

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

---

Dato møte: 26. juni 2014

Saksbehandler: Direksjonssekretær

Vedlegg: Sakliste

---

**SAK 31/2014      GODKJENNING AV INNKALLING OG SAKLISTE**

**Forslag til vedtak:**

*Styret godkjenner innkalling og sakliste.*

Oslo, den 19. juni 2014

Stener Kvinnsland  
Sign.

# Oslo universitetssykehus HF

## Møteinnkalling

---

Møtenavn:	Styremøte 4/2014
Dato møte:	26. juni 2014
Møtetid:	Kl. 08.00 - 14.00
Møtested:	Radiumhospitalet, Forskningsbygget, Seminarrom 1 og 2.

---

31/2014	Beslutning:	Godkjenning av innkalling og sakliste.
32/2014	Beslutning:	Godkjenning av protokoll styremøte 26.4.2014.
33/2014	Beslutning:	Ledelsens gjennomgang 1. tertial 2014.
34/2014	Orientering:	Rapport per mai 2014.
35/2014	Beslutning:	Idéfase for Oslo universitetssykehus.
36/2014	Beslutning:	Mandat idéfase arealtiltak OUS – Rikshospitalet.
37/2014	Beslutning:	Møteplan for 2015.
38/2014	Beslutning:	Suppleringsvalg til brukerutvalget.
39/2014	Orientering:	Budsjett 2015.
40/2014	Beslutning:	Leie av arealer i Storgaten 40.
41/2014	Orientering:	Administrerende direktørs orienteringer.

Stener Kvinnsland  
sign.



# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

---

Dato møte: 26. juni 2014  
Saksbehandler: Direksjonssekretær  
Vedlegg: Protokoll fra styremøte 24. april 2014

---

**SAK 32/2014      GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA  
STYREMØTE 24. APRIL 2014**

### Forslag til vedtak:

*Styret godkjenner protokoll fra styremøte 24. april 2014.*

Oslo, den 19. juni 2014

Bjørn Erikstein

# Oslo universitetssykehus HF

## UTKAST

### Protokoll

---

Møtenavn:	<b>Styremøte</b>
Til:	Styrets medlemmer
Dato dok.:	24. april 2014
Dato møte:	24. april 2014 kl 800-1300 på Radiumhospitalet.
Offentlighet:	
Referent:	Jørgen Jansen

---

Tilstede: Stener Kvinnsland, Bjørg Månnum Andersson, Svein Erik Urstrømmen, Bjørn Wølstad-Knudsen, Aasmund Magnus Bredeli, Nina Bachke, Rita von der Fehr, Ole Petter Ottersen (gikk 11.30), Merete Norheim Morken, Berit Kjöll (gikk 11.30), Johan Arnt Vatnan

Forfall: Anne Carine Tanum

Til stede fra administrasjon: Bjørn Erikstein, Cathrine Lofthus, Morten Reymert, Tove Strand, Rolv Økland, Christina Rolfheim Bye, Erlend Smeland m.fl.

Tilstede ellers: observatører fra Brukerutvalget, konsernrevisjonen og publikum

### **Sak 20/2014 Godkjenning av innkalling og saksliste**

Enstemmig vedtak:

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

### **Sak 21/2014 Godkjenning av protokoll**

Enstemmig vedtak:

Styret godkjenner protokoll fra styremøte 10. april 2014.



## Sak 22/2014 Rapportering per mars 2014

Enstemmig vedtak:

Styret tar rapporteringen for mars 2014 til orientering.

## Sak 23/2014 Økonomisk langtidsplan

Enstemmig vedtak:

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

Styremedlemmene Aasmund Magnus Bredeli, Bjørn Wølstad Knudsen, Rita von der Fehr, Merete Norheim Morken og Svein Erik Urstrømmen ønsket følgende ført til protokollen under sak 23/2013:

”Ansattrepresentantene mener saksfremlegget gir en god beskrivelse av sykehusets vanskelige økonomiske situasjon og utfordringer de nærmeste årene. Vi er tilfreds med de positive endringene i inntektsforutsetningene for perioden, men mener fremdeles at sykehuset er underfinansiert innenfor flere områder, og vil påpeke nødvendigheten av at det jobbes videre med å synliggjøre dette overfor eier.

Ansattrepresentantene støtter behovet for et økt investeringsnivå når det gjelder bygninger, IKT og MTU. Dette er helt nødvendig for bedre arbeidsmiljø, pasientsikkerhet og kvaliteten på pasientbehandlingen. Det gjenstår likevel målrettet fokus på strategisk kompetanseplanlegging og synliggjøring av investeringsbehov knyttet til dette.

Ansattrepresentantene vil også påpeke at resultatkravet i ØLP innebærer høy risiko for de ansattes arbeidsmiljø og for faglig kvalitet og pasientsikkerhet. Det forutsettes at den planlagte aktivitetsøkningen vil skje gjennom driftsforbedringer, og uten økt arbeidsbelastning for de ansatte.”



## **Sak 24/2014 Investeringsbudsjett 2015**

Enstemmig vedtak:

Styret gir administrerende direktør fullmakt til å inngå avtaler om investeringer i medisinskteknisk utstyr for 200 millioner kroner av investeringsrammen for 2015.

## **Sak 25/2014 Årsrapport arbeidsmiljø 2013**

Enstemmig vedtak:

Styret tar redegjørelse om Arbeidsmiljøårsrapport 2013 til orientering.

## **Sak 26/2014 Valg av styret i Kreftregisteret**

Enstemmig vedtak:

Styret i Oslo universitetssykehus HF oppnevner følgende medlemmer til styret for Kreftregistertet med funksjonstid fra 1. januar 2014 til 31. desember 2015:

Tove Strand (leder)	Oslo universitetssykehus	Gjenoppnevning
Finn Henry Hansen	Helse Nord	Gjenoppnevning
Stig Slørdahl	Helse Midt-Norge	Gjenoppnevning
Helga Salvesen	Helse Vest	Gjenoppnevning
Stein Kvaløy	Helse Sør-Øst	Gjenoppnevning
Gro Seim	Ekstern	Gjenoppnevning
Björg Veen	Ekstern	Ny

## **Sak 27/2014 Status innføring av ny elektronisk pasientjournal**

Enstemmig vedtak:

Styret tar saken til orientering.

## **Sak 28/2014 Revisjonsplan internrevisjon**

Enstemmig vedtak:

Styret tar forslag til revisjonsplan for 2014-2015 for Oslo universitetssykehus til etterretning.

## **Sak 29/2014 Revisjon på lønnsområdet**

Enstemmig vedtak:

Styret tar til saken til orientering.



## **Sak 30/2014 Administrerende direktørs orienteringer**

Enstemmig vedtak:

Styret tar til saken til orientering.

Stener Kvinnsland  
Styreleder

Anne Carine Tanum  
Nestleder  
Ikke tilstede

Berit Kjøll

Björg Månum Andersson

Ole Petter Ottersen

Johan Arnt Vatnan

Svein Erik Urstrømmen

Nina Bachke

Merete Norheim Morken

Rita von der Fehr

Aasmund Magnