsykehus, Aker som et stort lokalsykehus med ansvar for 4 bydeler (senere 6 etter overføring fra Ahus) og et samlet senter for psykisk helse og TSB, og Regional sikkerhetsavdeling (RSA) med tilgrensende funksjoner lokalisert på Ila.

Ullevål sykehus vil bestå i plan- og byggeperioden, men det vil bli planlagt en koordinert flytteprosess til hhv Rikshospitalet og Aker når etappe 1 er klargjort for innflytting. Mellom etappe 1 og 2 vil det også være pasientbehandling og aktivitet på Ullevål innen bl.a. øyesykdommer, laboratoriemedisin og servicefunksjoner. Sykehus og region vil i denne perioden samarbeide med Oslo kommune med tanke på videre bruk og utnyttelse av arealet etter utflytting.

Innhold

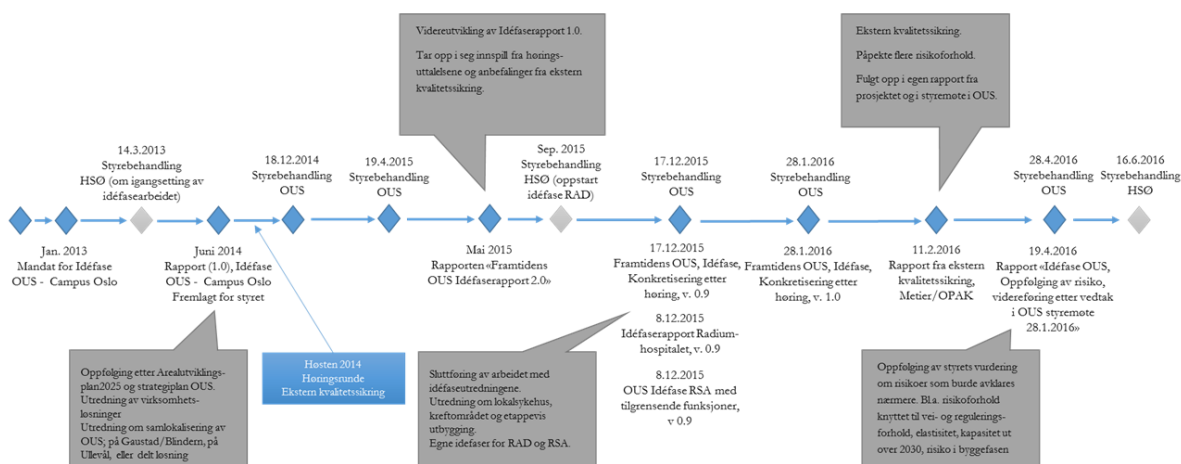
Sammendrag	2
1.0 Innledning.....	3
2.0 OUS Arealutviklingsplan 2025	5
3.0 Idéfase 1.0	14
4.0 Idéfaserapport 2.0.....	26
5.0 Idéfase - konkretisering etter høring.....	36
6.0 Oppfølging av risiko etter styrebehandling.....	46
7.0 Referanseliste	49

1.0 Innledning

Ullevål sykehus har en historie tilbake til 1880-årene og har gått gjennom en lang rekke utredninger og utbygginger både som selvstendig sykehus, universitetssykehus og som del av Oslo universitetssykehus HF (OUS). Denne fremstillingen er konsentrert om utredninger fra etableringen av OUS i 2009 til juni 2016 da styret¹ og foretaksmøtet² i Helse Sør-Øst RHF (HSØ) vedtok målbildet for utvikling av OUS, og beskriver innhold og vurderinger i følgende utredninger/dokumenter:

Tabell 1 Oversikt over utredninger og dokumenter som omtales i rapporten

NAVN	MANDAT	LEVERT	HORISONT	STYREBEHANDLING
Arealutviklingsplan 2025	2010	2011	2025	OUS (sak 18-2012)
Idéfaserapport 1.0	2012	2014	2030	OUS (sak 35-2014)
<i>Høring høsten 2014</i>				
Idéfaserapport 2.0	2012	2015	2030	OUS (sak 20-2015) HSØ (sak 66-2015)
Idéfase Konkretisering etter høring	2012/2015	2016	2030	OUS (sak 82-2015 / 8-2016)
Kvalitetssikring og oppfølging av risiko etter styrebehandling	2016	2016	2030	HSØ (sak 053-2016)



Figur 1 Idéfase OUS - milepæler, rapporter og beslutningspunkt

Styrevedtak i OUS og HSØ har gitt mandat og retning til arbeidet og disse er henviset til i løpende noter. I tillegg til styrevedtak og utredninger er det en rekke delrapporter, kvalitetssikringsrapporter, risiko- og sårbarhetsanalyser som berører Ullevål. Disse vil også henvises til i noter og samles med øvrige kilder i en litteraturliste.

¹ Protokoll HSØ styre sak 053/2016

² HOD Foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF 24.6.2016

Føringer fra etableringen av HSØ (2007) og OUS (2009) har ligget til grunn i alle utredninger i perioden og er spesielt knyttet til samling av lands- og regionsfunksjoner, samordning av fag og styrking forskning, sikring av et desentralisert tilbud, oppfylling av resultatkrav og uttak av stordriftsfordeler³. Sammenfattet er disse føringene forutsetninger for mer effektiv drift i påvente av en bærekraftig fremtidig investering i nye bygg.

Utredninger og rapporter er skrevet i sin tid, med til dels ulike rammevilkår. Arealutviklingsplan 2025 hadde f.eks. som forutsetning at et fremtidig lokalsykehus med områdefunksjoner ("Storbysykehuset") skulle plasseres på Ullevål, og at Aker skulle fases ut som sykehuslokalitet. Senere ble det utredet flere ulike varianter av lokalsykehus med tenkt plassering både på Ullevål, Rikshospitalet, Aker og andre mulige lokaliteter. I innledningen til hver av utredningene er det forsøkt beskrevet det gjeldende rasjonale for fordeling og plassering av funksjoner.

Universitetet i Oslo (UiO) var og er en viktig samarbeidspartner for OUS og hadde i perioden 2009-11 gjennomført konseptvalgutredning for nytt Livsvitenskapsbygg, og regulering av tomten nord i Gaustadbekkdalen ble vedtatt av Oslo kommune i juni 2011. På samme vis var nærhet til Preklinisk institutt, UiO og andre forskningsinstitutter en vesentlig årsak til at Rikshospitalet i sin tid ble lokalisert til Gaustad⁴.

³ Protokoll HSØ Styre sak 108/2008

⁴ St.prp. nr. 87 (1991-92) Om nytt rikshospital. Bygging og drift

2.0 OUS Arealutviklingsplan 2025⁵

Arealutviklingsplanen utviklet "scenarier" for langsiktig utvikling av OUS. Den fulgte en logikk med milepeler for integrasjonsprosessen i det nylig fusjonerte sykehuset fra "Dag 0" (fusjonstidspunktet) til "Dag 5" (der man så for seg en fysisk integrasjon i nye bygg).

Beslutningen om å samle dublerede lands- og regionsfunksjoner til Rikshospitalet var tatt i 2008, og på dette tidspunktet var den rådende oppfatningen at lokalsykehusfunksjoner skulle samles på Ullevål⁶. Arealutviklingsplanen opererte derfor med et langsiktig bilde der Aker var faset ut som sykehusanlegg. Radiumhospitalet var heller ikke uttalt som del av et fremtidig sykehus og flere scenarier vurderte flytting av Radiumhospitalet enten til Ullevål eller Rikshospitalet. Regionale funksjoner innen psykisk helse fra Dikemark og Ullevål var ment å lokaliseres på Gaustad, der man også så for seg lokalisering av psykiatrisk avdeling for personer med utviklingshemming/autisme, avdeling for spesialisert dagbehandling og lokale sikkerhetsavdelinger.

Lokalisering av ny legevakt var ikke formelt avklart, men den rådende oppfatningen var en "Storbylegevakt" plassert på Ullevål. Dessuten var situasjonen at OUS gjennom 2011 overførte område- og lokalsykehusansvaret for en rekke bydeler, kommuner og pasientgrupper til hhv Ahus og Vestre Viken. OUS var følgelig i en fusjonsprosess der man samtidig skulle tilpasse ressurser til et minkende opptaksområde og reduserte inntekter.

Med en slik bakgrunn vurderte man i Arealutviklingsplanen løsninger for plassering av somatikk, psykisk helsevern og TSB (rus- og avhengighetsbehandling) mellom Ullevål, Rikshospitalet/Gaustad og Radiumhospitalet, eventuelt i tillegg til SSE i Sandvika.

2.1 Mandat

Arbeidet hadde sin bakgrunn i flere styrevedtak i HSØ og OUS som, i tillegg til føringene nevnt over, tok initiativ til *"at det snarest mulig settes i gang en prosess med å planlegge en langsiktig utvikling av den samlede bygningsstrukturen ved Oslo universitetssykehus"*⁷. Prosessen tok til høsten 2010, og opererte under ulike navn i perioden frem mot ferdigstillelse i 2011. Styret ved OUS vedtok⁸ våren 2012 at Arealutviklingsplan 2025, sammen med en overordnet strategi for sykehuset, skulle utgjøre grunnlaget for videre planlegging og utvikling av bygningsmassen gjennom en idéfaseutredning.

2.2 Utredede alternativer og tilhørende virksomhetsbeskrivelser

Arealutviklingsplanen 2025 tok utgangspunkt i gjeldende fordeling av lands-, region-, område- og lokalsykehusfunksjoner etter overføring til Ahus og Vestre Viken, og beskrev to scenarier for psykisk helse og avhengighet, og tre for somatisk virksomhet:

⁵ OUS Arealutviklingsplan 2025

⁶ OUS Lokalsykehusprosjektet 2009

⁷ OUS Arealutviklingsplan 2025, s 15

⁸ Protokoll OUS styre sak 18/2012

Tabell 2 Scenarier utredet i Arealutviklingsplanen

Scenarie 1	Scenarie 2	Scenarie 3
All virksomhet til Ullevål	Virksomhet samles på Ullevål og Rikshospitalet	Virksomhet samles på Ullevål, Rikshospitalet og Radiumhospitalet
	Anbefalt for PHA	Anbefalt for somatikk

For alle scenarier var "Storbysykehuset" med område- og lokalsykehusfunksjoner tenkt plassert på Ullevål.

Før rapporten beskrev nåsituasjon og dimensjoneringsgrunnlag for fremtidige bygg, gjorde man en rekke strategiske avklaringer⁹ som her refereres kortfattet.

Tabell 3 Strategiske avklaringer før utredning

Trender i medisinsk utvikling (Kap 4.3)	Desentralisere det man kan, sentralisere det man må. Areal vil prioriteres til poliklinikk og dagbehandling og spesialisert diagnostikk og behandling. Økende sammenheng og vektlegging av klinisk kvalitet og forskning
Kreftbehandling (Kap 4.4)	Ulike alternativer for fremtidig klinikk og forskning der (a) RAD utvikles som et frittstående kreftsykehus, (b) at hele virksomheten flyttes inn i resten av OUS eller (c) at virksomheten blir værende for en definert periode men med et langsiktig mål om fysisk integrering med øvrige region- og landsfunksjoner. Som selvstendig enhet bør RAD konsentrere klinisk virksomhet til færre diagnosegrupper enn i dag, og tilby integrert multimodal behandling der virksomheten gjennomgående ikke er intensivkrevende. Rapporten anbefaler at Radiumhospitalet på sikt bør flyttes til Rikshospitalet for å øke synergier mellom kirurgi, onkologiske spesialiteter, tilstøtende regionsfunksjoner og forskningsmiljøer.
Regionsfunksjoner (Kap 4.5)	Drøftingen tar utgangspunkt i HSØ styrevedtak 108/2008. Planen problematiserer utydelige skillelinjer innen fagområder, avhengigheter mellom funksjoner og krevende utbyggingsmuligheter på Rikshospitalet, og kommer i liten grad frem til konkrete forslag til samling av somatiske regionsfunksjoner.
Akuttkirurgi og multitraume (Kap 4.6)	Diskusjonen om plassering av multitraume er krevende grunnet avhengigheter både til spesialiserte regionsfunksjoner og et tilstrekkelig volum av akuttkirurgi. Organiseringen beskrives med koordinering fra Avdeling for traumatologi overfor et stort nettverk av spesialister og fagmiljøer som i liten grad er regulert i formelle prosedyrer/avtaler. Etter en drøfting av alternativer anbefaler man å prioritere andre flyttinger (Radiumhospitalet til Rikshospitalet), men mener det på lang sikt vil være gunstig å flytte multitraume til Rikshospitalet dersom det er mulig å finne areal.
Lokal- og områdesykehus på Ullevål (Kap 4.7)	Avklaringen la til grunn premisser fra "Lokalsykehusprosjektet" (2009) som anbefalte et "Storbysykehus" plassert på Ullevål. Rapporten drøfter hvordan innhold og dimensjonering av storbysykehuset påvirkes bl.a. av plassering av

⁹ OUS Arealutviklingsplan 2025, kap 4.

	<p>multitraume, regionsfunksjoner, indremedisinske funksjoner og storbylegevakt.</p> <p>Det fremgår mange uavklarte spørsmål, og planen anbefaler et strategisk arbeid som på en klarere måte tegner bildet av lokal- og områdefunksjonen på Ullevål koordinert med utvikling av Storbylegevakt. Særlig fremheves utvikling av psykisk helse og avhengighet, samt indremedisin som på grunn av utvikling i demografi forventes å vokse også i forhold til kirurgiske spesialiteter, og bør ha en førende rolle i utviklingen av storbysykehusfunksjonen på Ullevål</p>
<p>Psykisk helse og avhengighet (Kap 4.8)</p>	<p>Drøftingen tar utgangspunkt i en intensjon om å samle regionale og sikkerhetspsykiatriske avdelinger på Gaustad, men som del av Arealutviklingsplan 2025 kom man tidlig frem til at også andre lokalitetene måtte vurderes. Planen stiller spørsmålet om det er fysisk mulig – og ønskelig – å samlokalisere all aktivitet i PHA (utenom DPS) på Ullevål.</p> <p>Det anbefales som mest realistisk at forsterkede plasser fra Dikemark og langtidsavhengighetsbehandling samles på Gaustad, mens resten av virksomheten (utenom DPS) samles på Ullevål. DPS inkludert BUP poliklinikker samles på to steder (Mortensrud og Aker/Sinsen).</p> <p>Ellers foreslår planen en helhetlig vurdering av psykisk helse og avhengighet sammen med alternative utviklingsmodeller for somatisk virksomhet og en vurdering av en eventuell samarbeidsløsning for forsterkede plasser mellom Ahus, Vestre Viken og OUS.</p>
<p>Aker og gjenværende aktivitet (Kap 4.9)</p>	<p>Planen viderefører tankegangen om å legge til rette for samhandlingsarena og tilstøtende virksomhet på Aker. For OUS sin del beskriver man en utfasing av akuttvirksomhet og beredskapskrevende døgnbehandling så raskt som mulig, men opprettholder øvrig virksomhet inntil egnede bygg er tilgjengelig på Ullevål.</p> <p>Videre vil OUS samle virksomhet som ligger nær opp til det kommunale ansvaret og kommunale deler av pasientforløpene og slik bidra til å virkeliggjøre ambisjoner i Samhandlingsreformen.</p>
<p>Mulighetsstudier (Kap 4.14)</p>	<p>Planen sammenfatter at OUS har valget mellom å utvikle sin virksomhet fremover på én, to eller tre hovedlokaliteter.</p> <p>Det beskrives som mulig å samle all virksomhet på Ullevål, og slik løse utfordringene med dubleringer. Dette blir dog et svært kompakt og stort sykehus på om lag 1.500 senger, noe som er uhenksommessig stort og uten ytterligere utvidelsesmuligheter i området. Det blir også problematisert å flytte fra relativt ny bygningsmasse (om lag 220.000 kvm) på Rikshospitalet, men det hevdes at en gradvis samling likevel er ønskelig og mulig over tid.</p>

2.2.1 Dimensjonering, pasientvolum og fremskriving

Arealutviklingsplanen er skrevet i perioden 2010-11 og baseres på fordeling av fag, funksjoner og bydeler beskrevet av HSØ i 2008¹⁰. Konkret betyr det at funksjonsfordelingen mellom

¹⁰ Protokoll HSØ styre sak 108/2008

Diakonhjemmets sykehus, Lovisenberg diakonale sykehus og OUS forutsettes stort sett som i 2010, men at Lovisenberg diakonale sykehus tilbakefører ansvaret for indremedisin i Sagene bydel til OUS.

Grunnlaget for dimensjonering ble hentet fra SSB¹¹ og det gjøres rede for befolkningsutvikling nasjonalt, regionalt og lokalt med en prosentvis vekst på hhv 15, 16 og 25 % i perioden fra 2009-2025.

2.2.2 Fremskrivning av aktivitet 2009-2025 og estimat bemanning

I arbeid med fremskrivning trakk man først ut aktivitet som var planlagt overført til hhv Ahus og Vestre Viken HF (VV). Videre er det gitt en rekke forutsetninger knyttet til demografi, realvekst, ulike omstilling- og effektiviseringstiltak, relativ vekst i dagbehandling, økt bruk av pasient/sykehotell og kortere gjennomsnittlig liggetid.

For somatikk så man en samlet reduksjon av avdelingsopphold på 15 % og en reduksjon av liggedager på 24 % mens aktivitet i hotell, observasjon, dagbehandling og poliklinikk økte. En sammenligning av 2025-aktiviteten med 2009-aktiviteten etter overføring til Ahus/VV viste en reduksjon i avdelingsopphold på 4 % og en liggedagsreduksjon på 7 %. Tendensen for hotell, observasjon, dagbehandling og poliklinikk var uendret.

Basert på dette brukte man aktivitetstall til å anslå sannsynlig behov for personalrelaterte arealer. Estimatet for bemanning var basert på forutsetningene om at all aktivitet foregår i nybygg, og der delvis bruk av gammel bygningsmasse normalt vil føre til et større areal- og personalbehov. Det ble videre lagt til grunn en samlet effektivisering på 10 % i perioden (knappt 1 % per år), noe som gav følgende fremskrivning:

Tabell 4 Fremskrivning av bemanning ved OUS (ekskl. forskere, SSE og Kreftregisteret)

Funksjonsområde	OUS 2009	OUS 2025	Endring i %
Klinikk A, psykisk helse og avhengighet	2.885	2.727	-5%
Klinikk B-G, somatikk	8.127	7.046	-13%
Klinikk H og I	4.144	3.943	-5%
Service	2.398	2.179	-9%
I alt	17.554	15.894	-9%

Tabell 5 Endring i aktivitet og bemanning

OUS - aktivitet og bemanning	2009/2010	2009/2011 etter overføring	2025	Endring 2009 - 2025 i %
Avdelingsopphold	114.570	102.373	99.311	-13%
Liggedager inkl. obs	620.718	520.878	510.518	-18%
Dagopphold	132.127	102.540	138.693	5%
Poliklinikk	829.838	707.895	866.631	4%
Bemanning	17.554		15.894	-9%

¹¹ OUS Arealutviklingsplan 2025, kap. 5

Bemanningen i 2025 ble beregnet i forhold til aktivitetsendringen fra 2009, hvor det var en reduksjon i antall opphold på 13 % og i liggedager (inkl. observasjon) på ca. 18 %. Samtidig estimeres en øking i dagbehandling på 5 % og i poliklinikk på 4 %. Dette sammenholdt med en generell effektivisering betyr at den samlede bemanning i 2025 blir mindre enn den var i før overføring til Ahus og Vestre Viken.

Det ble gjort estimater for forskningsarealer der det henvises til en bredt sammensatt prosjektgruppe i OUS som i 2009¹³ utredet organisering av forskning og utdanning i foretaket. Gruppen foreslo å integrere universitetsinstituttene i klinikkene for å sikre optimal plassering, og videre at forskningen organiseres i en integrert modell sammen med den kliniske og laboratoriebaserte virksomheten.

For arealstandarder og utnyttelsesgrader er det lagt til grunn gjeldende føringer i 2010/11. Dette gjelder ulike romtyper, sengeutnyttelse i beleggsprosent, åpningsdager per år og åpningstid per dag.

2.2.3 Beregnet arealbehov 2025

Etter at ulike forutsetninger er lagt til grunn legges det frem arealbehov knyttet til hhv psykisk helse og avhengighet og somatikk fordelt etter scenarier for ulike løsninger.

Tabell 6 Scenarier arealbehov psykisk helse og avhengighet

Scenarier Psykisk helse og avhengighet	Scenarie beskrivelse	US	Gaustad	DPS 2 steder	I alt
Scenarie 1	PHA sykehusfunksjoner (ekskl. BUP poliklinikk) i Ullevål, DPS som nå inkl. BUP poliklinikk	71 713		18 032	89 746
Scenarie 2	Forsterkte plasser og avhengighet i Gaustad. Øvrige sykehusfunksjoner (ekskl. BUP poliklinikk) i US. DPS som nå inkl. BUP poliklinikk	38 770	34 960	18 032	91 763

Tabell 7 Scenarier arealbehov somatikk inkl. SSE og FoU, ekskl. kreftregistret

Scenarier somatiske funksjoner	DNR	RH	US	I alt
Scenarie 1. Alt samlet ett sted				533.819
Scenarie 2. To lokaliseringer		286.453	263.875	550.328
Scenarie 3. Tre lokaliseringer	94.082	219.530	254.375	567.987

2.3 Løsningsmodeller

Før man i Arealutviklingsplanen presenterer løsningsmodeller, blir eksisterende bygg og eiendommer grundig beskrevet¹⁵ med alder, tilstandsgrad, fleksibilitet, elastisitet, vernestatus mv. Oppsummert for Ullevål heter det at bygningsmassen er:

¹² OUS Arealutviklingsplan s 70

¹³ OUS Arealutviklingsplan s 71

¹⁴ OUS Arealutviklingsplan s 88/89

¹⁵ OUS Arealutviklingsplan kap 8

generelt sterkt preget av høy gjennomsnittsalder, manglende vedlikehold og fornying og fremstår totalt sett med et stort teknisk oppgraderingsbehov. Bygningsmassen har også svært varierende grad av tilpasningsdyktighet og følgelig også svært varierende grad av levedyktighet sett i forhold til fremtidsrettet og langsiktig sykehusdrift. Generelt kan det sies at området bærer preg av en rekke ulike byggeperioder og utvikling/utvidelse i over 100 år, noe som kan være utfordrende i forhold til effektiv drift, logistikk etc.¹⁶

Videre blir det for Ullevål påpekt at grunnforholdene "er generelt dårlige i det sentrale området. Varierende og store dybder til fjell, leirholdig grunn med dels kvikkleire"¹⁷. Det er utilfredsstillende forsyningsanlegg særlig for kjøling og gass, og en vernestatus som i praksis deler tomten i mindre deler og gjør en helhetlig og sammenhengende sykehusutbygging svært vanskelig.

Det ble i arealutviklingsplanen ikke gjort trafikkanalyser.

For psykisk helse og avhengighet går man ikke langt i beskrivelse av scenario 1 (full samling på Ullevål), men man påpeker ulemper og usikkerhet knyttet til rivning av vernede bygg, og etablering av en stor sikkerhetspsykiatrisk virksomhet på en sentrumsnær tomt¹⁸. Følgelig er det scenario 2 (delt løsning mellom Ullevål og Gaustad) som utredes mer i detaljer for psykisk helse og avhengighet.

For somatikk er det tilsvarende begrenset detaljering og utredning av scenario 1 (full samling på Ullevål) og 2 (sykehuset delt mellom Rikshospitalet og Ullevål), mens scenario 3 (tre lokaliseringer) beskrives som mest realistisk. For scenario 3 fremgår mulige faser, tidsplaner, investeringskostnader og gevinstrealisering med driftsøkonomiske effekter. Planen avsluttes med et kapittel om totaløkonomisk vurdering som også tar utgangspunkt i 3 lokaliseringer, men der det ikke gjøres en detaljert analyse av bæreevne.

2.3.1 OUS som en geografisk samlet enhet (Scenario 1)

Fordeler og ulemper ved samling av Oslo universitetssykehus på Ullevål nå	
PLUSS	MINUS
<ul style="list-style-type: none">• Fagene samlet (om man fraviker fysisk deling i lokal- vs. Lands/regionfunksjon)• Samler multitraume og regionsfunksjoner• Lettere å bygge felles kultur• Stedlig ledelse• Enklere logistikk• Bedre driftsøkonomi?• "ingen dubliseringer"• Frigir arealer til andre formål også på Gaustad, Rikshospitalet og DNR• God drift i byggeperioden	<ul style="list-style-type: none">• Brutal utnyttelse av tomt (8-9 etasjer, unntatt PHA)• Ikke rom for videre utvikling• Fraflytter ca. 220.000 kvm ny bygningsmasse• Svært stort sykehus (1500 senger, driftsøkonomi bedres til 5-600 senger, faller deretter)• Fortsatt delt av vernesone• Kostnad ca. 30 mrder tilsvarer Norges forventede samlede investering i sykehus neste 10 år• 10-15 mrder dyrere enn gradvis utvikling (10 hvis kostnad for flytting av DNR/SSE inn i Campus etter 2025 inkluderes)• Politisk mulig?

Figur 2 Vurdering av fordeler og ulemper ved scenario 1¹⁹

¹⁶ OUS Arealutviklingsplan s 103/104

¹⁷ OUS Arealutviklingsplan s 115

¹⁸ OUS Arealutviklingsplan s 35

¹⁹ OUS Arealutviklingsplan, s 125

Scenariet innebærer at Radiumhospitalet, Rikshospitalet og bygningsmassen for psykiatri på Gaustad og Dikemark fraflyttes, og at tomten på Ullevål utnyttes fullt ut inkludert rivning av enkelte vernede bygninger (bygg 32 og 35).

Fredede bygninger og park i den sentrale delen av sykehusområdet danner et belte som deler sykehustomten i to. Dette ble vurdert å vanskeliggjøre utvikling av ett sammenhengende somatisk sykehus, men også å integrere psykisk helse, rusbehandling og somatisk virksomhet. Det ble videre vurdert som krevende å plassere sikkerhetspsykiatri på området, og det stilles spørsmål om en slik stor samling med ca 625.000 kvm nybygg er mulig og ønskelig.

En gradvis utvikling beskrives dernest som mer fleksibel og realistisk. I en slik tilnærming ser man for seg først å bygge nytt klinikkbygg på Ullevål samtidig som man arbeider med omregulering og frigjøring av nytt tomteareal på Rikshospitalet, noe man mener vil gi mer fleksibilitet med tanke på et senere valg og videreutvikling av enten Ullevål (videreføre scenario 1 med full samling på Ullevål) eller Rikshospitalet (endre til scenario 2).

2.3.2 OUS delt mellom Rikshospitalet og Ullevål (Scenario 2)

Her ser man for seg å samle Radiumhospitalet og Rikshospitalet på Rikshospitalets tomt på Gaustad, og fordele psykisk helse og avhengighet både på Ullevål og på Gaustad. For Rikshospitalet/Gaustad går planer og skisser i retning av å plassere regional psykisk helse og avhengighet samt all virksomhet fra Radiumhospitalet på tomten.

For Ullevål er det i dette scenariet skissert at lokalsykehusfunksjoner innen psykisk helse, BUP i og avhengighetsbehandling legges i nybygg nordøst på tomten.

For somatisk virksomhet²⁰ beskrives en trinnvis utbygging med erstatningsbygg (ca 18.000 kvm) og nybygg (ca 55.000 kvm) på en frigjort tomt etter rivning av bygg 13, 14, 15 og 18. Nybygget erstatter arealer i Bygg 7 og 3 og gir arealer for funksjoner som overføres til Ullevål fra Aker Sykehus. Det skisseres videre påfølgende rivning av bygg 3 og 7, hhv medisinsk og kirurgisk blokk, i nye bygg på disse tomtene.

2.3.3 OUS delt mellom Rikshospitalet, Ullevål og Radiumhospitalet (Scenario 3)

I Scenario 3 opprettholdes Radiumhospitalet, Rikshospitalet og Ullevål på eksisterende lokaliteter, og arealer for Psykisk helse og rusbehandling fordeles mellom Ullevål og Gaustad som i Scenario 2. Det som skiller scenario 3 fra scenario 2 er at Radiumhospitalet beholder sin nåværende plassering på Montebello, og man beskriver to alternativer for fornying av bygningsmassen der.

Dette scenariet er detaljert med plan for rivning, ombygging/oppgradering og bygging i 4 faser²¹ og videre ulike beregninger for driftseffektivisering og bæreevne.

²⁰ OUS Arealutviklingsplan, s 133 ff

²¹ OUS Arealutviklingsplan 2025, s 144 og 145

2.4 Økonomiske vurderinger

De økonomiske analysene består av investerings- og driftsøkonomisk analyse der alt uttrykkes i forventede projektkostnader (P50), men disse er ikke formelt beregnet gjennom en usikkerhetsanalyse.

Tabell 8 Investeringskostnader Scenario 1-3

Scenario 1			Scenario 2			Scenario 3		
Kategori	Kvm	Mill kr	Kategori	Kvm	Mill kr	Kategori	Kvm	Mill kr
Nybygg	525 060	27 075	Nybygg	279 322	15 899	Nybygg	186 173	10 260
Ombygging	18 500	370	Ombygging	66 575	1 683	Ombygging	66 557	1 682
Oppgradering	151 438	1 898	Oppgradering	133 810	4 310	Oppgradering	154 810	4 486
SUM	694 998	29 343	SUM	479 707	21 892	SUM	407 540	16 429
Riving	159 078	318	Riving	127 736	245	Riving	122 428	245
Sum inkl riving		29 661	Sum inkl riving		22 137	Sum inkl riving		16 673

Scenario 3 beskrives som mest realistisk med relativt høy detaljeringsgrad, men det pekes på en rekke usikkerheter ved estimatene. For Ullevål er usikkerheten blant annet knyttet til kostnader ved:

- Flytting og reetablering av energisentral og hovedkommunikasjonsrom på Ullevål
- Nødvendig oppgradering (i påvente av rivning) av bygg 3 og 7 på Ullevål
- Leieavtale for ortopedi og avhengighetsbehandling på "Storbylegevakten" (tenkt plassert på Ullevål)
- Nytt sentralkjøkken på Ullevål (som ev måtte vike for tiltenkt "Storbylegevakt")

2.4.1 Gevinstrealisering

I kapittel om gevinstrealisering er det tematisert salgsgvinster ved Aker (130 da), BUP Sognsvannsveien (86 da) og området rundt Dikemark, men uten at det er foretatt verdivurderinger som inkluderer hensyn til vernebestemmelser på de ulike tomtene. Reduserte FDV-kostnader er beregnet med et redusert areal fra 900 000 til 700 000 kvm som utgjør en besparing på rundt 120 MNOK per år.

Planen beskriver driftsøkonomiske gevinster med utgangspunkt i antall administrative enheter i 2011 med tilhørende årsverk. Anslag for utvikling frem mot 2025 er knyttet til realisering ved samlokalisering samt nybygg ved scenario 2 for PHA, og scenario 3 for somatikk. Estimaten ble laget på bakgrunn av innspill, samtaler og datainnhenting (enheter og årsverk) i hver klinikk, i hovedsak med økonomiledere, med forankring hos klinikkleder. Med unntak av i psykisk helse og avhengighet er ikke legeårsverk tatt med.

Med planer for nybygg, oppgradering mm ligger det muligheter for samlokalisering, og det er beregnet at man i perioden 2011-2025 kan redusere samlet antall enheter med 55²². Konvertert til årsverk gir dette en reduksjon på 586²³ og en samlet kostnadseffekt på omlag 335 MNOK per år.

Kostnadseffekten i årsverk kommer i hovedsak gjennom redusert antall driftsenheter ved utflytting fra Aker. For den somatiske virksomheten er gevinsten knyttet til samlokalisering, færre administrative enheter og dermed redusert behov for administrative stillinger. For PHA er også effekten av nybygg samt legeårsverk tatt med.

²² OUS Arealutviklingsplan s 155

²³ OUS Arealutviklingsplan s 156

2.4.2 Økonomisk bæreevne

Det er ikke gjort detaljert analyse av bæreevne for noen av scenariene²⁴, men for scenario 3 er det gjort to enkle analyser. Analyse 1 tar utgangspunkt i betjening av renter og avdrag ved 50 % låneandel ved en samlet investering på 16,7 MRD, mens analyse 2 trekker fra helt nødvendige og myndighetspålagte investeringer.

Oppsummert finner man at OUS må spare mellom 700-900 MNOK per år gjennom driftseffektivisering for å bære renter og avdrag på investeringene i scenario 3.

2.5 Risikovurderinger ved grunnforhold på Ullevål

Arealutviklingsplanen ble ikke gjenstand for en helhetlig kvalitetssikring eller risikoanalyse av kalkyler. Med relevans for Ullevål ble planen fulgt opp i 2012 med en spesifikk utredning av etablering av nye forsyningscenter, kulvert og omlegging av IKT-infrastruktur for å gjøre plass til videre utbygging innen rammen av scenario 3.

Rapporten²⁵ konkluderer med at det må etableres ny og permanent infrastruktur før tomt for nytt klinikkbygg kan klargjøres. Det er kalkulert kostnader og tidslinje til etablering av forsyningscenter, kulvertsystem, VVS-teknikk, IKT og elektroteknisk anlegg og det anbefales at det etableres to forsyningscentra for å kunne plassere hoved- og reservesystem adskilt.

De tekniske anleggene dimensjoneres med tanke på forsyning til et samlet areal på inntil 400 000 kvm, kalkulert til omlag 1,3 MRD eksklusiv merverdiavgift, og med tidshorisont for prosjektering, bygg og installasjon på 7 år.

2.6 Konklusjon og videreføring

Arealutviklingsplanen ble behandlet i OUS' styre i mars 2012 der det ble vedtatt at den, sammen med OUS' overordnede strategi 2013-2018, skulle legges til grunn for oppstart av idéfasearbeidet i 2013.

²⁴ OUS Arealutviklingsplan s 158

²⁵ OUS HF – Ullevål sykehus Utredning av omfang og betydning av infrastruktur knyttet til utvikling av nye sykehusbygg

3.0 Idéfase 1.0

3.1 Bakgrunn, føringer og mandat

Etter Arealutviklingsplanen var idéfase det første planleggingstrinnet i gjeldende veileder for tidligfase i sykehusprosjekter, og skulle danne grunnlag for valg av utviklingsretning for sykehuset. Gjennom *Idéfase OUS – Campus Oslo 1.0* ble det utredet og evaluert virksomhetsmodeller og alternative fysiske løsninger for følgende prosjektutløsende behov²⁶:

- Store deler av virksomheten foregår i bygningsmasse av til dels svært dårlig kvalitet. Dette gir krevende forhold for drift og avansert medisinsk virksomhet, dårlige arbeidsforhold og store vedlikeholdskostnader.
- Sykehuset har behov for å slå sammen likeartet aktivitet for å sikre bedre kvalitet og effektivitet i pasientbehandlingen.
- Prognoser for befolkningsutviklingen i Oslo og omegn viste til en betydelig befolkningsvekst²⁷ som vil kreve større kapasitet i Oslo uavhengig av hvilken sykehusstruktur som over tid velges. Dette vil også gjelde for regionale og nasjonale funksjoner lagt til OUS.

Bakgrunn for sykehusets arealsituasjon var drift fordelt på mer enn 40 ulike adresser med over 100 bygg underlagt verne- eller fredningsstatus. En oppdatert tilstandsanalyse²⁸ konkluderte med at 55 % av bygningsmassen var i utilfredsstillende eller i svært dårlig teknisk stand og det ble ansett som vanskelig og svært kostnadskrevende å bygge om mye av arealet. En samling i nye bygg ville kunne sikre god og effektiv pasientbehandling og legge til rette for fremtidsrettede behandlingsformer i tråd med sykehusets strategi²⁹ som slo fast at *standardiserte og godt koordinerte pasientforløp skal ligge til grunn for organiseringen innenfor sykehuset. Så langt det er mulig skal et tverrfaglig miljø som behandler én sykdom samles ved én lokalitet.*

I tillegg til disse føringer var følgende styrevedtak i OUS og HSØ sentrale for *Idéfase OUS – Campus Oslo*:

- Styret i OUS vedtok i styremøte 29.3.2012, sak 18/2012, at videre arbeid med utvikling av bygningsmassen i OUS skulle ta utgangspunkt i Arealutviklingsplan 2025. Videre ble det besluttet at fag- og virksomhetsstrategi for OUS skulle utgjøre det faglige grunnlaget for planleggingsarbeidet.
- Styret i OUS vedtok i styremøte 17.12.2012, sak 84/2012, Strategi for Oslo universitetssykehus 2013 -18
- Styret i OUS vedtok i styremøte 17.12.2012, sak 85/2012, igangsettelse av samlet idéfase for videre utvikling av sykehusets drift, areal og plassering.

²⁶ OUS Idéfase – Campus Oslo v.1.0, s.35

²⁷ OUS Idéfase – Campus Oslo v1.0 s.12

²⁸ OUS Idéfase – Campus Oslo v1.0 s.11, HSØ/ Multikonsult tilstandsanalyse 2011 (oppdatert jan. 2014)

²⁹ OUS Strategi 2013-2018

Styret i HSØ ga i møte den 14.3.2013, sak 020/2013, sin tilslutning til at idéfasearbeidet ble igangsatt. Det ble presisert at realisering ville kreve en trinnvis prosess tilpasset økonomiske rammebetingelser.

Mandatet fra styret forutsatte at prosjektet skulle utrede alternativer basert på fortsatt bruk av dagens bygningsmasse, et samlet og komplett OUS (enten på Gaustad-/Rikshospital-området eller Ullevål-området), eller deling av aktiviteten mellom disse to. I rapporten ble Ullevål sykehus vurdert i tre av de fire alternativene i henhold til mandatet:

- 0-alternativet: Dagens virksomhet opprettholdes i dagens bygg til en lavest mulig oppgraderingskostnad. 0-alternativet skal fremstilles sammenlignbart med de øvrige alternativene når det gjelder planhorisont, investeringer og drift.
- Scenario 1A; full samlokalisering i området Gaustad-Blindern: Hoveddelen av virksomhet flyttes til området som i dag huser Rikshospitalet, Gaustad sykehus og universitets lokaler ved Ring 3.
- Scenario 1B; full samlokalisering på Ullevål sykehus: Hoveddelen av virksomheten flyttes til Ullevål sykehus. Siden mange av bygningene på Ullevål er fredet, kreves da et samarbeid med vernemyndigheter for å utvikle området på en hensiktsmessig måte.
- Scenario 2; delt lokalisering mellom Ullevål og Rikshospitalet/Gaustad: Sykehusets virksomhet fordeles mellom Ullevål og Rikshospitalet/Gaustad. For utbygging på Ullevål gjelder samme forutsetninger som i scenario 1B.

Av mandatet³⁰ fremgikk det at man ved siden av sykehusets primære behov, også skulle utrede løsninger og mulighetsrom som oppføring av et nytt sykehus skaper for utvikling av samarbeidet med Oslo kommune, UiO og andre relevante aktører. Dette for å synliggjøre det samlede potensial for verdiskaping som foreligger innen pasientbehandling, utdanning, forskning, byutvikling og næringsutvikling ved å la sykehus og universitet vokse seg sammen. Det potensialet som lå i å utvikle frigjorte OUS-arealer i Oslo og omegn skulle også tas med i utredningen.

Samtidig som idéfasearbeidet starter opp fortsatte UiO prosjekteringen av nytt livsvitenskapsbygg ved ring 3 på Gaustad. Oslo kommune planla ny storbylegevakt til erstatning for anlegget i Storgata 40, men plassering av storbylegevakt var ikke avklart og en pågående utredning så på mulige lokaliseringer. Vurdering av nytt lokalsykehus i Oslo som et selvstendig alternativ ble ikke inkludert i idéfase 1.0 da dette var utenfor prosjektets mandat.

Følgende består i hovedsak av utdrag fra utarbeidede rapporter fra idéfase 1.0. Dette for å sikre utvetydig konsistens mellom denne oppsummeringen og tidligere tekstlige beskrivelser.

3.2 Utredede alternativer og tilhørende virksomhetsbeskrivelser

3.2.1 Virksomhetsløsninger

Virksomheten ble viet spesiell oppmerksomhet med et eget delprosjekt *virksomhetsløsninger* i idéfasen. Tre ulike virksomhetsmodeller ble lagt til grunn for vurdering av ulike løsningsalternativer for bygg. Disse illustrert i følgende figur.

³⁰ Mandat for idéfase - Campus Oslo, Somatikk, psykisk helse og avhengighet Oslo universitetssykehus 2012

Figur 3 Virksomhetsmodeller³¹



- Modell 1: Videreføring av eksisterende klinikkstruktur
- Modell 2: Et todelt sykehus - delt etter funksjonsnivå (lands-/regions-/område-/lokal-funksjoner)
- Modell 3: Sykehuset er en klynge med virksomheter bestående av tematiske senter som deler på tung infrastruktur (som intensiv, intervensjonsstuer, operasjonsstuer og avansert billedanalyse, laboratorievirksomhet og kjernefasiliteter), men som tilbyr mest mulig komplette og helhetlige pasientforløp på tvers av medisinske spesialiteter.

Følgende prinsipper³² ble lagt til grunn for arbeidet med virksomhetsmodellene:

1. Pasientperspektivet skulle være førende for valg av modell.
2. Av hensyn til forskning, utdanning og opprettholdelse av kompetanse, burde OUS ha ansvar for virksomhet i hele spennet fra det høyspesialiserte til det alminnelige.
3. Forskning og utdanning skulle være tett integrert med både den høyspesialiserte og den alminnelige delen av virksomheten.
4. Akutt og elektiv virksomhet burde skilles for å oppnå god drift.
5. Pasienter med behov for OU'S høyspesialiserte tjenester måtte sikres behandling mest mulig uforstyrret av akuttvirksomhet eller store volumer av pasienter med alminnelige, ofte sammensatte og kroniske tilstander.
6. Behandling av pasienter med vanlige, kroniske og sammensatte tilstander skulle skjermes fra den høyspesialiserte delen av virksomheten i sykehuset for å sikre gruppen den nødvendige oppmerksomhet, best mulig behandling og samhandling med primærhelsetjenesten.
7. Oslos befolkning skulle sikres likeverdige helsetjenester. Dette gjaldt både pasienter med behov for høyspesialiserte tjenester og pasienter som behøvde behandling for vanlige, sammensatte og kroniske tilstander.

³¹ OUS Idéfase – Campus Oslo v1.0 s.79 - 81

³² OUS Idéfase – Campus Oslo v1.0 s.77

8. Samling av virksomhet er et gode, men enheter måtte av hensyn til drift og ledelse ikke bli u hensiktsmessig store.

De tre virksomhetsmodellene ble kvalitativt vurdert gjennom en rekke samlinger i ulike fora³³. I det etterfølgende er det kombinasjon av virksomhetsmodell og utbyggingsløsning som utgjør alternativ som evalueres. Prosjektet benyttet flere metodiske tilnærminger for å kartlegge hvilke avhengigheter og nærhetsbehov det burde tas hensyn til ved fysisk deling av virksomheten mellom to eller flere lokaliteter, eller ved etablering av tematiske klynger (modell 3), samt for å ta stilling til hvilke funksjoner som hørte hjemme i samme utbygningsetappe.

I tilknytning til fremskriving og utvikling av virksomheten som legges til grunn for dimensjonering av sykehuset, ble det utført en systematisk gjennomgang av de omstillingsfaktorer som ble lagt til grunn ved fremskriving av aktivitet i arealutviklingsplanen. Betydning av potensielle omstillingsfaktorer som nye e-Helse- og IKT-systemer, alder, etnisitet, livsstilsfaktorer, ny brukerrolle og medisinsk teknologi ble vurdert. I arbeidet med virksomhetsløsninger ble konkrete spørsmål knyttet til spesifikke funksjoner som akuttfunksjonen, behandling av barn kreft, psykisk helse og uavhengighet, senter for kompleks epilepsi (SSE), medisinske service funksjoner, forskning og utdanning vurdert. Grunnlaget korrigerer også for effekten av samhandlingsreformen og omlegging av opptaksområdet til Ahus og Vestre Viken. Områdene ble tydelig belyst i idéfaserapport 1.0, vedlegg 2 Virksomhetsløsninger.

3.2.2 Dimensjonering og arealbehov

Rapporten viser til at OUS kan redusere sitt arealbehov vesentlig dersom nybygg realiseres. OUS har på dette tidspunkt ca. 1 000 000 kvm areal til sin samlede virksomhet og rundt 900 000 kvm til den delen av virksomheten som omfattes av idéfaseprosjektet. Arealbehov som er skissert i følgende tabell er basert på befolkningsfremskrivninger³⁴ til 2030 og etter forutsetninger for omstilling og effektivisering, utnyttelsesgrader og arealstandarder samt videreførte forutsetninger fra Arealutviklingsplanen.

Tabell 9 OUS arealbehov 2030

OUS idéfase samlet arealbehov kvm brutto	Somatikk	Psykisk helse og avhengighet	I alt
Sykehusfunksjoner	475 000	56 000	531 000
Forskning og utdanning	92 000	7 000	99 000
I alt	567 000	62 000	630 000

Idéfaserapport 1.0 peker på ytterligere virksomhet med et arealbehov på ca. 25 000 kvm som kan tenkes plassert annet sted (elektivt kirurgisk senter og sikkerhetspsykiatri). Med referanse til en pågående utredning i HSØ konkretiserer Idéfaserapporten også muligheten for at ny oppgavedeling mellom sykehusene i Oslo-området vil kunne redusere arealbehovet ved OUS med ytterligere ca. 50 000 kvm.

³³ OUS Idéfase – Campus Oslo v1.0 s.91

³⁴ OUS Idéfase – Campus Oslo v1.0 s 17

3.2.3 Fysiske løsningsalternativer

I henhold til Veileder for tidligfaseplanlegging (2013) i sykehusprosjekter, ble det fra prosjektets side forsøkt å tenke bredt for å sikre at alle reelle og alternative utviklingsveier ble utredet og vurdert. I første fase av idéøket etter fysiske løsninger, ble det gjennomført mulighetsstudier med flere varianter der plassering og utforming av bygningsmasse ble studert på de ulike lokalitetene³⁵.

I kombinasjon med mulige virksomhetsmodeller ga dette et stort antall muligheter.³⁶ Det ble derfor gjennomført en grovsortering av de forskjellige løsningene basert på vurdering av tomteforhold, reguleringsforhold, vernebestemmelser og generell gjennomførbarhet og risiko. Fem løsninger ble vurdert som de mest aktuelle, hvorav Ullevål inngikk i tre. Disse løsningene ble bearbeidet videre og studert med hensyn til kvalitet på løsningen, muligheter for trinnvis utbygging og gjennomførbarhet.

- Løsning: «Gaustad øst» Samling på Gaustad med nybygg øst for Rikshospitalet
- Løsning: «Gaustad sør» Samling på Gaustad med nybygg sørover og tunell
- Løsning: «Samling Ullevål» med hensyn til fredede bygg
- Delt løsning: «Ullevål nord / Gaustad med lokk»
- Delt løsning: «Ullevål sør / Gaustad med lokk»

Det ble vurdert at de tre virksomhetsmodellene ikke var like godt egnet ved alle de ulike fysiske løsningsalternativene³⁷. Dagens virksomhetsmodell ville være vanskelig å dele i to uten at dette gikk betydelig ut over et stort antall pasientforløp. Den nivådelte virksomhetsmodellen med deling etter funksjonsnivå var derimot først og fremst aktuell å etablere i et fysisk todelt sykehus (scenario 2). Med bakgrunn i sykehusets strategi³⁸ som slo fast at «standardiserte og godt koordinerte pasientforløp skal ligge til grunn for organiseringen innenfor sykehuset» gikk vurderingene i favør av virksomhetsmodell 3 – klyngemodellen.

Samlet ble dermed, i tillegg til 0-alternativet, syv hovedalternativer bearbeidet og studert videre:

Tabell 10 Oversikt over hovedalternativer³⁹

Alternativ 1	Gaustad øst	Dagens virksomhetsmodell
Alternativ 2	Gaustad sør	
Alternativ 3	Ullevål nord/Gaustad med lokk	Nivådelt virksomhetsmodell
Alternativ 4	Ullevål sør/Gaustad med lokk	
Alternativ 5	Gaustad øst	Klyngemodell
Alternativ 6	Gaustad sør	
Alternativ 7	Samling Ullevål	Dagens virksomhetsmodell

³⁵ OUS Idéfase – Campus Oslo v1.0, vedlegg 3 Fysiske løsninger og byutvikling

³⁶ OUS Idéfase – Campus Oslo v1.0 Mulighetstreet, s 112

³⁷ OUS Idéfase – Campus Oslo v1.0 s 21

³⁸ OUS Strategi 2013 - 18

³⁹ OUS Idéfase – Campus Oslo v1.0, s 27

Disse er grundig omtalt og evaluert i rapporten⁴⁰, og nedenfor oppsummeres kort de bearbejdede fysiske løsningsforslagene som inkluderer Ullevål sykehus, alternativ 3, 4 og 7.

- **Full samlokalisering på Ullevål sykehus med hensyn til fredede bygg (alt.7):**

For full samling på Ullevål ble det foreslått to kompakte løsninger da tomtens størrelse gir klare begrensninger. For en utvikling av OUS på Ullevål ble det forutsatt at utbyggingen måtte gjøres innenfor eksisterende tomteareal og integrere fredede anlegg til sykehusformål, selv om sistnevnte gav betydelig lavere utnyttelse enn nye bygninger.

Før utvikling av nye behandlingsbygg måtte infrastruktur i og rundt området oppgraderes og dimensjoneres til moderne sykehusdrift. Derfor måtte det påregnes omfattende infrastrukturtiltak der belastningene for de etablerte områdene rundt ville være stor.

For å få plass til alle funksjoner i tomteområdet ble det skissert bygningsstrukturer på opptil 10 etasjer. Rapporten peker på at utbyggingen må skje vis-a-vis sykehus i drift og at det må påregnes ulemper på driftssiden selv om faseinndelingen optimaliseres. Ved ferdig utbygging vil tomten være utnyttet i så stor grad at ytterligere utvikling av OUS vil være svært krevende. Uten elastisitet i bygningsmassen må det regnes med at all senere omstrukturering må skje innenfor bygningsmassens ramme, hvilket betyr at det er stor mulighet for kontinuerlig ombygging på lang sikt. Det ble vurdert lite aktuelt å flytte ut av moderne, gode arealer på Rikshospitalet. En eventuell fullstendig samling av virksomheten på Ullevål kunne man derfor ikke forvente før i 2040-50 når "levetiden" til Rikshospitalet på Gaustad utløp. En samlet utbygging ved Ullevål sykehus vil fylle tomten med sykehusfunksjoner og gi svært lite bidrag til byutvikling. Ullevål er ikke et høyfrekvent kollektivknutepunkt og en samling av så mange arbeidsplasser her ville i seg selv være et negativt bidrag til miljø- og byutviklingen.



Figur 4 Full samlokalisering på Ullevål sykehus⁴¹

⁴⁰ OUS Idéfase – Campus Oslo v1.0 s 124

⁴¹ OUS Idéfase – Campus Oslo v1.0 s 129

- **Delt løsning: Ullevål nord / Gaustad med lokk (alt 3) og Ullevål sør / Gaustad med lokk (alt 4)**

For delt løsning ble to alternativer foreslått der begge tar utgangspunkt i samme variant av fysisk løsning for den delen av virksomheten som blir liggende på Gaustad. For den delen av virksomheten som blir liggende på Ullevål er det utarbeidet to varianter, med primær utbygging henholdsvis nord eller sør på tomten.



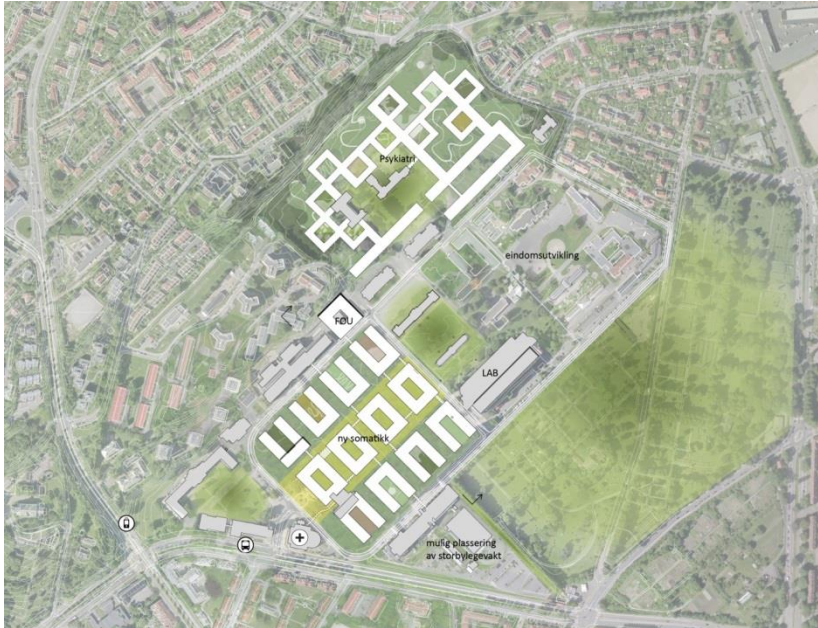
Figur 5 Delt løsning - Ullevål Nord⁴²

I motsetning til delt løsning med utbygging på Ullevål sør, åpner dette alternativet for en utbygging som i mindre grad påvirker driften ved sykehuset fordi nye sykehusbygg etableres i tilgjengelige områder i norddelen av tomten. Siden store deler av dagens sykehusbygg erstattes, vurderes dette å gi tilfredsstillende løsninger for drift og vedlikehold av sykehusbygg på Ullevål, men at det antagelig også fører til større investeringskostnader.

Det påpekes at tilgjengelighet til området med kollektivtransport er begrenset og svekkes i forhold til dagens situasjon. De nye sykehusbyggene blir liggende relativt langt fra busstraseen langs Ring 2 og trikketraséer samt at området ikke har forbindelse til T-bane⁴³. Tilgjengelighet for motorkjøretøy er vurdert å være sårbart i rushtrafikk.

⁴² OUS Idéfase – Campus Oslo v1.0 s 130

⁴³ OUS Idéfase – Campus Oslo v1.0 vedlegg 6 Evaluering av alternativene



Figur 6 Delt løsning - Ullevål Sør⁴⁴

Det også utredet en løsning med videreutvikling av bygningsmassen i sørenden av tomten, der dagens sykehusbygg er plassert. En trinnvis fornying og rehabilitering her ville ha store konsekvenser for pågående sykehusaktivitet og ville måtte gjennomføres i et lengre tidsperspektiv.

Tilgjengeligheten til tomten i sør er bedre enn i nord, særlig for ansatte, med gangavstand til buss og trikk. Dog er det heller ikke i denne delen forbindelse med t-bane nettet og området var vurdert å være utsatt for tett rushtidstrafikk som kunne være til hinder for motorkjøretøy.

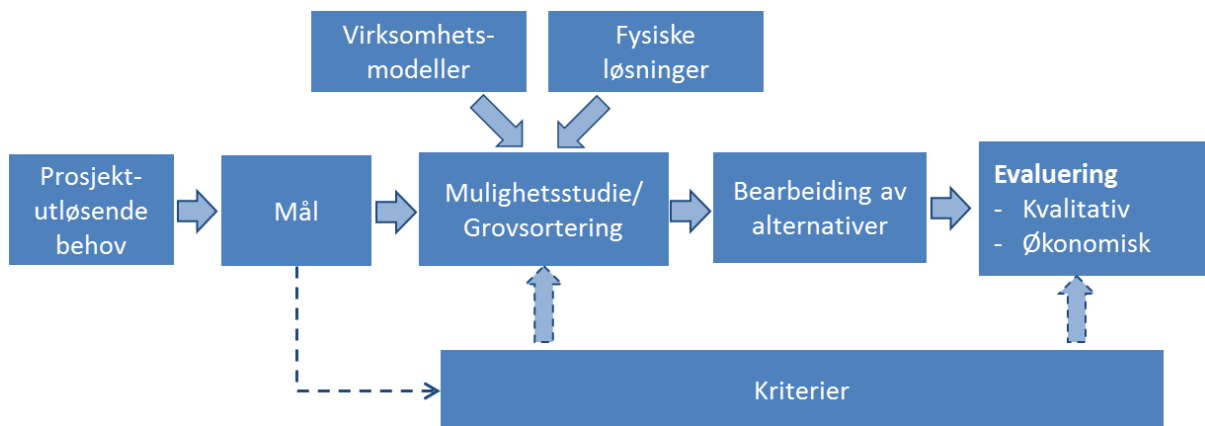
3.3 Evaluering av alternativ

Med bakgrunn i de prosjektutløsende behovene og strategiske planer var det satt resultatmål for et nytt sykehus. Et sett av kriterier gav grunnlag for å vurdere i hvilken grad disse målene ble oppnådd i de ulike alternativene. Kriteriene som ble lagt til grunn ved evaluering av løsningsalternativene omfattet:

1. Mål mht. sykehusets kjernevirksomhet
2. Mål for bygg- og eiendomsutvikling
3. Mål for byutvikling, innovasjon og næringsutvikling
4. Gjennomførbarhet
5. Robusthet; generalitet, fleksibilitet og elastisitet
6. Risiko
7. Øvrige samfunnsøkonomiske effekter
8. Økonomi

⁴⁴ OUS Idéfase – Campus Oslo v1.0 s 131

Evalueringen basert på disse kriteriene inneholdt både en kvalitativ og en økonomisk del. Resultatet av den kvalitative evalueringen (kriterium 1-7) ble vurdert opp mot kriteriet økonomi. Figuren nedenfor illustrer evalueringsprosessen.



Figur 7 Prosess for evaluering av alternativer⁴⁵

3.3.1 Kvalitativ evaluering

Følgene tabell⁴⁶ oppsummerer utredningens kvalitative evaluering av løsningsalternativer som inkluderer utbygging på Ullevål, for fullstendig oversikt henvises det til Idéfaserapport 1.0. Tabellen viser alternativenes evne til å oppfylle de definerte kriteriene. Fargene indikerer grad av måloppfyllelse som følger:

Svært bra	middels	svært dårlig
bra	dårlig	

Figur 8 fargeforklaring til kvalitativ evaluering

I rangering av alternativene vektet «Mål for sykehusets kjernevirksomhet» med 30 %, «Gjennomførbarhet» vektet med 20 % og de øvrige mål/kriterier med 10 % hver (i sum 100 %).

⁴⁵ OUS Idéfase – Campus Oslo v1.0 s 178

⁴⁶ OUS Idéfase – Campus Oslo v1.0 s 183

Tabell 11 Oversikt over kvalitativ evaluering av alternativer som inkluderer Ullevål

Lokalisering	Ullevål nord + Gaustad "Lokk"	Ullevål sør + Gaustad "Lokk"	Samlet Ullevål	0-alternativet
Virksomhetsmodell	Nivådelt modell	Nivådelt modell	Videreføring av dagens virksomhetsmodell	
Mål for sykehusets kjernevirksomhet	Utfordrende deling av funksjonsnivå, noe dublering og forflytning av pasienter. Noe bedre mht. samhandling somatikk - psykiatri enn Ullevål sør. Kan gi større mulighet for tilhørighet, men vil kunne medføre uklar ansvars- og oppgavefordeling internt.	Utfordrende deling av funksjonsnivå, noe dublering og forflytning av pasienter. Kan gi større mulighet for tilhørighet, men vil kunne medføre uklar ansvars- og oppgavefordeling internt.	God mulighet for samling og utvikling av fagmiljø til beste for pasienten, men svakere enn klyngemod. m/tverrfaglige enheter.	Oppstykket pasientforløp. Fysisk oppdelte/ spredte miljøer og svakest på kopling mot UiO
Mål for bygg- og eiendomsutvikling	Delt på to tomter krever intern transport. Mange gamle bygg må beholdes. Kun delvis avhending av eiendom.	Delt på to tomter krever intern transport. Stort omfang av riving. Kun delvis avhending av eiendom.	Kompakt løsning uten reserveareal.	Kapasitet kan løses, for øvrig er krav vanskelig å oppfylle. Få muligheter for tilpasning
Mål for byutvikling og innovasjon	Noe avstand mellom UiO og deler av sykehuset Noe utfordrende avstand til offentlig transport. Begrenset mulighet for byutvikling og innovasjon.	Noe avstand mellom UiO og deler av sykehuset Akseptabelt offentlig transport. Begrenset mulighet for byutvikling og innovasjon.	Bygger kun sykehus. Avstand og lite disponibelt areal til UiO. Åpner ikke for by- og næringsutvikling på Ullevål, men frigjør Gaustad.	Bidrar ikke til byutvikling og innovasjon
Gjennomførbarhet	Tomt antas tilgjengelig og enklere regulering enn ved full samling på Gaustad. Krever noe midlertidige bygg på Ullevål og avklaring mht. vernede bygg	Store konflikter på Ullevål både mot drift og infrastruktur. Tomt antas tilgjengelig og enklere regulering enn ved full samling på Gaustad. Krever stor grad av midlertidige bygg på Ullevål samt avklaring mht. vernede bygg	Svært utfordrende mht. vernehensyn. Svært krevende gjennomføring mht. tid, kostnad og samtidig sykehusdrift.	Må deles i et høyt antall enkelttiltak, krever rokkeringsareal og vil være svært krevende å gjennomføre med samtidig sykehusdrift, forskning og undervisning. Utfordrende infrastruktur
Alternativets robusthet; generalitet, fleksibilitet og elastisitet	Mye nybygg og tilgang på reserveareal. Noe krevende mht. internt transport mellom sykehusene.	Mye nybygg og tilgang på reserveareal. Tar lang tid før robusthet oppnås. Noe krevende mht. internt transport mellom sykehusene.	Mye nybygg men uten tilgang på reserveareal. Ikke robust.	Dårlig, med unntak av mye tilgjengelig tomt samlet sett
Alternativets risiko, muligheter og trusler	Noen utfordringer med nærhet til sykehus i drift på Ullevål. Usikkerhet vernekrav og regulering. Ingen god løsning for utvikling i relasjon til UiO.	Usikkerhet mht. regulering, svært krevende mot vernekrav, svært krevende for gjennomføring og stor sannsynlighet for negativ påvirkning av driftsforhold. Ingen god løsning for utvikling i relasjon til UiO.	Usikkerhet mht. regulering, særdeles krevende mot vernekrav, svært krevende for gjennomføring og stor sannsynlighet for negativ påvirkning av driftsforhold. Ingen god løsning for utvikling i relasjon til UiO.	Høy risiko for at prosjektets effekt ikke hentes ut. OUS disponerer tomteareal, noe enklere regulering. Svært høy risiko for prosjektets gjennomføring og økonomi med mye nærhet til sykehus i drift
Kvalitative samfunns-økonomiske effekter	Nye bygg er positivt. Svakere enn Ullevål sør på transport. Bidrar lite til grønn byutvikling.	Nye bygg er positivt. Svak på transport ut over trikk og buss. Bidrar lite til grønn byutvikling.	Samler fagmiljø i nye bygg. Svært lite grøntareal. Dårlig løsning for trafikale utfordringer	Spredt virksomhet og variabel tilgang til transport. Bidrar ikke til grønn byutvikling. Intet aktivum for rekruttering.
Rangering av alternativet	5.	6.	7.	8.

3.3.2 Vurderinger knyttet til byutvikling og trafikale aspekter⁴⁷

T-banedekning er fraværende på Ullevål. Gang- og sykkelveinettet er derimot svært godt på Ullevål, som også har den fordel at det ligger mer sentralt, og således i gang- og sykkelavstand for flere. Tilgjengelighet ved øyeblikkelig hjelp kan være livsviktig. Ullevål kommer dårlig ut når det gjelder tilgang med bil, grunnet utfordringer med kø og støy. Ullevåltomtene svekkes av dårlig tilgang på skinnegående kollektivtransport. Det gjelder særlig nordre del av området, som også ligger langt fra bytrikk. Noe svakere tilgang for ambulanse trekker ned for Ullevål-alternativene.

3.3.3 Økonomiske vurderinger

I prosjektets kvalitative vurdering av alternativet full samling på Ullevål (scenario 1B), ble løsningen vurdert særdeles utfordrende med hensyn til vernebestemmelse, gjennomføring og nødvendig robusthet. Å drive klinisk virksomhet og omfattende utbygging på samme område ville medføre store utfordringer og ta lang tid å gjennomføre. En annen svakhet var at den fysiske nærhet til universitetet ikke ble styrket. Ved å beslaglegge hele tomten ville det heller ikke åpnes opp for by- og næringsutvikling i dette området og det vil heller ikke være rom for videreutvikling av sykehuset ved behov for dette. Full samling på Ullevål ble i forkant av de økonomiske beregningene vurdert som uegnet og inngikk derfor ikke blant de økonomiske alternativene som illustreres i følgende tabell.

De økonomiske effektene av alternativene er inngående omtalt i rapportens kapittel 8⁴⁸ og i vurderingene inngår:

- Investeringsbehov (nybygg, ombygging, teknisk oppgradering, eiendommer som innløses, infrastruktur, riving)
- Driftsgevinster (effekt på kjernedrift og FDVU-kostnader samt bortfall av leiekostnader)
- Egenfinansiering (avhending av eiendom)
- Annen finansiering (delfinansiering fra Universitet i Oslo/Kunnskapsdepartementet av arealene til forskning og utdanning)

Det ble gjennomført en usikkerhetsanalyse av investeringsbehovet. Analysen hadde ikke som formål å fastsette kostnadsramme, men å synliggjøre forskjeller mellom alternativene. Kostnadsramme blir ikke fastlagt før etter forprosjekt. Usikkerheten ble vurdert som høyest i alternativer med mye rehabilitering/ombygginger og ved bygging i eller tett ved sykehus i drift. Det vil si at usikkerheten ble vurdert som størst i alternativene som inkluderte videre bruk av Ullevål (delt løsning, alternativ 3 og 4) og i 0-alternativet.

⁴⁷ OUS Idéfase – Campus Oslo v.1.0, side 172

⁴⁸ OUS Idéfase – Campus Oslo v.1.0, kapittel 8

Tabell 12 Økonomisk vurdering av løsningsalternativene, alternativer med Ullevål er markert i gult

Kategori	0-Alternativet		Alternativ 1 og 5		Alternativ 2 og 6		Alternativ 3		Alternativ 4	
	Kvm	MNOK	kvm	MNOK	kvm	MNOK	kvm	MNOK	Kvm	MNOK
Nybygg	119 030	7 062	426 236	26 898	426 236	26 898	397 586	24 787	387 236	23 917
Ombygging	221 600	5 988	19 400	502	19 400	502	0	0	0	0
Tekn. oppgradering (permanente bygg)	496 500	4 333	176 000	1 320	176 000	1 320	235 500	2 265	265 500	2 577
Tekn. oppgradering (avvikles før 2030)	0	0	557 300	4 511	557 300	4 426	502 700	4 259	468 700	3 657
Andre kostnader		915		2 484		4 635		1 963		1 918
Delsum	837 130	18 299	621 636	35 715	621 636	37 782	633 086	33 274	652 736	32 069
Byggelånsrenter	0	1 716	0	3 356	0	3 310	0	3 047	0	3 015
Riving	17 700	44	86 000	215	81 000	203	143 000	358	196 260	491
Leiebygg	59 000		19 100		19 100		19 100		19 100	
Sum	896 130	20 059	640 736	39 286	640 736	41 295	652 186	36 678	671 836	35 575

Alt. 1: Gaustad Øst - Dagens virksomhetsmodell

Alt. 2: Gaustad Sør - Dagens virksomhetsmodell

Alt. 3: Ullevål Nord / Gaustad med lokk - Nivådelte virksomhet

Alt. 4: Ullevål Sør / Gaustad med lokk - Nivådelte virksomhet

Alt. 5: Gaustad Øst - Klyngemodell

Alt. 6: Gaustad Sør - Klyngemodell

Alternativ 1 og 5 samt 2 og 6 er like når det gjelder areal- og investeringsbehov. Nivådelte virksomhetsmodell (alternativ 4 og 5) gir noe mer arealbehov. Kostnader ved kjøp av eiendommer er medtatt, og det er i alternativ Gaustad Sør (2 og 6) lagt inn full kostnadsdekning for tunell.

3.3.4 Konklusjon

Proessen med Idéfase OUS 1.0 dreide seg om å synliggjøre langsiktige utviklingsmuligheter for OUS, i første rekke med hensyn til pasientenes og sykehusets behov. Rapporten er ikke konkluderende, men viser styrker og svakheter ved alle alternativer. Utredningen konstaterer dog at det ikke er et alternativ å ikke å gjøre noe samt at OUS kan redusere sitt arealbehov vesentlig dersom nybygg realiseres. Alle alternativene som ble fremmet, inklusive 0-alternativet, innebar at OUS sto foran omfattende bygningsmessige prosjekter, samtidig som sykehuset i en lang periode måtte drifte i eksisterende bygningsmasse. Etter en samlet økonomisk og kvalitativ evaluering er det beste alternativet vurdert å være:

- Samling på Gaustad i en klyngemodell, med utvikling mot sør

Tre alternativer kommer deretter noenlunde likt ut:

- Å bygge ut sykehuset på Gaustad øst med klyngemodell
- Å bygge ut sykehuset på Gaustad øst med dagens virksomhetsmodell
- Delt løsning mellom Gaustad og Ullevål nord med nivådelte virksomhetsmodell.

I de prosesser som lå til grunn for utredningen var det involvering og medvirkning fra sykehusets egne ansatte som fagpersonell, tillitsvalgte, vernetjeneste og ledere samt brukergrupper. Ut over disse hadde Idéfase spesielt fokus på UiO, høgskolene og Oslo kommune. Lovisenberg diakonale sykehus og Diakonhjemmet sykehus er viktige samarbeidspartnere og var representert i arbeidsgruppene. Det ble lagt til grunn at de utbyggingsløsninger som skulle velges skulle gi grunnlag for et godt samarbeid og mulighet for en samordnet og langsiktig utvikling mellom disse aktørene. OUS Idéfaserapport - Campus Oslo versjon 1.0 ble behandlet i styret for OUS 19.6.2014, sak 35/2014.

4.0 Idéfaserapport 2.0

4.1 Innledning

Idéfase v2.0 er en bearbeidet utgave av høringsversjonen (v 1.0) i tråd med OUS' styrevedtak 26. juni 2014 sak 35/2014 og 18.12.14 sak 69/2014 samt etter ekstern høring sommeren 2014 og ekstern kvalitetssikring som ble gjennomført høsten 2014. Høringsvar og kommentarer fra kvalitetssikring overlappet hverandre på flere felter.

Samtidig med Idéfase – Campus Oslo i OUS hadde Oslo kommune vedtatt utbygging av ny storbylegevakt til erstatning for Storgata 40 og hadde en pågående idéfase for å identifisere ulike lokaliseringmuligheter. Helseetatens representanter i faglig rådgivningsgruppe pekte på en ønsket plassering nær akuttmottaket ved OUS. I alle de fysiske løsningsalternativene i idéfasen ble det derfor tatt hensyn til muligheten for plassering av Storbylegevakt.

De scenarioene som ble beskrevet i mandatet til Idéfasen⁴⁹ inkluderte ikke videre drift på Montebello. Parallelt med utredningen økte engasjementet for å beholde Radiumhospitalet og kulminerte i et forslag fra en privat gruppering om å utrede nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet i en forstudie. Dette forslaget ble ikke tatt med i noen av alternativene i versjon 2.0, men ble utredet på idéfasenivå i rapporten Konkretisering etter høring, som sammen med Idéfase 2.0 danner grunnlag for vedtak om å gå videre med arbeidet.

Multiconsult leverte i 2014 oppdatert tilstandsanalyse⁵⁰ i henhold til NS 3424 Tilstandsanalyse. Resultatene ble tatt med i Idéfase v.2.0. Kartleggingen, som inkluderer 168 av OUS' bygninger, avdekket at bygningsmassen hadde svært varierende teknisk tilstand. En gjennomsnittlig tilstandsgrad på 1,6 for hele porteføljen var vesentlig dårligere enn det som er alminnelig ambisjonsnivå. Til sammenligning var landsgjennomsnittet for teknisk tilstand i sykehus 1,2 – 1,3.

Den eksterne analysen konkluderte med at bygningsmassen ved Ullevål sykehus var preget av høy gjennomsnittsalder, manglende vedlikehold og fornying og fremsto totalt sett med et stort teknisk oppgraderingsbehov. Bygningsmassen hadde også svært varierende grad av tilpasningsdyktighet og følgelig også svært varierende grad av levedyktighet sett i forhold til fremtidsrettet og langsiktig sykehusdrift. Rikshospitalets bygningsmasse ble samtidig vurdert å ha god bygningsmessig struktur som tilsa meget gode muligheter for at fremtidige endringsbehov kunne imøtekommes gjennom ombygginger. Gjennom løpende utvikling, tilpasning og vedlikehold (inkl. utskiftninger) var Multiconsult av den oppfatning at bygningsmassen på Rikshospitalet var velegnet for langsiktig sykehusdrift.

Parallelt med idéfasearbeidet var det altså et presserende behov for utbedringer i gammel bygningsmasse, særskilt på Ullevål og Radiumhospitalet. OUS hadde et stort antall pålegg fra tilsynsmyndigheter som måtte utbedres i løpet av få år og som ikke kunne vente til nye bygg skulle stå ferdige. Så godt som alle myndighetspålegg var knyttet til ivaretagelse av sikkerhet for pasienter

⁴⁹ Mandat for idéfase - Campus Oslo, Somatikk, psykisk helse og avhengighet Oslo universitetssykehus 2012

⁵⁰ Rapport tiltak i eksisterende bygninger, Multiconsult, 19.6.14

og ansatte. Det ble utarbeidet en modifisert konseptrapport⁵¹ som overordnet beskrev hvordan omfanget av tilsynsavvik i OUS' bygningsmasse måtte utbedres for å oppnå og opprettholde forsvarlig drift med et akseptabelt sikkerhetsnivå for pasienter og ansatte i perioden frem til nytt sykehus var ferdig. Rapporten danner grunnlag for søknad om et statlig lån på inntil 70 % av ekstraordinære kostnader for OUS. Kostnadene var knyttet til myndighetspålegg samt nødvendig utbedring av infrastruktur. Kostnadene omfattet ikke ordinære vedlikeholdskostnader, forebyggende vedlikehold, tiltak for å forbedre kvalitet, levetid eller funksjonalitet, tiltak for å bedre pasientbehandling eller øke kapasitet. Tiltakene som ble igangsatt var dermed ikke av en slik karakter, ei heller så omfattende, at de påvirket de prosjektutløsende behovene for nye funksjonelle bygg. Tvert imot falt disse tiltakene inn under det vedlikeholdsbehovet som var lagt inn i alle alternativene for å kunne opprettholde forsvarlig drift frem til nye sykehusbygg står klare.

4.2 Mandat for arbeidet

Versjon 2.0 er basert på mandat av 2012⁵², samt supplerende bestillinger gitt i styrebehandling som følger:

- Styret i OUS vedtok enstemmig i styremøte 26.6.14 i sak 35/2014 følgende:
 - *Styret tar rapport fra Idéfase OUS – Campus Oslo med de merknader som fremkom i møtet til orientering*
 - *Styret ber om at rapporten sendes ut på høring som angitt i saksfremlegget*
 - *Styret ber om at bearbeidet rapport med høringsuttalelser og en plan for videre arbeid legges frem for styret etter at høringsrunden er avsluttet.*
- Styret i OUS vedtok enstemmig i styremøte 18.12.14 i sak 69/2014 Idéfase OUS – Campus Oslo, følgende:
 - *Styret tar redegjørelsen om Idéfase OUS-Campus Oslo til orientering.*
 - *Styret ber om at det i idéfaserapporten innarbeides en plan for det videre arbeid med en fremtidsrettet løsning for utviklingen av Oslo universitetssykehus. Planen skal ta hensyn til resultatene av ekstern kvalitetssikring og høring, med spesiell vektlegging av lokalsykehusfunksjonen.*
 - *Alternativene "Full samling på Ullevål" og "Gaustad Øst" utredes ikke videre nå. Bearbeidet rapport, inkludert plan for det videre arbeid, herunder for virksomheten, legges fram i neste styremøte.*

I mandatet for arbeidet er det presisert at idéfase ved siden av sykehusets primære behov, også skal legge vekt på samordning med UiO og Oslo kommunes utviklingsplaner, særskilt med tanke på Livsvitenskapssenteret på Gaustad og ny Storbylegevakt.

Brukere, faggrupper ved sykehuset og andre sykehus (primære behov) samt Oslo kommune og UiO ble inkludert i arbeidet med idéfaseutredningen. Høringsuttalelsene fra disse ble også tillagt stor vekt.

⁵¹ Modifisert konseptrapport, Ekstraordinær avvikssituasjon i OUS bygningsmasse – midler til å lukke myndighetspålagte tiltak v2.0, 20.10.2014

⁵² Mandat for idéfase - Campus Oslo, Somatikk, psykisk helse og avhengighet Oslo universitetssykehus 2012

4.3 Innspill til versjon 1.0

4.3.1 Høring⁵³

Høringssvarene ga bred støtte til videre arbeid med langsiktig plan for etappevis utvikling av OUS og bekreftet at 0-alternativet var det svakeste løsningsalternativet i rapporten. Videre ga høringen bred støtte til å benytte klyngemodell til utvikling av sykehusets virksomhet.

Utvikling av sykehus og universitet side om side fikk også bred tilslutning, men mange påpekte at det ville være uheldig om hele virksomheten ble samlet i ett anlegg.

En rekke høringssvar understøttet at OUS burde gå videre med utredning av lokalsykehus for den voksende befolkningen øst/sør i Oslo og at det ville være naturlig å utrede lokalsykehusfunksjonen i større detalj også lokalisert på utsiden av hovedanlegget.

Avgjørelsen om ikke å gå videre med planlegging av Scenario 1B Full samlokalisering på Ullevål, basert på funn i evalueringsprosessen⁵⁴, fikk støtte fra Oslo kommune og UiO. Oslo kommunes høringssvar understøttet også den samtidige avgjørelsen om ikke å gå videre med Gaustad Øst-alternativet og påpekte at det ikke var mulig med en massiv utbygging nord for Gaustad sykehus. Det ble derfor etterspurt alternativer som synliggjorde en mulig reduksjon av virksomhet knyttet til psykiatri og tverrfaglig spesialisert rusbehandling nord for Gaustad sykehus.

Naboer kom med innspill om at et fullt utbygd Gaustad sør alternativ ville få uheldige konsekvenser for nabolaget og at dette må tas hensyn til i det videre arbeidet.

Langt de fleste arbeidstakerforeninger støttet planene om utvikling av området på Gaustad, men var kritisk til omfanget av ett samlet anlegg, og pekte på manglende fokus på lokalsykehusfunksjoner for Oslo sør/øst samt at sykehusets effektiviseringsevne og mulige driftsgevinster var vurdert for optimistisk.

4.3.2 Kvalitetssikring⁵⁵

Kvalitetssikringen av versjon 1.0 var tredje del av planlagt arbeid og gjennomført av eksterne leverandører OPAK AS og METIER AS:

1. Kvalitetssikring av styringsdokumentasjon og prosjektorganisering
2. Kvalitetssikring av prosesser og metodikk
3. Kvalitetssikring av endelig Idéfaserapport

Kvalitetssikringen av Idéfaserapporten v1.0 pekte på flere forbedringspunkter hvorav det i denne sammenstillingen legges vekt på perspektiver som er spesifikke og/eller inkluderer anlegg på Ullevål.

OPAK/Metier anbefalte at det ble utredet ytterligere ett alternativ for delt løsning Gaustad og Ullevål, men hvor hele eller store deler av bygningsmassen på Ullevål ble bevart ettersom dette kunne synes som et like realistisk alternativ som mange av de andre alternativene som ble utredet.

⁵³ Idéfase Campus Oslo versjon 2.0, vedlegg 23 Katalog høringssvar

⁵⁴ Idéfase Campus Oslo versjon 2.0, s.181

⁵⁵ Idéfase Campus Oslo versjon 2.0, vedlegg 11 Kvalitetssikringsrapport

Rapporten anbefalte videre at 0-alternativet ble justert i kostnader og tidsperspektiv, for slik å øke realismen og reell sammenlignbarhet med øvrige alternativer.

4.4 Samlet oversikt over de viktigste endringene

Tabell 13 Oversikt over endringer⁵⁶

Kapittel	Endring
1. Sammendrag	Endret tilsvarende hovedteksten
2. Bakgrunn, mandat og arbeidsprosess	Ingen vesentlig endring
3. Behovsanalyse	Behovsanalysen er utvidet og tydeliggjort i nytt kapittel. Behovet for lokalsykehusstilbud til den voksende befolkning øst/sør i Oslo er omtalt tydeligere. Den vanskelige HMS-situasjonen er ytterligere tydeliggjort i de prosjektutløsende behov.
4. Virksomhetsmodeller	Beskrivelsen av klyngemodellen fordelt på to eller flere lokaliteter er utdypet.
5. Arealbehov	Ingen vesentlig endring ut over en justering av arealbehov for psykisk helsevern og avhengighet pga tilbakeføring av 28 psykosesenger til Ahus.
6. Lokalisering, tomtevalg og byutvikling	Et nytt delt alternativ er tatt inn, der hele tomten og et større omfang av eksisterende bygg på Ullevål er vurdert som en delt løsning. Gaustad sør med tunell er oppdatert for større grad av bevaring av grøntdrag samt unngå åpning av Rasmus Winderns vei.
7. 0-alternativet	Utdypet og kostnadsjustert.
8. Økonomi	Nye beregninger er foretatt og innarbeidet.
9. Evaluering	Sammenheng mellom mål og evalueringskriterier er tydeliggjort. Gjennomførbarhet og risiko er vurdert for seg, og den kvalitative evalueringen er oppdatert som en konsekvens av dette. Høringsinnspill er tillagt vekt i evalueringen.
10. Etappevis utvikling og plan for videre arbeid	Nytt kapittel som inkluderer både beskrivelse av skisse til etappevis utvikling og plan for neste fase. Dette kapitlet vil bli

⁵⁶ Saksfremlegg OUS styre sak 20/2015

Kapittel	Endring
	endret i samsvar med styrets vedtak.
11. Vedlegg	Vedleggene er supplert med ROS analyse, trafikkanalyse og en oversikt over prosjektdeltakere.

4.5 Utredede alternativer på Ullevål og tilhørende virksomhetsbeskrivelser

Det ble ikke gjort vesentlige tilføyelser mellom versjon 1.0 og 2.0 i vurderinger av virksomhetsmodeller generelt eller vurderinger av egnethet i de ulike alternativer. Klyngemodellen er også i versjon 2.0 den foretrukne, men beskrivelsen ble noe utdypet angående mulighet for å etablere klynger utenfor hovedanlegget for funksjoner innenfor PHA eller lokalsykehus for Oslo sør/øst. Ingen av alternativene på Ullevål ble vurdert som egnet for klyngemodellen⁵⁷.

Alternativene full samling Ullevål og Gaustad Øst ble ikke videreutviklet fra versjon 1.0 etter beslutning⁵⁸ i OUS' styre basert på resultater i evalueringen og tilbakemeldinger i høringsprosessen. Nedenfor følger hovedlinjene fra kvalitativ evaluering av alternativer på Ullevål, med høringsuttalelser i kursiv.⁵⁹

Samlet løsning på Ullevål kom i den kvalitative evalueringen vesentlig svakere ut enn Gaustad Sør alternativet, og bare litt bedre enn de delte løsningene med bruk av både Ullevål og Gaustad. Løsningen samlet virksomheten, men på en særdeles utfordrende kompakt måte uten grønt- eller reserveareal. Løsningen gav heller ingen mulighet for ønsket samarbeid med universitet og byutvikling i tilknytning til sykehuset. En samling på Ullevål ville også gi betydelige trafikale utfordringer.

Verken Oslo kommune eller UiO anbefalte at dette alternativet ble tatt med videre. Oslo kommune vurderte alternativet som sårbart og lite fleksibelt samt pekte på trafikale utfordringer. Kun et fåtall høringsinnspill fra naboer på Gaustad hadde innsigelser til rapportens konklusjon om ikke å utrede dette alternativet videre.

De delte løsningene mellom Ullevål og Gaustad kom relativt likt ut i evalueringen, men vesentlig svakere enn Gaustad Sør og Øst. Utfordringene knyttet til delt løsning var i hovedsak knyttet til avstand mellom sykehusene og utfordringer med deling av mange pasientforløp og funksjoner i sykehuset. Det var forventet at en nivådelt virksomhetsløsning ville føre til at pasientforløp som gikk på tvers av funksjonsnivå ville gi oppstykkede pasientforløp. Drift av akuttmottak på to steder kunne være utfordrende med hensyn til å sikre rask tilgang til riktig kompetanse i alle akuttsituasjoner.

Ullevål Nord og Sør alternativene hadde større andel av nybygg med god funksjonalitet som talte positivt. Sør ble best rangert med hensyn til offentlig kommunikasjon, mens Nord ble vurdert mest robust på grunn av graden av nybygg på tomt som ville være lettere å fristille.

⁵⁷ Idéfase Campus Oslo v. 2.0 s. 178

⁵⁸ Protokoll OUS styre sak 69/2014

⁵⁹ Idéfase Campus Oslo v 2.0, s.181-184

Alternativet med *Ullevål hele og Gaustad* ble tegnet ut, beregnet og vurdert parallelt med høringsperioden etter innspill fra den eksterne kvalitetssikringen. I dette alternativet ble eksisterende bygg på Ullevål benyttet i større grad. Funksjonaliteten ble imidlertid vurdert svakere i dette alternativet fordi det i løsningen inngikk mange gamle bygg spredt på tomten. Alternativet muliggjorde heller ikke avhending av tomt på Ullevål.

Oslo kommune vurderer delt løsning (spesielt ved bruk av tomten sør på Ullevål) til å ha noen fordeler, bl.a. knyttet til mer skånsom utvikling på Gaustad og samordnet areal- og transportutvikling. UiO påpekte størrelsesutfordringen på Gaustad i en samlet løsning, men tok ikke stilling til hvor resten av virksomheten burde legges ved en eventuelt delt løsning. Begge instanser pekte på det delte alternativets begrensning for byutvikling på Ullevål. Få andre adresserte de delte alternativene spesifikt, men enkelte kommenterer at OUS bør dele sin virksomhet av beredskapshensyn.



Figur 9 Delt løsning Ullevål hele + Gaustad

0-alternativet⁶⁰

0-alternativet beskrives etter versjon 2.0 som et utsettelsesalternativ. En stor del av byggene ble vurdert å være i så dårlig teknisk tilstand at det forelå reel fare for at de måtte fraflyttes.

Alternativet skilte seg fra de øvrige alternativene ved at vesentlig mer areal fortsatt skulle benyttes i fremtiden, i bygninger som ville gi lavere arealutnyttelse enn nybygg.

Tverrfaglig samarbeid og effektiv pasientbehandling ville by på store utfordringer. I 0-alternativet ville det ikke være mulig å samle regionsfunksjoner og kreftbehandling ville foregå ved alle tre

⁶⁰ Idéfase Campus Oslo v. 2.0 s. 129-140

lokalitetene Ullevål, Rikshospitalet og Radiumhospitalet. Virksomhet ved Aker var forutsatt videreført og ved SSE skulle virksomheten videreføres i de bygninger som er i bruk i dag.

Teknisk oppgradering eller ombygging parallelt med et sykehus i full i drift ville by på vesentlige utfordringer og om lag 770 000 kvm av totalt 900 000 kvm ville ha behov for teknisk oppgradering eller ombygging, med omfattende reinvestering etter 2040.

Etter kvalitetssikring ble 0-alternativet kostnadsberegnet for samme periode som alternativer med nybygg. Dette medførte at kostnadsbildet økte ytterligere og alternativet fremsto enda mer ufordelaktig i evalueringen.

4.6 Vurderinger knyttet til tomteforhold og trafikale aspekter på Ullevål

Det ble ikke gjort vesentlige endringer vedrørende disse aspektene på Ullevål mellom versjon 1.0 og 2.0, men analysene er lagt til som nytt vedlegg 10.

4.7 Risikovurdering⁶¹ av alternativer på Ullevål

Etter innspill fra kvalitetssikring ble gjennomførbarhet og risiko vurdert separat i v 2.0 og den kvalitative evalueringen ble oppdatert som en konsekvens av dette. Også høringsinnspill ble tillagt vekt i evalueringen. Vurderingene var på et overordnet nivå tilpasset prosjektets fase og følges opp av ytterligere analyser i senere faser.

Det ble vurdert særskilt høy risiko tilknyttet alle alternativ som la opp til lange perioder med klinisk drift tett inntil omfattende rehabilitering og oppgradering av bygg. Dette opptrådte spesielt i 0-alternativet, samlet Ullevål og Ullevål sør/Gaustad. For disse alternativene ble det identifisert mange risikomomenter med middels eller stor sannsynlighet og med alvorlig konsekvens.

Samlet løsning på Ullevål ble fortsatt vurdert med høy risiko både for gjennomføring og robusthet samt mulighetene for å nå ønskede mål for byutvikling og innovasjon. Denne løsningen ble da heller ikke utredet videre i versjon 2.0⁶².

4.8 Økonomiske vurderinger av nytt alternativ Gaustad og Ullevål hele⁶³

De overordnede økonomiske beregningene viste at etablering av nybygg gav bedre langsiktig økonomisk bæreevne enn oppgradering av den gamle delen av eksisterende bygningsmasse. I alternativet delt løsning med Ullevål hele ble det lagt som premiss at store deler av eksisterende bebyggelse skulle videreføres. Alternativet hadde noe lavere investeringsnivå enn de øvrige alternativene, men samtidig viste analyser at sykehusets forventede driftsresultat, gitt at krav til effektivisering ble oppnådd, ikke dekket de økte rente- og avskrivningskostnadene som følge av investeringene. Alternativet ble vurdert i v2.0 å ha dårlig bæreevne.

4.9 Analyser av alternativer

Versjon 2.0 viste analyser for åtte utbyggingsalternativer i tillegg til 0-alternativet. En oppsummering av evalueringen av alternativene er vist nedenfor. Høringsuttalelser og innspill fra kvalitetssikringen er innarbeidet i evalueringen.

⁶¹ Idéfase Campus Oslo v2.0 s 185 samt vedlegg 9 Risiko og sårbarhetsanalyse (ROS)

⁶² Protokoll OUS styre sak 69/2014

⁶³ Idéfase Campus Oslo v. 2.0 s. 164

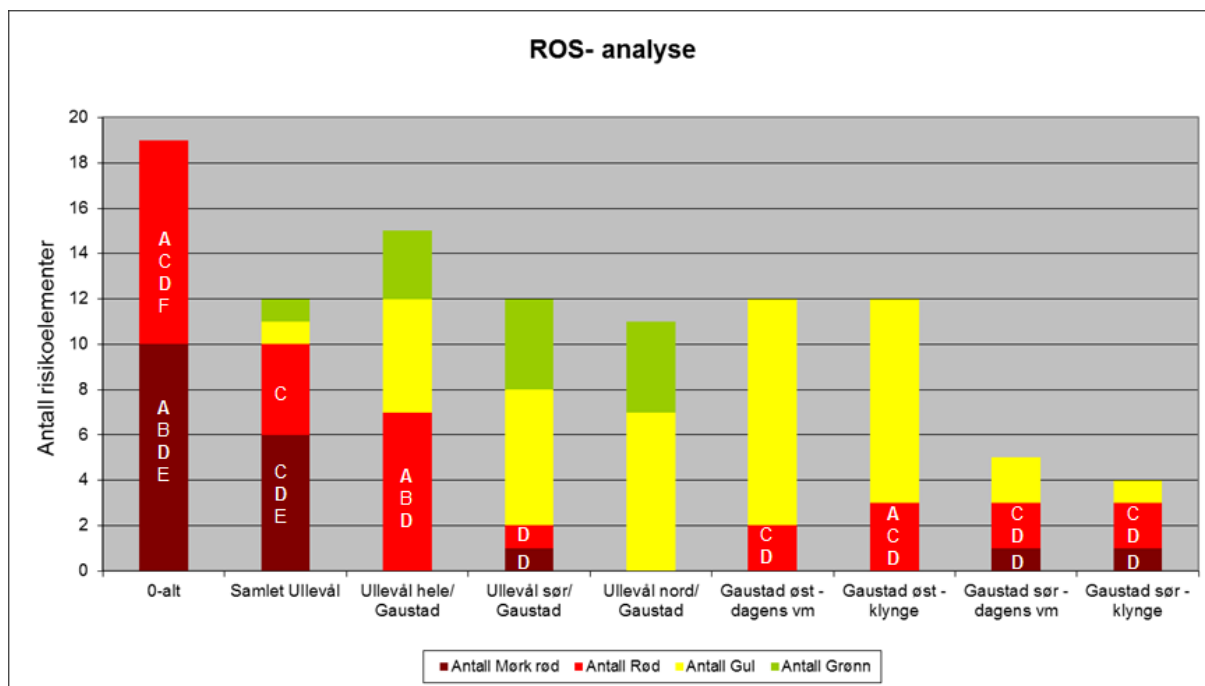
Tabell 14 Samlet oppsummering av evalueringen⁶⁴

Lokalisering	Virksomhetsmodell	Oppsummert kvalitativ evaluering	Risiko og gjennomførbarhet	Økonomi: Investeringsbehov (farge viser bæreevne)
Gaustad Øst	Videreføring av dagens modell			41 000
	Klyngemodellen			41 100
Gaustad Sør	Videreføring av dagens modell			46 000
	Klyngemodellen			46 000
Ullevål nord + Gaustad "Lokk"	Nivådelt modell			40 000
Ullevål sør + Gaustad "Lokk"	Nivådelt modell			41 000
Ullevål Hele + Gaustad "Lokk"	Nivådelt modell			36 000
Samlet Ullevål	Videreføring av dagens modell			
0-alternativet	Videreføring av dagens modell			29 000

Fargeforklaring:

Svært bra	bra	middels	Dårlig	svært dårlig
-----------	-----	---------	--------	--------------

⁶⁴ Idéfase Campus Oslo v. 2.0 s. 188



Figur 10 Vurdering av risiko og sårbarhet for de ulike alternativene⁶⁵

I figuren vises bokstaver på de røde og mørke røde søylene som representerer hvilket område risikoelementene er knyttet til:

- | | |
|---|-------------------------------------|
| A – Mål for sykehusets kjernevirksomhet | D – Gjennomføring |
| B – Mål for bygg og eiendomsutvikling | E – Robusthet |
| C – Mål for byutvikling og innovasjon | F – Øvrige samfunnsmessige effekter |

4.10 Konklusjon⁶⁶

Arbeidet med Idéfase v.2.0, etter høring og kvalitetssikring, viste at det fortsatt var behov for utredning av mulige løsninger for fremtidig sykehusdrift. Det var særskilt etappevis utbygging, løsninger for lokalsykehusfunksjoner og kreftbehandling som ble etterlyst bl.a. i høringen og som ble besluttet utredet før man kunne fatte vedtak om retning på neste fase.

Det ble foreslått å gå videre i idéfasearbeidet i 2015 med 3 alternativer:

1. 0-alternativet: Alternativet ble vurdert å være tilstrekkelig utredet på idéfasenivå, men skulle være med videre til konseptfase.
2. Delt løsning Gaustad sør kombinert med videre drift på Ullevål: Prinsipielt tre varianter: Ullevål Nord, Ullevål Sør eller hele Ullevål. Alternativene ble vurdert å være utredet tilstrekkelig på idéfasenivå.
3. Delvis samling på Gaustad sør kombinert med lokalsykehus utenfor hovedsykehuset: Nytt alternativ etter høring som måtte utredes på idéfasenivå.

I tillegg skulle det korrigeres for eventuell avklart økning av kapasiteten ved Diakonhjemmet sykehus og Lovisenberg Diakonale sykehus som avlastning.

⁶⁵ Idéfase Campus Oslo v 2.0, figur 72, s. 185

⁶⁶ Saksfremlegg OUS styre sak 20/2015

Det skulle beskrives en første etappe for alle 3 alternative løsninger samt organisering av gjenværende virksomhet. Ytterligere detaljering av virksomheten skulle innarbeides i konseptfasen.

Det ble foreslått en egen vurdering av organisering av kreftområdet, herunder de bygningsmessige forholdene på Radiumhospitalet. Dette arbeidet skulle inkluderes i det videre idéfasearbeidet i sykehuset.

5.0 Idéfase - konkretisering etter høring

5.1 Bakgrunn og mandat

Idéfase konkretisering etter høring gjelder slutføring av arbeidet med idéfasen i tråd med styrets beslutning 9. april 2015, hvor styret i OUS vedtok (sak 20/2015 Idéfase OUS) følgende:

1. *Styret ber administrerende direktør slutføre arbeidet med Idéfase Oslo universitetssykehus i 2015 konsentrert om følgende alternativer:*
 - *0-alternativet.*
 - *Et alternativ der virksomheten er delt mellom to lokaliseringer, Gaustad sør og Ullevål (alternativ 2)*
 - *Delvis samling Gaustad sør (alternativ 3)*

Styret ber i tillegg om at de tre alternativene beskriver hvordan en lokalsykehusfunksjon eventuelt kan skilles ut herunder skissere:

- *Virksomhetsbeskrivelse for et slikt lokalsykehus.*
 - *Konsekvensene for virksomheten i resten av OUS knyttet opp mot de tre alternativene.*
2. *Styret ber administrerende direktør om å gjennomføre en utredning av organiseringen av krefptområdet som en del av idéfasearbeidet, herunder en vurdering av bygningsmessige forhold.*
 3. *Idéfaserapport, versjon 2.0, med justert kapittel 1 og 10 fremlagt i denne saken, skal legges til grunn for det videre idéfasearbeidet i 2015. Resultatet fra idéfasearbeidet i resten av 2015 beskrives i et eget dokument. Samlet skal dette gi grunnlag for retningsvalg og hva som utgjør en første etappe inklusiv det virksomhetsmessige innholdet.*
 4. *Styret ber administrerende direktør på grunnlag av det samlede idéfasearbeidet om å legge frem forslag til plan for idé-/ konseptfase for Oslo universitetssykehus HF til styremøtet i desember 2015. Denne planen skal inneholde forslag om en første etappe for de aktuelle alternativene, herunder en beskrivelse av virksomhetsinnhold for alle tre alternativene.*
 5. *Styret ber administrerende direktør sikre god kommunikasjon og dialog både internt og eksternt om prosjektet. Herunder forventes det at styret holdes orientert om fremdriften.*

Det samlede idéfasearbeidet består av idéfaserapport som ble styrebehandlet i april 2015⁶⁷ og rapporten *Konkretisering etter høring*. Den grunnleggende delen av idéfasearbeidet med bl.a. samlet dimensjonering foreligger i rapport 2.0. Videreføringen med «konkretisering etter høring» omtaler ikke på nytt det som er opprettholdt uendret fra Idéfase 2.0 rapporten.

Gjennom styrets behandling i april 2015 ble også ett nytt alternativ konkretisert: delvis samling Gaustad sør kombinert med et lokalsykehus utenfor Gaustad-området. I tillegg ble det pekt på

⁶⁷ Idéfase Campus Oslo versjon 2.0

behovet for en egen kreftutredning primært knyttet til å vurdere funksjoner lokalisert til Radiumhospitalet på mellomlang og/eller lang sikt, i.e. minimum 15 år.

Dette førte til at styret ba om å få en egen delutredning om hvordan kreftvirksomheten geografisk skal organiseres i et slikt tidsperspektiv. Styret ba samtidig om et virksomhetsmessig underlag for et eventuelt klinisk nybygg på Radiumhospitalet, jf. styresak 60/2015 fra styremøte i september:

- 2. Styret ber om at det med utgangspunkt i skisseforslaget etableres en egen idéfase for et nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet som sammenholdes med planene for vedlikehold av bygningsmassen og med arbeidet med idéfase for hele foretaket.*

Styret i Helse Sør-Øst RHF vedtok følgende i styremøte 22. oktober 2015 i sak 66/2015 Oppstart Idéfase nytt klinikkbygg ved Radiumhospitalet:

- 1. Styret i Helse Sør-Øst RHF godkjenner oppstart av idefase for nytt klinikkbygg ved Radiumhospitalet.*
- 2. Styret legger til grunn at idefasearbeidet baseres på veilederen for tidligfaseplanlegging av sykehusbygg. Det betyr blant annet at det skal utarbeides et mandat for arbeidet. Mandatet må forelegges Helse Sør-Øst RHF og skal være avstemt med det øvrige planleggingsarbeidet ved Oslo universitetssykehus HF.*
- 3. I henhold til føringer gitt fra Helse- og omsorgsdepartementet og i oppdragsdokument fra Helse Sør-Øst RHF, skal Sykehusbygg HF benyttes i alle planleggingsfaser for prosjekter over 500 millioner kroner. Dette gjelder også for denne idefasen.*

Styrets vedtak i april 2015 og øvrige styrevedtak fra samme høst ble fulgt opp med omfattende prosesser og utredninger knyttet til følgende områder:

- Redusere utbyggingen i Gaustad-området
- Utrede kreftområdet
- Utrede lokalsykehus
- Etappeutredning med sikte på å kunne anbefale innholdet i første etappe knyttet til de ulike alternativene for fremtidig målbilde
- Revidering av idéfaseutredning for Regional sikkerhetsavdeling og egen idéfase for Radiumhospitalet
- Ny vurdering av innholdet i «Delt løsning» (alternativ 2) med lokalsykehus og multitraume med tilhørende regionfunksjoner på Ullevål

5.2 Utrede alternativer og tilhørende virksomhetsbeskrivelser

Utredningsarbeidene som her trekkes frem la eksisterende oppgavedeling i Oslo sykehusområde til grunn, og tok utgangspunkt i sykehusets daværende virksomhetsmodell. Følgende består i hovedsak av utdrag fra utarbeidede rapport Idéfase OUS, konkretisering etter høring. Dette for å sikre utvetydig konsistens mellom denne oppsummeringen og tidligere tekstlige beskrivelser.

5.2.1 Kreftområdet i OUS og Idéfase Radiumhospitalet

Å vurdere virksomhetsmessige forhold knyttet til kreftområdet var viktig for å kunne gi tallgrunnlag for planlegging av byggeaktivitet på Radiumhospitalet, men også med tanke på fordeling av kreftrelaterte oppgaver i den løsningen som blir valgt i hovedprosjektet (dvs. delvis samling Gaustad sør, delt løsning Gaustad/Ullevål eller 0-alternativet). Sterke og svake sider ved 10 mulige modeller ble i hovedsak vurdert med utgangspunkt i hvordan dette vil påvirke forholdene ved Radiumhospitalet, men i noen grad er også konsekvenser for kreftbehandlingen ved Ullevål eller Rikshospitalet diskutert⁶⁸. Etter en sykehus-intern høring ble det anbefalt å gå videre med tre⁶⁹ ulike virksomhetsmodeller.

Med utgangspunkt i denne krefttutredningen og et privat forslag til et nytt klinikkbygg ble en egen idéfaserapport for bygningene på Radiumhospitalet utarbeidet som et delelement av Idéfase – konkretisering etter høring. Idéfaseen forholdt seg ikke til innholdet i virksomheten, utover den evalueringen som allerede forelå. Det ble anbefalt at disse skulle bearbeides videre i konseptfasen for Radiumhospitalet sammen med to fysiske alternativer som er vurdert i idéfasen. Et alternativ var 0-alternativet som innebar drift videre i dagens bygg, men at disse oppgraderes og ombygges for å understøtte drift. Det andre alternativet var å etablere et nybygg på 30 000 kvm som erstatter deler av dagens bygningsmasse, og oppgradere gjenværende arealer som er nødvendige for en helhetlig løsning.

Ut fra en samlet evaluering av disse to alternativ hvor en rekke forhold slik som pasientperspektivet, forutsigbarhet for kapasitet og drift, tid, kostnader og usikkerhet knyttet til oppgradering av eksisterende bygg ble vurdert, pekes det på at alternativet med et nybygg er langt bedre enn 0-alternativet.

5.2.2 Lokalsykehus

Basert på vedtaket april 2015 var utredningsarbeidet knyttet til lokalsykehus rettet mot å beskrive mulig virksomhetsinnhold og lokaliseringalternativer for et lokalsykehus i OUS, samt konsekvenser for OUS' øvrige virksomhet. Hovedvekten i utredningen er lagt på beskrivelse av lokalsykehusvarianter og hvilke funksjoner som bør ligge i et lokalsykehus for å kunne ivareta en høy dekningsgrad for den befolkningen sykehuset har ansvar for på lokalsykehusnivå. Det pekes på at et lokalsykehus med akuttvirksomhet og et relativt bredt tilbud både innen kirurgi, medisin og psykisk helse og avhengighet er da viktig. Det bør også utformes med tanke på at pasientvolumer og fagområder bør være store nok til å kunne deles både med hensyn til faglig utvikling, forskning og undervisning og hensiktsmessig drift.

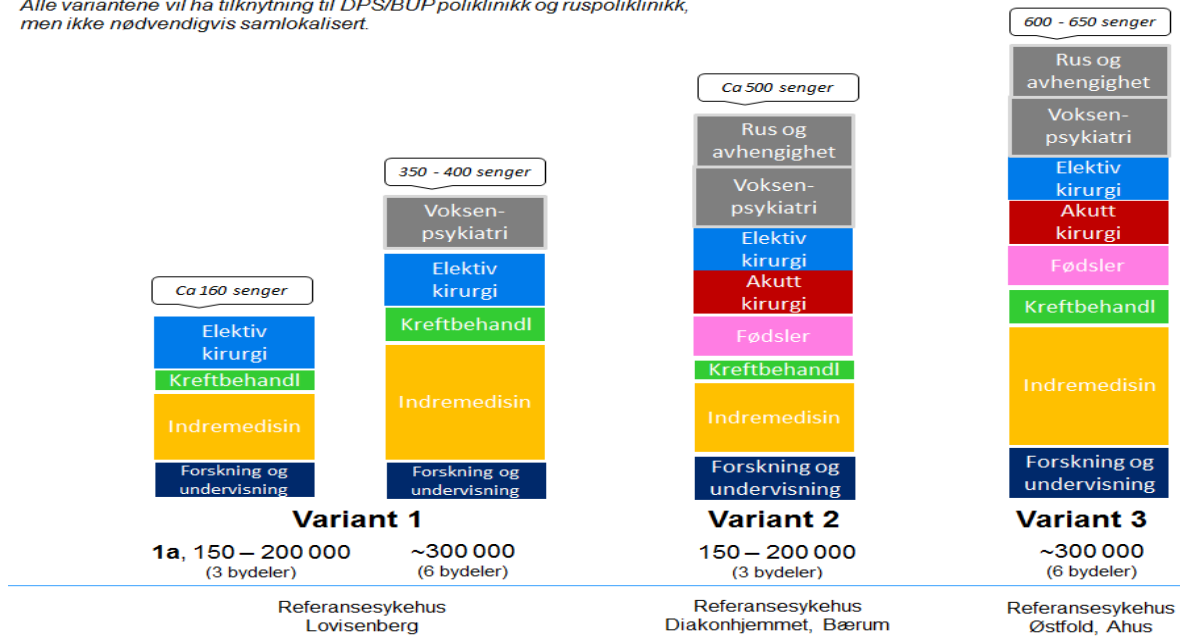
Det utredet tre ulike varianter,⁷⁰ og betegnelsen «lokalsykehus» brukes som betegnelse på det OUS kan plassere utenfor regionssykehuset og omfatter i de beskrevne modeller, også det som i andre sammenhenger omtales som områdefunksjoner. Det ble foretatt skaleringsvurderinger for lokalsykehusvariantene, for på denne måten å ta høyde for endringer i oppgavedeling og kommunens organisering i nåværende bydeler som OUS på utredningstidspunktet ikke kjente til utfallet av.

⁶⁸ Idéfase OUS, konkretisering etter høring s.49-54

⁶⁹ Idéfase OUS, konkretisering etter høring s.52

⁷⁰ Idéfase OUS, konkretisering etter høring s.60

Alle variantene vil ha tilknytning til DPS/BUP poliklinikk og ruspoliklinikk, men ikke nødvendigvis samlokalisert.



Figur 11 Overordnet bilde av innhold i variantene. Medisinske og ikke-medisinske støttefunksjoner er inkludert, men ikke vist på denne illustrasjonen.⁷¹

Det anbefales at et eventuelt eget lokalsykehus i Oslo universitetssykehus omfatter både lokal og områdefunksjoner, og et bredt spekter av tjenester innen blant annet indremedisin, akuttkirurgi og psykisk helse og avhengighet.

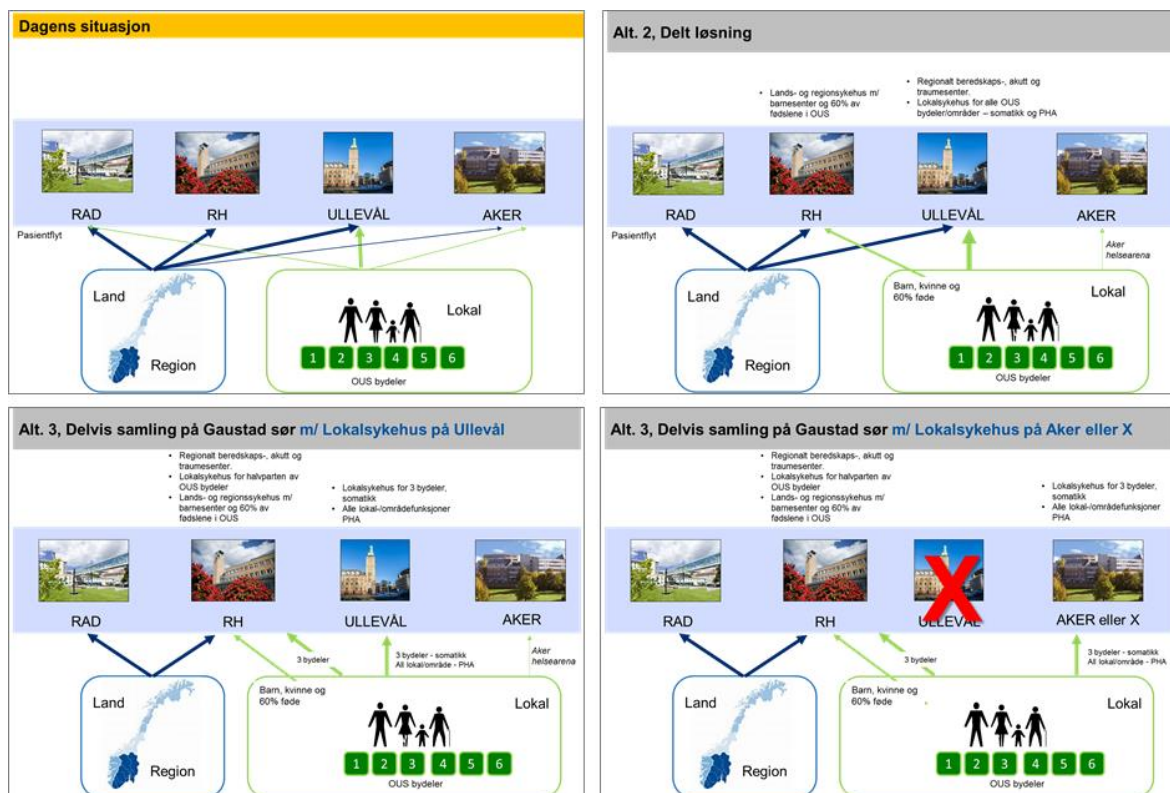
Både Alternativ 2 og Alternativ 3 har virksomhet flere steder slik at de tre lokalsykehusvariantene ble også knyttet opp mot idéfasens tre hovedalternativer for å belyse konsekvensene for virksomheten i resten av OUS.

Utredningen viser til at dersom Alternativ 2, delt løsning, velges som fremtidig målbilde for OUS er anbefalingen at variant 3 av lokalsykehusmodellene er å foretrekke (da lokalisert på Ullevål sammen med multitraume og tilhørende regionfunksjoner). Dersom Alternativ 3, delvis samling på Gaustad og lokalsykehus annet sted velges, er variant 2 anbefalt (da lokalisert på Ullevål, Aker eller «tomt X»). Pga. stort omfang av psykisk helse og avhengighetsmedisin, stor fødeenhet og omfattende forskning og utdanningsaktivitet, er skalaen på lokal (og område) sykehuset noe større enn befolkningsgrunnet i bydelene tilsier.

I Lokalsykehusutredningen er det drøftet og begrunnet hvor mye og hvilke funksjoner som kan trekkes ut av helheten. Essensen er at lokalsykehuset vil omfatte pasientbehandling av vanlige sykdommer der volumet er stort nok til å kunne deles på flere enheter/steder, og med bredt nok fagmiljø til at mange pasienter kan ferdigbehandles ved lokalsykehuset.

Tilsvarende er det i belysning av utredningen av revidert alternativ 2, delt løsning drøftet og begrunnet hvordan delingen mellom Gaustad og Ullevål bør være om multitraume blir liggende på Ullevål. Grovt skissert pasientflyt for alternativene, etter fullført målbilde, vises nedenfor.

⁷¹ Idéfase OUS, konkretisering etter høring s.60



Figur 12 Grovt skissert pasientflyt for alternativene etter fullført målbylde⁷²

5.2.3 Ny analyse av Alternativ 2, delt løsning

Virksomhetsmodellen i tidligere beskrevet Delt løsning jf. idéfase 2.0, innebar en todeling av virksomheten etter funksjonsnivå og hvor multitraume var lagt til Gaustad. I ny analyse av alternativ 2 delt løsning mellom Ullevål og Gaustad, legges det til grunn at multitraumevirksomheten forblir på Ullevål sammen med all akuttkirurgi og indremedisin fra OUS' opptaksområde.

I det reviderte Alternativ 2, delt løsning, beskrives Ullevål som en kombinasjon av lokalsykehus for alle bydeler OUS har lokalsykehusansvar for, områdesykehus for store deler av den kirurgiske virksomheten og regionsykehus innen multitraume⁷³. En slik løsning forutsetter multidisiplinær tilnærming og ressurskrevende utstyr for behandling av akutte tilstander.

På Rikshospitalet (Gaustad) vil man i dette alternativet samle regionfunksjoner som ikke har avhengighet til traumevirksomheten, men også der er det akuttvirksomhet knyttet til bl.a. hjerte, avansert intensiv med ECMO⁷⁴ og barn. Få regionfunksjoner flyttes fra Ullevål sykehus til Rikshospitalet, men SSE (Sandvika), døgnvirksomhet innen barne- og ungdomspsykiatri (BUP) og regionfunksjoner fra Aker sykehus foreslås flyttet. OUS barneverksamhet samles på Gaustad, med

⁷² Idéfase OUS, konkretisering etter høring s.33

⁷³ Idéfase OUS, konkretisering etter høring s.13

⁷⁴ En teknikk innen intensivmedisin som benyttes for å tilføre oksygen til pasienter med alvorlig nedsatt lunge- eller hjertefunksjon.

unntak av behandling av barn utsatt for skader (traume). Det etableres et barnesenter med kvinnesykdommer og fødsler (inkl. gynekologi). Rundt 60 % av fødevirksomheten vil ligge på Gaustad.

I vurdering av denne delingsmodellen mellom Ullevål og Gaustad, slik det er beskrevet i denne rapporten, vil den virksomhetsmessig gi et tydeligere skille mellom en enhet med stor vekt på akuttvirksomhet og en enhet med hovedvekt på elektiv høyspesialisert virksomhet. Men den vil medføre regionsfunksjoner på begge sykehus, og en virksomhetsmodell inndelt etter funksjonsnivå bemerkes ikke hensiktsmessig av flere årsaker. I rapporten nevnes at det⁷⁵ en sentral felles infrastruktur ikke vil være mulig med virksomhetsdeling og lokalisering på to steder, noe som understøtter at klyngemodellen heller ikke vil være aktuell i en slik modell. Det nevnes også at flere fag og funksjoner fortsatt vil være lokalisert på flere steder, og for noen fag/funksjoner vil dette innebære en duplisering, for andre vil det være mer komplementær virksomhet knyttet til øvrige funksjoner og pasienter som behandles på lokaliteten.

Spørsmålet om det i alternativ 2, delt løsning mellom Gaustad og Ullevål kan etableres et lokalsykehus i tillegg til de to førstnevnte lokaliteter, er også adressert. Det svares ut at en delt løsning med lokalsykehus i tillegg, vil bety en varig spredning av OUS virksomhet på fire lokaliteter⁷⁶ og med akuttvirksomhet på tre av dem. Dette er ikke hensiktsmessig for god pasientbehandling, drift, faglig utvikling eller forskning og undervisning i OUS. Et lokalsykehus i tillegg må da være en lokalsykehusvariant 1. Denne varianten er i utredning av lokalsykehus i OUS beskrevet som en lite hensiktsmessig løsning både for pasientbehandling, faglig samarbeid og utvikling, forskning og utdanning og effektiv drift. Løsningen med lokalsykehus i tillegg til lokalisering på Gaustad og Ullevål ble derfor lagt til side før utredning av etappevis utvikling som omtales under i punkt 5.4.

Skalerbarheten ved den delte løsningen vurderes også som begrenset idet Ullevål ikke bør bli større, dvs. at OUS ikke kan håndtere flere enn 6 bydeler i denne modellen. På den andre siden kan OUS heller ikke gi fra seg mer enn 1, maks 2, bydeler fordi det er nødvendig med et robust og stort miljø rundt en regional akutt- og traumefunksjon. Det bemerkes her at denne utredningen legger dagens oppgavedeling i Oslo sykehusområde til grunn. Skulle OUS tilføres ansvar for 2- 3 flere bydeler enn i dag kan et lokalsykehus i tillegg til delt løsning eventuelt vurderes på ny, og løsningen er i så måte skalerbar.

5.3 Mulighetsstudier og fysiske løsninger

Det samlede bildet for mulige fysiske løsninger for fremtidens OUS endret seg også betydelig gjennom tilleggsutredningen og er derfor skissert på nytt. Det påpekes at de presenterte bygningsmessige løsninger er fremdeles å anses som mulighetsstudier og overordnede skisser.

⁷⁵ Idéfase OUS, konkretisering etter høring s.34

⁷⁶ Gaustad, Ullevål, Radiumhospitalet og et lokalsykehus



Figur 13 Skisse til fysiske løsninger⁷⁷

Det vises til at en ny tilnærming til Alternativ 2, delt løsning, der traumesenteret skal bli liggende på Ullevål sykehus, resulterer i en ny arealfordeling fra Gaustad til Ullevål. Samtidig reduseres fremtidig arealbehov på Gaustad ytterlig med at Radiumhospitalet får nytt klinikkbygg og de beste og viktigste delene av bygningsmassen der består videre. Dette fører til at det i den nye delte løsningen sannsynligvis kan etableres fysiske løsninger på Gaustad som hverken krever et lokk over Ring 3 eller riving av deler av Domus Medica som eies av UiO. Til gjengjeld peker utredning på at den nødvendige utbyggingen på Ullevål sykehus blir mer omfattende og kompleks enn tidligere antatt i en delt løsning.

Dette fører til to viktige konklusjoner for en bygningsmessig løsning på Ullevål i Alternativ 2:

- Muligheten for å avhende betydelige deler av tomten på Ullevål må legges til side, fordi hele tomtearealet trengs for fremtidige rokader, funksjoner og utvidelser.
- Ny teknisk sentral og infrastruktur må etableres uansett bygningsmessig løsning for å sikre fremtidig drift og utbygging.

5.4 Etappevis utvikling

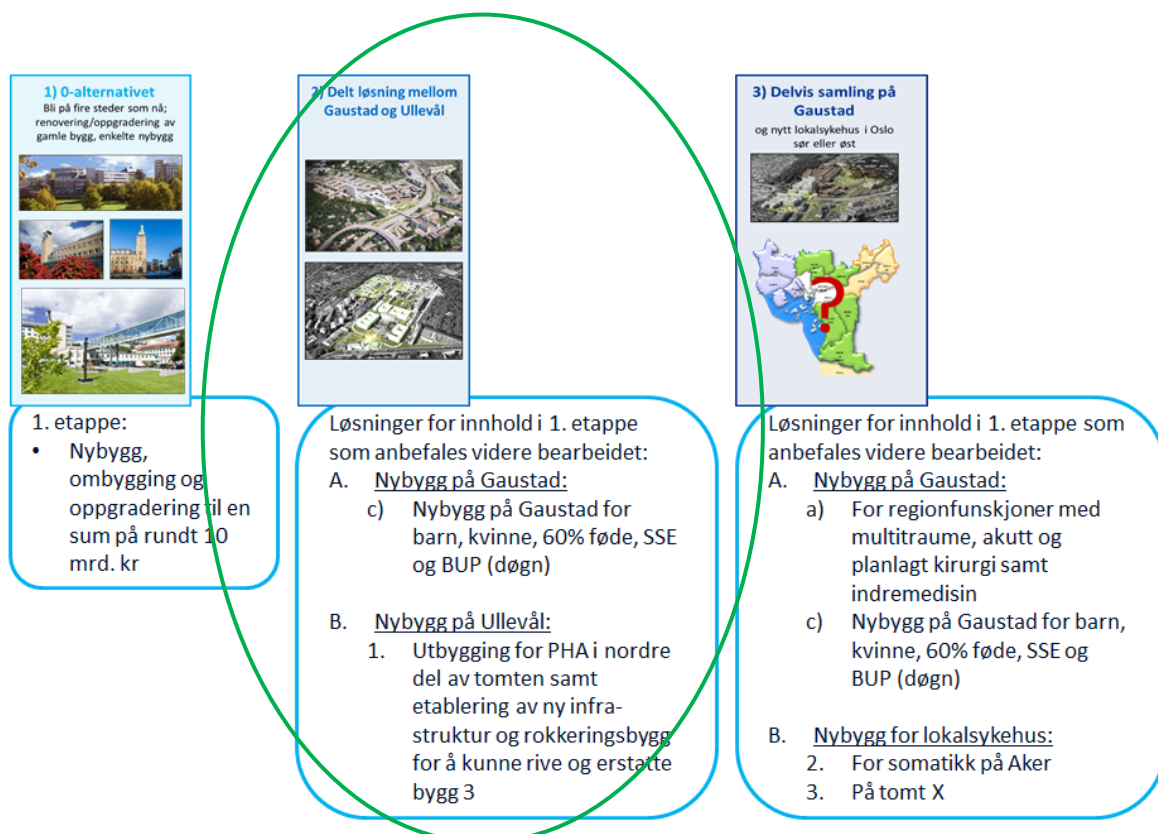
Det var en forutsetning gitt gjennom mandatet til idéfasearbeidet fra HSØ at den samlede utviklingen av fremtidens OUS deles inn i etapper. Dette skyldes bl.a. at de nødvendige bygningsmessige tiltakene som samlet skal løse de prosjektutløsende behovene vil være så omfattende at de må fordeles i etapper. I denne forbindelse understrekes det at alle tilnærminger skal bidra til å tømme dårlige bygg og at etappene må:

- Bidra til å lukke og forebygge bygningsmessige myndighetspålegg ved å flytte ut av gamle, dårlige og uhensiktsmessige bygg.
- Ivareta faglige avhengigheter mellom ulike deler av sykehusets virksomhet.

⁷⁷ Idéfase OUS, konkretisering etter høring s.66

- Gi den nødvendige kapasitet til å møte den voksende befolkningens behov for spesialisthelsetjenester.
- Bidra til gode, helhetlige pasientforløp internt i sykehuset.
- Bidra til samling av tverrfaglig miljø som behandler én sykdom (der det er mulig).
- Gjøre det mulig å samle dupliserte funksjoner.
- Skjerme pågående klinisk virksomhet i byggeperioden.

I utredningen ble ulike etappemuligheter knyttet til hvert alternativ og etter en gjennomarbeiding fremstod bildet slik:



Figur 14 Etappemuligheter per alternativ⁷⁸

Illustrasjonen over viser en etappevis etablering av målbildet i Alternativ 2, delt løsning hvor det ble utarbeidet to prinsipielt forskjellige muligheter for en første utbyggingsetappe. Den viser til at utbyggingen i Alternativ 2 kan enten starte på Gaustad med en utbygging for kvinner, barn og fødsler som skal flytte fra Ullevål sykehus, eller på Ullevål med en trinnvis erstatning av dagens Bygg 3.

⁷⁸ Idéfase OUS, konkretisering etter høring s.14

5.5 Evaluering

De økonomiske analysene som ligger til grunn i disse utredningene er basert på de samme prinsippene som i idéfaserapport 2.0. Kapasitets- og arealberegningene er videreført, men tilpasset innholdet i de nye alternativene.

Rapportens evaluering er bygget på de identifiserte behov og helseforetakets og utviklingsprosjektets mål, og følgende hovedkriterier ble lagt til grunn ved evaluering av løsningsalternativer:

Tabell 15 Oversikt over evalueringskriterier og hvilken prosess de ble behandlet i⁷⁹

1. Pasientbehandling, forskning og utdanning	<i>Kvalitativ evaluering</i>
2. Bygg- og eiendomsutvikling, herunder generalitet, fleksibilitet og elastisitet	
3. Byutvikling og innovasjon	
4. Beredskap	
5. Gjennomføringsrisiko	<i>Evaluering av gjennomførbarhet</i>
6. Økonomi (investering og drift)	<i>Evaluering av økonomi</i>

Alternativene ble evaluert først i forhold til endelig målbilde, deretter i forhold til første etapper som omtalt i avsnittet over.

Evalueringen viste til at Alternativ 3, delvis samling kom noe bedre ut av den kvalitative evalueringen enn Alternativ 2, delt løsning. Alternativ 2 anses å være beheftet med noe større gjennomføringsrisiko, grunnet lang byggeperiode tett på eksisterende sykehusdrift.

Investeringskostnadene er noe høyere i Alternativ 3 enn i Alternativ 2, mens driftskostnadene vil bli noe lavere i Alternativ 3 enn i Alternativ 2 pga. større andel nye bygg og noe mer samling av kostnadskrevede funksjoner. Evalueringstabellen under oppsummerer hvorfor Alternativ 3 vurderes som beste løsning.

Tabell 16 Samlet evaluering

Idéfase OUS: Evaluering	<i>0-alternativet</i>	<i>Alt 2: Delt løsning Gaustad Ullevål</i>	<i>Alt 3: Delvis samling Gaustad</i>
<i>Kvalitativ evaluering</i>	2,2	3,5	4,3
<i>Risiko for gjennomføring</i>	2,0	2,0	2,5
<i>Investeringskostnad P50</i>	26 mrd. NOK	33 mrd. NOK	38-40 mrd. NOK
<i>Driftskostnader, rangering</i>	3 ⁸⁰	2	1
<i>Samlet rangering</i>	3	2	1

⁷⁹ Idéfase OUS, konkretisering etter høring s.20

⁸⁰ Idéfase OUS, konkretisering etter høring s.20

Løsningene for første etappe i de to alternativene; Alternativ 2 og Alternativ 3 ble deretter vurdert internt mot hverandre. Løsning Gaustad – barn og Løsning Ullevål ble vurdert som like gode i den kvalitative evalueringen. Det skiller forholdsvis lite mellom de to løsningene på alle fire evalueringskriteriene. Gjennomføringsrisikoen ble ansett å være høyere i Løsning Ullevål, grunnet mye arbeid tett på sykehus i drift. Kostnaden for førsteetappe kan sies å være akseptabel for begge alternativene.

Rapporten med disse analysene ble styrebehandlet 17. desember 2015 (sak 82/2015). Vurderinger og konklusjoner fra en ekstern kvalitetssikring sammen med idéfaserapporten ble lagt frem til behandling i 28. januar 2016 (sak 8/2016). I mellomtiden leverte plan og bygningsetaten sin innstilling til byrådsavdeling for byutvikling, og byrådet i Oslo kommune hadde avgitt en uttalelse til de aktuelle alternativene. Byrådet støttet i sitt møte 21. januar 2016 Alternativ 3 delvis samling på Gaustad med lokalsykehus på Aker.

6.0 Oppfølging av risiko etter styrebehandling

6.1 Bakgrunn og mandat

I OUS' styremøte 28. januar 2016 ble en samlet Idéfaserapport, Idéfase Oslo universitetssykehus v. 2.0 og Konkretisering etter høring samt informasjon fra ekstern kvalitetssikring⁸¹ lagt frem. Styret gav⁸² her sin tilslutning til et fremtidig målbilde for OUS med ett samlet og komplett regionssykehus inkludert lokalsykehusfunksjoner, ett lokalsykehus på Aker og kreftbehandling på Radiumhospitalet.

Ansattrepresentantene i styret stemte mot punkt 2 i vedtaket som omhandlet tilslutning til det fremtidige målbildet og oversendelse til Helse Sør-øst. De la frem et vedtaksforslag/begrunnelse som er lagt ved protokollen⁸².

Styret ved OUS besluttet dermed å videreføre alternativ 3 – delvis samling Gaustad Sør med lokalsykehus på Aker, men mente man ikke hadde grunnlag til å legge bort noen av alternativene eller etappene, og ba om en oppdatert vurdering av usikkerhet og risiko ved alle 3 alternativer.

- 0-alternativet som representerer forlengelse av nåsituasjon, -drift/rehab./nybygg i dagens lokaliteter
- Alternativ 2 Delt løsning, Ullevål og Gaustad
- Alternativ 3 Delvis samling Gaustad Sør (med lokalsykehus på Aker)

Styret konstaterte at det forelå risiko som burde avklares nærmere, og idéfaseprosjektets ressurser ble bedt om å bidra til avklaring knyttet til vei- og reguleringsforhold, elastisitet, kapasitet ut over 2030-perspektivet, risiko i byggefasen for alternativene samt rammer og føringer fra HSØ. Videre ble det fra ekstern kvalitetssikring etterlyst en mer utdypende risiko og sårbarhetsanalyse (ROS-analyse).

Disse oppgavene og avklaringene blir her presenterte og er hentet fra "OUS Idéfase, oppfølging av risiko etter vedtak i OUS styremøte 28.1.16"⁸³ som har to sentrale vedlegg:

- Vedlegg 1, ROS analyse utarbeidet av WSP
- Vedlegg 2, Spesifikk vurdering av risiko i byggefasen, utarbeidet delrapport i prosjektet

6.2 Regulering og risiko

Bakgrunnen for å studere reguleringsrisiko nærmere var at rapporten fra ekstern kvalitetssikring påpekt høy reguleringsrisiko dels ved utvikling av Gaustad, men også for Aker. For å redusere usikkerhet knyttet til både regulering og ulike trafikkløsninger ble det gjennomført en rekke møter med saksbehandlere og ledere hos Plan- og bygningsetaten, vernemyndigheter og Statens vegvesen.

I denne prosessen var det lite vektlegging av Ullevål der risiko ved utbygning ble vurdert å være tilstrekkelig belyst.

⁸¹ OPAK Metier Ekstern kvalitetssikring av Idéfase – Fremtidens OUS 2016

⁸² OUS Styre sak 08/2016

⁸³ Idéfase OUS, Oppfølging av risiko, videreføring etter vedtak i OUS styremøte 28.1.2016

Parallelt med denne dialogen med ulike planmyndigheter, fattet Byrådet i Oslo kommune et vedtak med anbefaling av *"alternativ 3, med en delvis samling på Gaustad og med etablering av lokalsykehusfunksjoner utenfor hovedsykehuset. Nytt lokalsykehus bør plasseres på Aker"*⁸⁴.

Gjennom dialogen med reguleringsmyndigheter ble det påvist og detaljert en rekke forhold (vern, naboskap, byggehøyder, parkering mv) og mulige tiltak og justeringer for å redusere usikkerhet og risiko ved regulering. Likevel oppsummeres det at man i en idéfase ikke fullt ut kan forhåndsavklare en reguleringsrisiko. I alle prosesser som krever omregulering vil denne risikoen finnes gjennom en omfattende reguleringsprosess frem til reguleringsvedtaket foreligger⁸⁵.

6.3 Spesifikk vurdering av risiko i byggefasen

Risiko i byggefasen for Ullevål er her beskrevet med utgangspunkt i alternativ 2, delt løsning Gaustad og Ullevål. For Ullevål er det i dette alternativet gjort en nødvendig faseinndeling med forberedelser og etablering av ny teknisk infrastruktur, rokeringsbygg, rivning av medisinsk blokk (bygg 3) før permanente bygg utvikles⁸⁶. Med dette som grunnlag er risiko for delt løsning Gaustad og Ullevål sammenfattet i to kategorier; risiko for sykehus i drift (pasientsikkerhet, logistikk i sykehuset, HMS mv) og prosjektrisiko (tid, kost, kvalitet)⁸⁷. Multiconsult og Norconsult bisto prosjektet i vurdering av risiko knyttet til bygningsmessige-, tekniske- og grunnforhold inkludert infrastruktur ved Ullevål, Aker og Gaustad.

Samlet sett vurderes risiko i byggefasen for Alternativ 2, delt løsning å være relativt høy. Størst risiko er knyttet til bygging på Ullevål der bygging vil skje tett på de største byggene med pasientbehandling, og der grunnforhold og usikkerhet knyttet til eksisterende bygg og infrastruktur gjør byggeaktivitet svært utfordrende. Mange av risikofaktorene er håndterbare og får primært konsekvenser for kostnader og tid. Det kan imidlertid ikke utelukkes at byggeaktiviteten på Ullevål kan medføre fare for pasientsikkerheten⁸⁸.

6.4 Risiko- og sårbarhetsanalyse

Oppdraget om å gjennomføre en risiko- og sårbarhetsanalyse ble gitt til WSP med den hensikt å få et nytt blikk på løsningene og tilhørende risiko fra et fagmiljø som ikke tidligere hadde deltatt i prosjektet.

I ROS-analysen er det benyttet standardiserte metoder og verktøy i en prosess fra definisjon av forutsetninger og rammebetingelser, kartlegging av risiko og muligheter til systematisering, kategorisering og rangering av risikoforhold. Begrepet "kontekstuell risiko" blir introdusert som spesielt viktig å analysere i prosjektets idéfase. Det er ikke prosjektets gjennomføringsrisiko som er mest viktig, men at riktig prosjekt gjennomføres⁸⁹.

⁸⁴ Idéfase OUS, Oppfølging av risiko, videreføring etter vedtak i OUS styremøte 28.1.2016

⁸⁵ Idéfase OUS, Oppfølging av risiko, videreføring etter vedtak i OUS styremøte 28.1.2016

⁸⁶ Idéfase OUS, Oppfølging av risiko, videreføring etter vedtak i OUS styremøte 28.1.2016 Vedlegg 2, Spesifikk vurdering av risiko i byggefasen, utarbeidet delrapport i prosjektet

⁸⁷ Idéfase OUS, Oppfølging av risiko, videreføring etter vedtak i OUS styremøte 28.1.2016

⁸⁸ Idéfase OUS, Oppfølging av risiko, videreføring etter vedtak i OUS styremøte 28.1.2016

⁸⁹ Idéfase OUS, Oppfølging av risiko, videreføring etter vedtak i OUS styremøte 28.1.2016 Vedlegg 1, ROS analyse utarbeidet av WSP

Alternativ 2, Delt løsning mellom Ullevål og Gaustad, beskrives som et alternativ med relativt store svakheter og høy risikoeksponering både med hensyn til totaløkonomi og kvalitative egenskaper. ROS-analysen gav grunn til å stille spørsmålet om Alternativ 2 i idéfasen burde vært silet ut/forkastet som et aktuelt alternativ.

Basert på dokumentasjon og et bredt sammensatt ROS-seminar beskrives detaljerte risikoforhold og muligheter for alle tre alternativer.

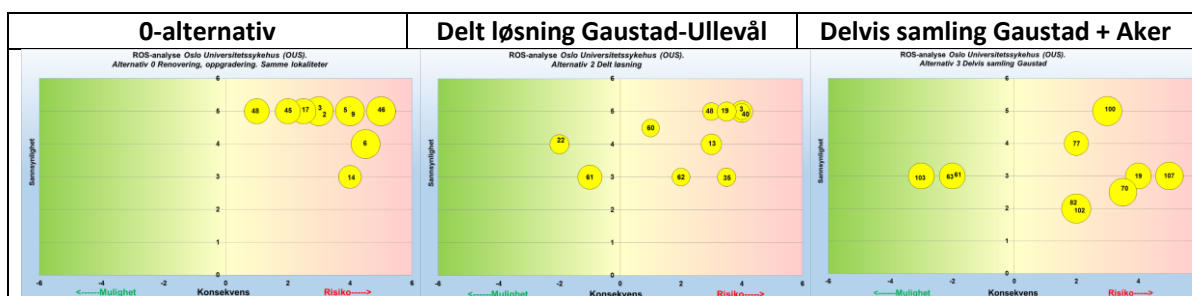
Tabell 17 Rangert oversikt risiko og muligheter

Nr	Konsept		
	0-alternativet	Alternativ 2 Delt løsning Ullevål –Gaustad sør	Alternativ 3 Delvis samling Gaustad sør
1	Pasientbehandling/-miljø	Dårlig arbeidsmiljø og pasientmiljø ved langvarig ombygging / rehabilitering under drift. Pasientsikkerhet ved utbygging nær og på sykehus i drift	Reguleringsrisiko
2	Det blir få muligheter for å realisere driftsfordeler ved innovasjon eller stordrift etc.	Gamle bygg medfører økt tidsbruk og kostnad. Omfang øker mer enn antatt.	Mulighet for forbedret kompetansebedrift
3	Uhensiktsmessig med drift på flere lokasjoner	Grunnforhold kan medføre økte kostnader i utbygging	Driftssituasjon på Ullevål ved utvikling på Aker og Gaustad
4	Arbeidsmiljø reduseres. Motivasjon ved å arbeide i moderne lokaler	Kompetansebedriften OUS	Mulighet for realisering av ønsket utvikling og lokalsykehuset som viktig utdanningsarena
5	Kompetansebedriften OUS	Gamle bygninger med fremtidig vedlikeholdsbehov medfører økte kostnader i driftsfasen, behov for rokkeringsbygg, erstatningsbygg etc.	Risiko for at antatt driftsoptimalisering ved samling av funksjoner ikke kan realiseres
6	Gjennomføringsrisiko ved rokker og flere lokasjoner	Dårlige driftsforhold ved gjennomføring av rokkeringer. Risiko ved utbygging nær bygg i drift	Aker. Samhandling med funksjoner fra Oslo kommune kan gi godt storbysykehus
7	Lite tilrettelegging for moderne/ innovative løsninger	Fordel at psykisk helse og avhengighet løses tidlig	Pasientsikkerhet ved utbygging nær og på sykehus i drift
8	Undervurdert kostnader ved ombygginger. Gammel bygningsmasse	Risiko for at antatt driftsoptimalisering ved samling av funksjoner ikke kan realiseres	Underdimensjonert (for få tilkomstmuligheter) trafikkmessig og logistikkmessig
9	Miljøutfordringer gammel bygningsmasse	UIO-utvikling	Pasientbehandling/-miljø
10	UIO-utvikling	Pasientbehandling/-miljø	Fysiske begrensninger ved lokasjoner gir dårligere løsninger i drift

90

Sammenfattet risikoeksponering per alternativ er illustrert som følger

Tabell 18 Høyeste prioriterte risikoforhold per alternativ



I de kvalitative vurderingene beskrives 0-alternativet med et meget høyt risikonivå i kombinasjon med at nødvendige tiltak resulterer i et uvanlig høyt investeringsnivå. Alternativ 2, delt løsning har en risikoeksponering som er vesentlig lavere enn for 0-alternativet. Alternativ 3, delvis samling har en risikoeksponering som er vesentlig lavere enn for Alternativ 2.

⁹⁰ Idéfase OUS, Oppfølging av risiko, videreføring etter vedtak i OUS styremøte 28.1.2016 Vedlegg 1, ROS analyse utarbeidet av WSP

6.5 Videreføring

Rapportene fra risiko- og sårbarhetsanalysen og øvrig oppfølging av risiko i arbeidet med idéfase ble tatt til orientering av styret i OUS april 2016⁹¹. Deretter ble det sendt til HSØ som del av grunnlagsdokumentasjonen for idéfasearbeidet som ble behandlet av styret i HSØ i juni 2016⁹².

7.0 Referanseliste

Saksfremlegg og protokoller Styret i Helse Sør-Øst RHF

Saksfremlegg og protokoller Styret i Oslo universitetssykehus HF

Helse- og omsorgsdepartementets foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF

OUS Arealutviklingsplan 2025

Mandat for idéfase - Campus Oslo, Somatikk, psykisk helse og avhengighet Oslo universitetssykehus

OUS Idéfase – Campus Oslo v.1.0 med vedlegg

OUS Idéfase – Campus Oslo v.2.0 med vedlegg

Idéfase OUS, konkretisering etter høring med vedlegg

Idéfase OUS, Oppfølging av risiko, videreføring etter vedtak i OUS styremøte 28.1.2016 med vedlegg

OUS Lokalsykehusprosjektet 2009

OUS Strategi 2013-2018

OUS HF – Ullevål sykehus Utredning av omfang og betydning av infrastruktur knyttet til utvikling av nye sykehusbygg

HSØ/ Multiconsult tilstandsanalyse 2011

Rapport tiltak i eksisterende bygninger, Multiconsult, 19.6.14

Modifisert konseptrapport, Ekstraordinær avvikssituasjon i OUS bygningsmasse – midler til å lukke myndighetspålagte tiltak v2.0, 20.10.2014

OPAK Metier Ekstern kvalitetssikring av Idéfase – Fremtidens OUS 2016

Sosialdepartementet. St.prp. nr. 87 (1991-92) Om nytt rikshospital. Bygging og drift

⁹¹ OUS styre sak 28/2016

⁹² HSØ styre, sak 053/2016

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 10. mai 2019

Saksbehandler: Direksjonssekretær

Vedlegg:

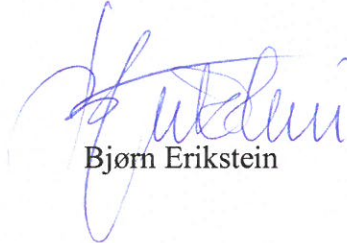
SAK 33/2019 PRESENTASJON AV ORTOPEDISK KLINIKK

Leder i Ortopedisk klinikk, Rolf B. Riise, vil gi en presentasjon av klinikken i styremøtet.

Forslag til vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Oslo, den 3. mai 2019



Bjørn Erikstein

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 10. mai 2019

Saksbehandler: Direksjonssekretær

Vedlegg:

SAK 34/2019 PLAN FOR STYRET I OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS

Forslag til vedtak

Styret tar saken til orientering.

Oslo, den 3. mai 2019



Bjørn Erikstein

Plan for styret i Oslo universitetssykehus HF

Møte	Vedtaksaker	Orienteringssaker
29. mai 2019 kl 10-16	Fremtidens Oslo universitetssykehus	ADs orienteringer
14. juni 2019 kl 10-16	Styremøter i 2020 Risikovurdering for 2019 Instruks for styret i Kreftregisteret	Rapport per 1. tertial og resultater per mai 2019 Budsjett 2020 Konsernrevisjonsrapport om pasientsikkerhet – forbedringsarbeid og bruk av uønskede hendelser Pasientsikkerhet - internkontroll og risikostyring Plan for styret ADs orienteringer
26. september 2019 kl 10-16	Plan for internrevisjon 2020	Rapport 2. tertial 2019 Plan for styret Eierskap i selskaper Oppfølging styresaker Budsjett 2020 Møte med Brukerutvalget ADs orienteringer
1. november 2019 kl 10-16		Rapport per september Plan for styret Budsjett 2020 ADs orienteringer
1. november 2019 kl 16-20	Styreseminar	Styreevaluering
28. november 2019 kl 10-16	<i>Reservetid</i>	
18. desember 2019 kl 10-14	Budsjett 2020	Rapport per november Plan for styret ADs orienteringer

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 10. mai 2019

Saksbehandler: Leder Direktørens kontor

Vedlegg:

SAK 35/2019 ADMINISTRERENDE DIREKTØRS ORIENTERINGER

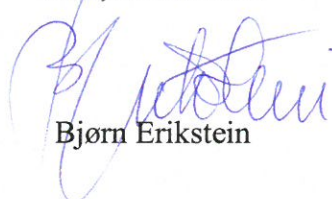
Følgende legges frem til orientering:

1. Finans
2. Utdanningsstrategi 2019 - 2022
3. Oslo universitetssykehus i mediene
4. Referat og øvrige vedlegg

Forslag til vedtak

Styret tar saken til orientering.

Oslo, 3. mai 2019



Bjørn Erikstein

1. FINANS

• Avkastning pensjonsmidler 2018

Investering av pensjonsmidlene til Oslo universitetssykehus ble behandlet i styresak 131/2011. Følgende vedtak om rapportering ble fattet:

Styret ber om halvårlig rapportering relatert til utvikling i Statens pensjonskasse. For de øvrige pensjonskassers vedkommende rapporteres resultatene i kollektivporteføljene årlig. Ved større endringer i investeringsstrategien for kollektivporteføljene informeres styret i Oslo universitetssykehus HF om dette.

For 2018 rapporteres følgende avkastning:

- Statens pensjonsfond utland (tildelt): -3,18 pst. i norske kroner (13,84 pst. i 2017)
- Kommunal landspensjonskasse (KLP): 1,5 pst. (6,7 pst. i 2017)
- Oslo pensjonsforsikring AS (OPF): 2,0 pst. (9,2 pst. i 2017)
- Pensjonskassen for helseforetakene i hovedstadsområdet (PKH): 0,7 pst. (7,3 pst. i 2017)

Avkastningen Oslo universitetssykehus tildeles i Statens pensjonskasse (SPK) omfatter avkastning på plassering i norske statsobligasjoner og plassering i Statens pensjonsfond utland (SPU). Tildelt avkastning på plasseringen i SPU er fondets avkastning i norske kroner redusert med 0,11 pst. i forvaltningskostnader. Avkastningen i fondets valutakurv var -6,12 pst. for 2018. På grunn av utviklingen i kronekursen var avkastningen i norske kroner -3,07 pst. Faktisk avkastning på statsobligasjonene i SPK foreligger først senere i år. Tallene for KLP, OPF og PKH er såkalt verdijustert avkastning.

Avkastningen i 2018 var den svakeste på flere år for alle pensjonsleverandørene. I årsrapportene forklares dette spesielt med uro sammen med en uvanlig utvikling i aksjemarkedene. I årsrapporten for SPU skriver Norges Bank Investment Management at 2018 var preget av ulike forventninger til fremtidig økonomisk vekst, og usikkerhet knyttet til effektene av økte handelsbarrierer. I fjerde kvartal tiltok bekymringene om den økonomiske veksten. Dette bidro til fall i aksjeprisene, inkludert i USA. Fondets avkastning i 2018 var den nest laveste siden 1998.

2. UTDANNINGSSTRATEGI 2019 – 2022

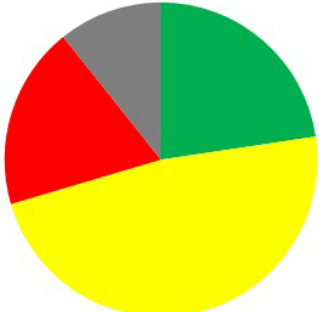
Oslo universitetssykehus har vedtatt ny Utdanningsstrategi for perioden 2019 – 2022. Den understøtter sykehusets overordnede strategi og inkluderer grunn- og videreutdanning, samt etterutdanning for egne ansatte. Strategien er utarbeidet i samråd med Utdanningsutvalget, hvor Universitetet i Oslo, OsloMet og Lovisenberg diakonale høyskole er representert, og har vært på høring i klinikker og staber. Den er presentert for tillitsvalgte og Brukerutvalget. Hovedmålene er som følger:

1. Pasienter og pårørende opplever at ansatte i OUS har kompetanse som bidrar til et godt og helhetlig helsetilbud
2. Utdanning utgjør en tydelig og synlig del av sykehusets profil
3. OUS tilbyr utdanningsløp som holder høy kvalitet i nært samarbeid med eksterne aktører

Strategien blir fulgt opp med handlingsplaner.

3. OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS I MEDIENE MARS 2019

I mars 2019 ble det registrert 1881 mediesaker om sykehuset, mot 1911 i februar 2019.

Periode	Antall saker	Vekting/ etterlatt inntrykk	Vekting prosent	Kommentar
Mars 2019	1881		Positiv: 23 Nøytral: 48 Negativ: 19 Ikke vektet: 11*	Høy andel negative oppslag er knyttet til debatten om framtidens OUS.

*) Grått er andelen meldinger om personskade (vektes ikke).

Sentrale saker i perioden:

Framtidens OUS

Det kommer jevnlig leserinnlegg fra fagpersoner, politikere og andre med kritikk av både prosess og lokalisering. Sykehuset svarer på innleggene der det er naturlig. Det var noe færre oppslag i media om byggeprosjektene i mars enn tidligere måneder.

Lav bemanning ved barnekreftavdeling

Sykepleierforbundet og tillitsvalgte slo i mars alarm om det de mente var kritisk lav bemanning ved barneavdeling for kreft og blodsykdommer ved Rikshospitalet. De mente også at kompetansen i flere tilfeller var for lav. Klinikkleder svarte på kritikken.

Kontaktlegeordningen

NRK hadde flere saker knyttet til kontaktlegeordningen i sykehusene. Størst oppmerksomhet fikk historien om en kvinne med to kreftdiagnoser som hadde møtt mer enn 60 leger på sin vei i OUS. Hun ønsket én person som hadde oversikten, slik at hun slapp å gå gjennom alt hver gang.

Hjertesyk pasient fra nord

En rekke medier har omtalt en historie om en hjertesyk pasient fra Nord-Norge. Da han ble alvorlig syk ble han fraktet med ambulanse trygt plassert i et av Forsvarets Hercules-fly. Pasienten er full av lovord om hele behandlingsskjeden, men trekker særlig fram ambulansetjenesten og personellet på Rikshospitalet.

Sykehuset i sosiale medier:

Mest leste saker på sykehusets Facebook-side i perioden:

- Har du lyst på en spennende sommerjobb i OUS? (egen video)
- Vet du hva du skal gjøre om noen faller om? (ekstern artikkel)
- Kirurger med røntgensyn er snart en realitet (egen blogg)
- Operasjonssykepleieren forteller om jobben sin (ekstern artikkel)
- Søk utdanningsstilling som spesialsykepleier (egen tekst)

Formidling av fag og forskning i «Eksperpsykehuset»

I mars var «fra forskning til behandling» tema for Eksperspsykehuset, sykehusets satsing på fag- og forskningsformidling. Gjennom blogginnlegg fra fagmiljøene og annet redaksjonelt innhold presenterte Eksperspsykehuset hvordan forskning bidrar til at

framtidens pasienter skal oppleve kortere sykdomstid, mer presis diagnostikk og tilpasset behandling med færre bivirkninger.

4. REFERAT OG ØVRIGE VEDLEGG

- Protokoll fra Brukerutvalgets møte 25. mars 2019
- Foreløpig protokoll fra styremøte i Helse Sør-Øst RHF 25. april 2019
- Utdanningsstrategi 2019-2022

PROTOKOLL

Møtetema: **Brukerutvalgsmøte 25. mars 2019 kl 13.00-17.00**

Til: Brukerutvalget ved OUS HF

Kopi: Styret ved OUS HF, Brukerutvalget HSØ RHF

Dato dok: 26.03.2019

Dato møte: 25.03.2019

Referent: Stine Arntzen Selfors

Tilstede: Tove Nakken, Kim Fangen, Anne Giertsen, Twinkle Dawes, Mari Ourom, Kjell Silkoset, Brita Rønnebech Bølgren, Stine B. Dybvig, Marius Korsell, Arne Olav G. Hope
Fra OUS: Bjørn Erikstein (Sak 2/19, 3/19), Sølvi Andersen (Sak 2/19, 3/19), Kari Skredsvig, Kjersti Tveten, Astrid Laukeland, Stine A. Selfors

Forfall: Susan Smerkerud, Pål Kjeldsen, Solveig Rostøl Bakken,

Sak nr	
10/19	<p>Godkjenning av innkalling og agenda</p> <p>Vedtak Innkalling og agenda er godkjent</p>
11/19	<p>Direktørens time Adm.dir svarte på innsendte spørsmål. Skriftlige svar vedlagt.</p> <p>Vedtak Brukerutvalget tar saken til orientering. Ønsker å berømme Oslo sykehuservice for rask respons på spørsmålet om bygg 68 på Aker.</p>
12/19	<p>Styremøtesaker Adm dir ga en rask gjennomgang av styremøtesakene.</p> <p>Vedtak Innspill til styremøtesakene formidles til Tove Nakken og Kim innen styremøte 28.4.19</p>
13/19	<p>Framtidens Oslo universitetssykehus Nina Engelhardtson Fosen presenterte status for prosjektet. Se vedlagt presentasjon.</p> <p>Vedtak Brukerutvalget tar saken til orientering</p>
14/19	<p>Framtidens Oslo universitetssykehus sett med Legeforeningens øyne Presentasjon ved leder for legeforeningen Kristin Hovland. Se vedlagt presentasjon.</p> <p>Vedtak Brukerutvalget tar saken til orientering</p>

15/19	<p>Pasient- og brukerombudet Presentasjon av Pasient- og brukerombudets arbeid ved teamleder Oddvar Torbjørnsen Faltin. Se vedlagt presentasjon.</p> <p>Vedtak Brukerutvalget tar saken til orientering</p>
16/19	<p>Plan for våren 2019</p> <p>Vedtak Innspill til og prioritering av saker sendes fortløpende til koordinator</p>
17/19	<p>Erfaringsutveksling En gjennomgang av aktivitet siden forrige møte.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Felles fokusgruppemøte Konseptfase Aker/Gaustad • Kartleggingsskjema for barn som pårørende på høring • Helgesamling for nyoppnevnt ungdomsråd • Brukerråd ortopedisk klinikk • Artikkel om brukermedvirkning i pasienttilfredshetsundersøkelse KPHA • Etterutdanning i fysisk aktivitet i psykisk helse • Brukerpool på akuttpsykiatrisk avdeling • Digitale innbyggertjenester – prøvesvar på nett • Brukerutvalg Sykehusinnkjøp • Norsman – symptomforskning • Driftstyre kreft • Frokostmøte om brukermedvirkning i nye metoder • Høringsmøte på stortinget om Fremtiden Oslo universitetssykehus • Digital grunnopplæring brukermedvirkning
18/19	<p>Eventuelt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dagsavisen publiserte 9. mars en sak om brukerutvalgets syn på fremtidens sykehus i Oslo, som brukerutvalget hverken står bak eller inne for. <p>-</p>

Møteprotokoll

Styre:	Helse Sør-Øst RHF
Møtested:	Helse Sør-Øst RHF, Hamar
Dato:	25. april 2019
Tidspunkt:	Kl 09:15-15:00

Følgende styremedlemmer møtte:

Svein Ingvar Gjedrem	Styreleder		
Anne Cathrine Frøstrup	Nestleder		
Kirsten Brubakk			
Christian Grimsgaard		Forfall	Vara: Irene Kronkvist
Bushra Ishaq		Forfall	
Vibeke Limi			
Einar Lunde			
Geir Nilsen			
Lasse Sølvberg			
Sigrun E. Vågeng			

Fra brukerutvalget møtte:

Rune Kløvtveit

Nina Roland

Fra administrasjonen deltok:

Administrerende direktør Cathrine M. Lofthus

Eierdirektør Tore Robertsen

Konserndirektør Atle Brynstad, direktør medisin og helsefag Jan Frich, økonomidirektør Hanne Gaaserød, direktør teknologi og e-helse Rune Simensen og kommunikasjonsdirektør Gunn Kristin Sande

Saker som ble behandlet:

027-2019	Godkjenning av innkalling og sakliste
-----------------	--

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

028-2019	Godkjenning av protokoll og B-protokoll fra styremøte 14. mars og protokoll fra ekstraordinært styremøte 4. april 2019
-----------------	---

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Protokoll og B-protokoll fra styremøte 14. mars 2019 og protokoll fra ekstraordinært styremøte 4. april 2019 godkjennes med tillegg under sak 017-2019 *Forprosjekt for nytt sykehus i Drammen*, kommentarer i møtet.

029-2019	Virksomhetsrapport per februar 2019
-----------------	--

Oppsummering

Saken presenterer status for virksomheten per februar 2019. Januar og februar bør til en viss grad ses i sammenheng, da rapporterte tall for januar i stor grad var preget av avsetninger. Tall per mars 2019 ble presentert i møtet.

Kommentarer i møtet

Styret viste til at de presenterte tallene for mars 2019 viser en positiv utvikling for prioriteringsregelen. Styret merker seg at utviklingen innen ventetider stagnerte i 2018 og at det så langt i år ikke er full måloppnåelse. Styret viste spesielt til BUP-området og det særskilte rekrutteringsprosjektet som pågår og ba om at det vurderes om målgruppen for prosjektet kan utvides også til andre yrkesgrupper.

For pakkeforløpene ble det påpekt at samsillet mellom lokalsykehusene og regionsykehuset må forbedres.

Ved neste rapportering ber styret om en status for utviklingen av bemanningssenter ved de helseforetakene som har etablert dette, og hvilken effekt dette har på innleie av personell og på stillingsbrøkene.

Styret er positiv til egen rapportering på mål for Sykehuspartner HF, og ber samtidig om at det utvikles indikatorer som sier mer om hvilken kvalitet som leveres og om det er de rette aktivitetene som prioriteres. Videre ber styret om at administrerende direktør sørger for god eierstyring av Sykehuspartner HF. Det er viktig at det er godt samarbeid mellom Sykehuspartner og helseforetakene, slik at Sykehuspartner har styringskraft i prosjekter hvor det er viktig med felles løsninger.

Styret er positiv til den samlede økonomiske utvikling.

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar virksomhetsrapport per februar 2019 til etterretning.

030-2019	Årsregnskap, årsberetning 2018 og spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar 2018
-----------------	--

Oppsummering

Årsberetning og årsregnskap for 2018 legges fram til godkjenning. I tillegg legges spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar for 2018 fram for styret til orientering. Det ble avholdt eget møte med ekstern revisor uten administrasjonen tilstede.

Kommentarer i møtet

Det ble gitt enkelte innspill til årsberetningen som vil bli ivare tatt av administrerende direktør. Ellers ble det gitt positiv omtale av årsrapporten og kvaliteten på årsregnskapet.

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Styret godkjenner årsberetning og årsregnskap for 2018.
2. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å godkjenne mindre endringer i årsberetningen og årsregnskapet for 2018, basert på innspill gitt i møtet.
3. Styret tar spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar for 2018 til orientering.

031-2019	Anskaffelse av radiologiløsning og multimediearkivløsning for helseforetak i Helse Sør-Øst
----------	---

Oppsummering

Det er i Helse Sør-Øst RHF styresak 013-2018 og sak 040-2018 påpekt at det fortsatt er behov for å få på plass nye radiologiløsninger (RIS/PACS) ved flere helseforetak i regionen. Det er videre behov for anskaffelse av en løsning for multimediearkiv i foretaksgruppen. Dette er en løsning som omfatter lagringsfunksjonalitet for bilder, videoer og annen multimedia fra en rekke ulike kilder. I styresak 061-2018 ble styret informert om at det legges opp til en samordnet anskaffelse av radiologiløsning og multimediearkivløsning.

I tillegg er det behov for en løsning som understøtter samhandling i form av enklere og raskere kommunikasjon mellom sluttbrukere, enklere samhandling gjennom deling av data og felles dokumentasjon for hele regionen. Dette gjelder både for deling av radiologisk informasjon (RIS/PACS) og for andre medieobjekter lagret i multimediearkiv på tvers av helseforetak.

Statens strålevern innfører fra 01.01.20 krav om rapportering av stråledose på individnivå. For å ivareta dette kravet vil alle helseforetakene i Helse Sør-Øst ha behov for en systemløsning for å kunne rapportere disse dataene.

Det legges på denne bakgrunn opp til en samordnet anskaffelse av radiologiløsning, multimediearkiv, samhandlingsløsning og doseovervåkingsløsning. Helse Sør-Øst RHF har gitt Oslo universitetssykehus HF i oppdrag å gjennomføre denne anskaffelsesprosessen.

Kommentarer i møtet

Styret er opptatt av at prosjektet legger til rette for god involvering av alle helseforetakene i regionen. Det tas inn et eget vedtakspunkt om dette. Videre påpekte styret at det er viktig at det legges til rette for en felles installasjon av løsningene på felles plattform. Dette tas også inn som eget vedtakspunkt. Ellers ber styret om at administrerende direktør sørger for at det fremlegges en sak for styret når forslag til løsning og kostnadsramme foreligger. Denne saken må fokusere på kost-nytte-analyse og risikovurdering.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å iverksette en konkurranse for regional anskaffelse av radiologiløsning, multimediearkiv, samhandlingsløsning og doseovervåkingsløsning. Kostnadsrammen for gjennomføring av selve anskaffelsen settes til 25 millioner kroner.
2. Det skal legges til rette for en felles installasjon av løsningene på felles plattform.
3. Styret understreker at det må sikres bred involvering fra helseforetakene i den videre prosessen.
4. Styret ber administrerende direktør komme tilbake med en egen sak når forslag til løsning og kostnadsrammen for hele prosjektet foreligger.

032-2019	Veileder for tidligfaseplanlegging av IKT-prosjekter
-----------------	---

Oppsummering

De fire regionale helseforetakene fikk i foretaksmøte i januar 2018 i oppdrag å utarbeide en veileder for tidligfaseplanlegging i store IKT-prosjekter. Formålet med veilederen er at man skal ha en felles anbefalt planprosess for tidligfaseplanlegging knyttet til store IKT-investeringstiltak i alle de fire regionale helseforetakene. Veilederen er spesielt skrevet for å ivareta behovet for underlag i forbindelse med lånesøknad om investeringsmidler ved IKT-prosjekter over 500 millioner kroner – og skal brukes ved slike prosjekter. Veilederen kan brukes for alle investeringstiltak uavhengig av størrelse, men omfanget av utredninger må tilpasses type tiltak og forventet størrelse på investeringene.

Saken er behandlet i møte mellom de administrerende direktører i de fire regionale helseforetakene. Det fremmes likelydende styresaker for styrene i de fire regionale helseforetakene.

Kommentarer i møtet

Det ble gitt positiv omtale av veilederen.

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Styret for Helse Sør-Øst RHF slutter seg til veileder for tidligfaseplanlegging i IKT-prosjekter.
2. Veilederen skal benyttes for alle IKT-investeringsprosjekter i regionen som overstiger 500 millioner kroner.

033-2019	Revisjon av finansstrategi for Helse Sør-Øst
-----------------	---

Oppsummering

Saken omhandler revisjon av finansstrategien for Helse Sør-Øst, jfr. krav om revisjon hvert annet år i henhold til styresak 087-2012 *Finansstrategi for Helse Sør-Øst* og revisjon av finansstrategien sist vedtatt i styresak 028-2017.

I forslag til revidert finansstrategi er det innarbeidet føringer for å ytterligere regulere bruken av finansiell leie som finansieringsform i helseforetaksgruppen. Videre er det innarbeidet enkelte nye presiseringer, hvor de viktigste omhandler oppfølging av gevinstrealiseringsplaner ved investeringsprosjekter, hvilket foretak som må stå som tomteerverver i grunnboken ved tomtekjøp og valutahåndtering i forbindelse med anbudskonkurranser.

Kommentarer i møtet

Målformuleringen med finansstrategien må omformuleres. Videre må det presiseres at helseforetakene får lån fra statskassen. Styret var fornøyd med at det nå legges opp til en mer restriktiv bruk av finansiell leasing med tak for dette som gjenspeiler det enkelte helseforetaks omsetning.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret slutter seg til revidert finansstrategi for Helse Sør-Øst.

034-2019	Sørlandet sykehus HF – Salg av eiendom: Trollhaugen barnehage og ubebygde tomter
----------	--

Oppsummering

Saken gjelder avhending av tre tomter ved Sørlandet sykehus HF sine eiendommer på Eg i Kristiansand til Kristiansand kommune.

Siden eiendommene vurderes å ha en verdi på mer enn 10 millioner kroner, må sak om avhending i henhold til helseforetakslovens § 31 forelegges foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF før vedtak kan fattes i helseforetakets foretaksmøte.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret i Helse Sør-Øst RHF oversender Sørlandet sykehus HF sin anmodning om samtykke til salg av eiendommene:
 - Andreas Kjærs vei 76, Trollhaugen barnehage, gnr. 150, bnr. 1770
 - Ubebygd nabotomt til Trollhaugen barnehage, gnr. 150, bnr. 1840
 - Ubebygde tomter BOP 4 og BOP 5 med tilhørende friareal, del av gnr. 150, bnr. 1768 i Kristiansand kommune til foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF for behandling.
2. I tråd med intensjonene i samhandlingsreformen, og som vedtatt i Sørlandet sykehus HF sin styresak 016-2019, er det Kristiansand kommune som er kjøper av eiendommene.
3. Styret legger til grunn at eiendommene selges uten føringer for fremtidig avhending av eiendom eller tomteareal i området.
4. Frigjort likviditet kan benyttes til nedbetaling av gjeld, til investeringer i varige driftsmidler eller til rehabilitering og verdibevarende vedlikehold av bygninger som er nødvendig for klinisk drift.
5. Investeringer, herunder langsiktige leieavtaler, må behandles i henhold til gjeldende fullmaktsstruktur.

6. Styret presiserer at Sørlandet sykehus HF har ansvaret for at avhendingen gjennomføres korrekt og bærer all risiko knyttet til avhendingen.

035-2019	Årsrapport 2018 for styrets revisjonsutvalg og konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst
----------	---

Oppsummering

Årsrapporten gir styret i Helse Sør-Øst RHF en beskrivelse av revisjonsutvalgets og konsernrevisjonens arbeid i 2018 sett opp mot henholdsvis instruks for revisjonsutvalget, instruks for konsernrevisjonen og styregodkjent revisjonsplan for 2018.

Kommentarer i møtet

Revisjonsutvalgets leder orienterte innledningsvis om utvalgets årsrapport.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar årsrapport 2018 for styrets revisjonsutvalg og konsernrevisjonen til orientering.

036-2019	Revisjon av program for standardisering og modernisering av IKT-infrastruktur (STIM)
----------	---

Oppsummering

Sykehuspartner HF ble i foretaksmøte 14. juni 2018 gitt i oppdrag å etablere et nytt program for standardisering og modernisering av regionens IKT-infrastruktur (STIM). Styret i det regionale helseforetaket vedtok i behandling av revisjonsplanen for 2019 den 13. desember 2018 at revisjonsutvalget skulle vurdere et opplegg for følgerevisjon av programmet og legge dette frem for styret. Denne saken beskriver konsernrevisjonens tilnærming og innretning for en følgerevisjon av programmet.

Kommentarer i møtet

Revisjonsutvalgets leder orienterte. Styret understreket at standardisering og helhetlige løsninger er helt nødvendig og at det må være lojalitet til dette i foretaksgruppen. Gjennomføringen av programmet må følges tett opp, og Sykehuspartner HF må gis nødvendig støtte i arbeidet. Opplegget for revisjonen er godt og vil gi styret informasjon ut over det som kommer frem i den ordinære rapporteringen.

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret slutter seg til konsernrevisjonens innretning av følgerevisjon for program STIM i regi av Sykehuspartner HF.

037-2019	Oppfølging av Riksrevisjonens rapport om styrenes oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten
-----------------	--

Oppsummering

Riksrevisjonen gjennomfører årlig en kontroll med forvaltningen av statlige selskaper (selskapskontrollen). I Dokument 3:2 (2018-2019) er det blant annet presentert en undersøkelse av styrenes oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten (sak 5). Undersøkelsen ble i hovedsak gjennomført i 2017 og forelagt Stortinget i november 2018.

Målet med undersøkelsen var å vurdere om styrene i de regionale helseforetakene og helseforetakene følger opp kvalitet og pasientsikkerhet i tråd med Stortingets vedtak og forutsetninger og i tråd med prinsipper for godt styrearbeid.

Denne saken beskriver de viktigste funnene fra Riksrevisjonens undersøkelse og hvordan disse følges opp i Helse Sør-Øst RHF.

Kommentarer i møtet

Styret viste til den nye praksisen for føring av protokoll fra styremøtene. Merknader også fra et mindretall i styret bør reflekteres.

I forbindelse med valg av styrer i helseforetakene skal styreleder / nestleder delta i intervjuene av styrelederne i helseforetakene.

Styret ønsket å bli orientert om resultatet av arbeidet med oppdatering av regional veileder i styrearbeid, ny metodikk for risikostyring, oppdatering av rammeverk for god virksomhetsstyring og utarbeidelse av intervjuguide for styrevalg.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret tar redegjørelsen om Riksrevisjonens undersøkelse av styrenes oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten til orientering og slutter seg til administrerende direktørs vurderinger.

2. Styret ber administrerende direktør følge opp Riksrevisjonens anbefalinger med tiltak og aktiviteter i 2019, herunder oppdatering av regional veileder i styrearbeid, ny metodikk for risikostyring, oppdatering av rammeverk for god virksomhetsstyring og utarbeidelse av intervjuguide. Styret orienteres om resultatet av dette arbeidet.
3. Det foretas en samlet gjennomgang av styringssystemet i Helse Sør-Øst RHF med sikte på forbedringer. Resultatet av dette arbeidet forelegges styret.

038-2019	Status for ordningen Fritt behandlingsvalg
-----------------	---

Oppsummering

Ordnningen Fritt behandlingsvalg (FBV) ble etablert høsten 2015. Helsedirektoratet forvalter ordningen etter oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet.

I denne saken beskrives innholdet i ordningen Fritt behandlingsvalg og hvordan ordningen og bruken av den har utviklet seg, blant annet med bakgrunn i siste årsrapport for FBV fra Helsedirektoratet (*Status for Fritt behandlingsvalg*. IS-2782. Helsedirektoratet, 2019).

Kommentarer i møtet

Styret ba om at det med utgangspunkt i denne styresaken sendes et brev til Helse- og omsorgsdepartementet hvor det redegjøres for den omtalte enkeltsaken. Det påpekes at adgangen til revisjon av leverandører under ordningen med fritt behandlingsvalg må tydeliggjøres og at dette er et ansvar som HELFO må ivareta. Ordningen bør også være en del av det som bør inngå i Riksrevisjonens kontrollansvar. Videre må det påpekes behovet for at både kompetansekrav og kvalitet i behandlingen blir fulgt opp fra HELFO.

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar redegjørelsen om status for innretning på og omfang av ordningen Fritt behandlingsvalg til orientering og ber om at det oversendes et brev til Helse- og omsorgsdepartementet basert på drøftingen i møtet.

039-2019	Beslutningsforum for nye metoder – årsoppsummering 2018
-----------------	--

Oppsummering

Årsoppsummering 2018 for Beslutningsforum for nye metoder legges frem som orienteringssak for styret.

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Styret tar årsoppsummeringen 2018 for Beslutningsforum for nye metoder til orientering.

040-2019	Gjennomføring av foretaksmøter i mai 2019
-----------------	--

Oppsummering

I henhold til helseforetakenes vedtekter skal det avholdes foretaksmøte innen utgangen av juni hvert år der helseforetakenes årsregnskap, årsberetning og årlig melding skal behandles. Disse foretaksmøtene gjennomføres 20. mai 2019. Helse- og omsorgsdepartementet gjennomfører foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF i juni 2019 for behandling av tilsvarende saker. Dato for dette møtet er ikke satt enda.

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Det avholdes foretaksmøter med helseforetakene i Helse Sør-Øst 20. mai 2019 med behandling av følgende saker:

- Godkjenning av helseforetakenes årsregnskaper og årsberetninger for 2018
- Honorar til revisor i 2018
- Behandling av helseforetakenes årlige meldinger 2018

041-2019	Styresaker i Helse Sør-Øst RHF – status og oppfølging
-----------------	--

Styrets enstemmige**VEDTAK**

Styret tar den fremlagte oversikten over status og oppfølging av styrevedtak til og med mars 2019 til orientering.

042-2019	Møteplan for styret i Helse Sør-Øst RHF i 2020
-----------------	---

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret godkjenner følgende møtekalender 2020 for styret i Helse Sør-Øst RHF:

- Onsdag 5. februar – Hamar
- Torsdag 12. mars – Besøk helseforetak
- Onsdag 29. og torsdag 30. april – Hamar
- Torsdag 25. juni – Hamar
- Torsdag 20. august – Besøk helseforetak
- Torsdag 24. september – Hamar
- Torsdag 22. oktober – Besøk helseforetak
- Onsdag 25. og torsdag 26. november – Hamar
- Torsdag 17. desember – Hamar

043-2019	Årsplan styresaker
-----------------	---------------------------

Styrets enstemmige

VEDTAK

Årsplan styresaker tas til orientering.

044-2019	Driftsorienteringer fra administrerende direktør
-----------------	---

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

Andre orienteringer

1. Styreleder orienterer
2. Foreløpig protokoll fra brukerutvalget 12. og 13. mars 2019
3. Foreløpig protokoll fra møte i Revisjonsutvalget 10. april 2019
4. Brev fra støttegruppa for allsidige akuttstusykehus i Gjøvikregionen
5. Årsmøteuttalelse fra LHL oppland med krav om styrking av ambulansetjeneste og prehospitale tjenester i Oppland
6. Protokoll datert 24.04.2019 fra drøftinger mellom Helse Sør-Øst RHF og de konserntillitsvalgte.

Temasak

- Samvalg v/Knut Even Lindsjørn og Simone Kienlin, Helse Sør-Øst RHF
- Tiltak for å øke sikkerheten mot dataangrep v/administrerende direktør Gro Jæhre og sikkerhetsleder Christian Jacobsen, Sykehuspartner HF

Møtet hevet kl 15:00

Hamar, 25. april 2019

Svein Ingvar Gjedrem
styreleder

Anne Cathrine Frøstrup
nestleder

Kirsten Brubakk

Christian Grimsgaard

Bushra Ishaq

Vibeke Limi

Einar Lunde

Geir Nilsen

Lasse Sølvsberg

Sigrun E. Vågeng

Tore Robertsen
styresekretær



Visjon:

Oslo universitetssykehus – den ledende utdanningsarenaen i spesialisthelsetjenesten

Utdanningsstrategi 2019 - 2022

Strategien følges opp med handlingsplaner



Om utdanningsstrategien

Oslo universitetssykehus er Norges største helseforetak når det gjelder pasientbehandling og omfang av forskning, innovasjon og utdanning. Utdanning er en lovpålagt oppgave i spesialist-helsetjenesten. Årlig bidrar OUS med ca. 3000 praksisplasser til studenter på alle utdanningsnivåer og har ca. 1000 leger i spesialisering som sykehuset har et selvstendig utdanningsansvar for. Sykehuset er også godkjent lærebedrift for blant annet ambulansesfag og helsefagarbeidere. I tillegg drives det betydelig etterutdanning av egne ansatte.

Utdanningsstrategien bygger på Oslo universitetssykehus' strategi 2019 – 2022 med utgangspunkt i følgende hovedmål:

- *Vi tar utgangspunkt i pasientens perspektiv*
- *Oslo universitetssykehus er en attraktiv arbeidsplass og har et arbeidsmiljø preget av tillit, åpenhet og respekt*
- *Vi er et lærende og skapende universitetssykehus*
- *Oslo universitetssykehus er en god samarbeidspartner som tar samfunnsansvar*

Utdanningsstrategien må ses i sammenheng med nasjonale føringer på utdanningsfeltet*, med sykehusets Forskningsstrategi, Innovasjonsstrategi, Strategi for brukermedvirkning og overordnede strategiske føringer for HR og personal i OUS.

Utdanningsstrategien gjelder for alle fag/ profesjoner som har pasientrelaterte oppgaver. Den gjelder både formell utdanning på grunn – og videreutdannings-nivå, men også etterutdanning, som inkluderer kompetanseutvikling for ansatte. I strategien brukes samlebetegnelsen utdanning.

Strategiske hovedmål

1. Pasienter og pårørende opplever at ansatte i OUS har kompetanse som bidrar til et godt og helhetlig helsetilbud
2. Utdanning utgjør en tydelig og synlig del av sykehusets profil
3. OUS tilbyr utdanningsløp som holder høy kvalitet i nært samarbeid med eksterne aktører

Oslo universitetssykehus' viktigste samarbeidspartnere

Forutsetningen for at OUS kan benevnes som et universitetssykehus er at det er knyttet til samarbeidet med UiO. Et av kriteriene er kravet om å utdanne medisinerere. Medisinstudiet er tett integrert i sykehusets drift. UiO har også andre viktige utdanningsprogram hvor sykehuset er involvert. Det er ønskelig å styrke samarbeidet med Mat Nat som et ledd i å møte morgendagens kompetansebehov.

For de øvrige helse- og sosialfaglige utdanningene er OsloMet sykehusets største samarbeidspartner. Studenter fra ti ulike grunnutdanninger og en rekke videreutdannings- og masterløp gjennomfører sine praksisstudier i OUS. OsloMet er nylig blitt universitet, noe som gir mange spennende samarbeidsmuligheter fremover.

Lovisenberg diakonale høgskole (Ldh) var den første utdanningsinstitusjonen i Norge som kunne tilby en egen sykepleierutdanning. Ldh profilerer seg som en praksis nær skole og OUS har et nært samarbeid med Ldh om utdanning av sykepleiere på alle utdanningsnivåer.

* St.Meld 16 (2016-2017) «Kultur for kvalitet i høyere utdanning», St meld 13 (2011 – 2012) Utdanning for velferd, prosjekt «Kvalitet i praksisstudier i helse og sosialfaglig høyrere utdanning»: «Praksisprosjektet» fra Universitets- og høgskolerådet 2016, Forskrift om felles rammeplan for helse og sosialfagutdanninger og tilhørende 19 profesjonsspesifikke retningslinjer (som foreløpig er under utarbeidelse), Forskrift om spesialistutdanning, Helse Omsorg 21. Lov om spesialisthelsetjeneste 3-4a og Forskrift om godkjenning av sykehus, bruk av betegnelsen universitetssykehus og nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten, kap 3.



Strategiske hovedmål 2019 – 2022

1. Pasienter og pårørende opplever at ansatte i OUS har kompetanse som bidrar til et godt og helhetlig helsetilbud

OUS skal:

- a. Styrke samhandlingen mellom klinikker og avdelinger i OUS, med samarbeidende sykehus og kommuner, gjennom ulike former for kompetansedeling og/eller hospiteringsordninger, samt bidra til å pilotere at studenter og ansatte under utdanning kan følge pasientforløp på tvers av tjenestenivåene
- b. Bruke pasienterfaringer aktivt for å styrke kvaliteten på utdanningsløpene
- c. Ha ansatte som har god kompetanse innen kommunikasjon
- d. Ha ansatte som har kunnskap og ferdigheter i pasient- og pårørendeopplæring som legger til rette for læring, mestring og medvirkning hos pasienter og pårørende
- e. Ha ansatte som har kunnskap og ferdigheter om brukermedvirkning generelt, og samvalg som metode, for å sikre at pasienter tar informerte valg om egen behandling/ helse
- f. Ha ansatte som har kompetanse innen kulturforståelse og grunnleggende kjennskap til migrasjonshelse
- g. Ha ansatte som har kunnskap om sykehusets tilbud innenfor både tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), psykisk helsevern og somatiske helsetjenester

2. Utdanning utgjør en tydelig og synlig del av sykehusets profil

OUS skal:

- a. Integrere utdanning i all virksomhetsplanlegging
- b. Ha ledere med strategisk tilnærming til kompetansebehov i egen avdeling/enhet ved å planlegge, implementere og følge opp tiltak
- c. Sørge for at tiltak og ressurser til utdanning fremgår i budsjettprosesser på alle nivåer
- d. Være ledende på utdanning av leger i spesialisering i Norge når det gjelder struktur og faglig innhold
- e. Ha ledere som legger til rette for gode læringsmiljøer for studenter og ansatte; herunder sørge for at det er tilstrekkelig kompetanse og tid avsatt til veiledning og supervisjon
- f. Beholde og rekruttere gode medarbeidere gjennom å bruke utdanning som et virkemiddel
- g. Utarbeide en tydelig plan for å kommunisere utdanningsvirksomhet
- h. Ha fokus på global helse og dele kompetanse ved å bidra til å bygge opp utdanningsinstitusjoner og etablere/videreutvikle utdanningsprogrammer i lavinntektsland
- i. Etablere samarbeid med gode utdanningsarenaer innen helse internasjonalt
- j. Bruke utdanningstiltak til å fremme oppgavedeling der det er hensiktsmessig

3. OUS tilbyr utdanningsløp som holder høy kvalitet i nært samarbeid med eksterne aktører

OUS skal:

- a. Samarbeide med utdanningsinstitusjoner og/eller myndighetsorganer for å sikre at utdanningene er riktig dimensjonert, samt for å dekke nåværende og fremtidige kompetansebehov
- b. Samarbeide med utdanningsinstitusjoner om å tilby kvalitativt gode praksisplasser i tråd med definerte læringsutbyttebeskrivelser
- c. Sørge for at utdanning er tett integrert med klinisk virksomhet, forsknings- og innovasjonsaktivitet
- d. Bidra til å utvikle nye læringsformer og veiledningsmodeller for studenter i praksis, og i utdanningsforskning.
- e. Måle utdanningenes kvalitet som grunnlag for forbedring
- f. Sørge for at studenter føler seg velkommen. Dette innebærer å etablere gode systemer for mottak av studenter og ansatte
- g. Videreutvikle læringsarenaer som simulering, e-læring, poliklinikker og dagenheter
- h. Etablere flere tverrfaglige læringsarenaer

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 10. mai 2019
Saksbehandler: Direksjonssekretær
Vedlegg:

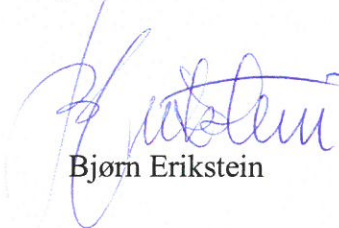
**SAK 36/2019 GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA
STYREMØTE 10. MAI 2019**

Protokoll blir lagt frem for vedtak i slutten av styremøtet.

Forslag til vedtak:

Styret godkjenner protokoll fra styremøte 10. mai 2019.

Oslo, den 3. mai 2019



Bjørn Erikstein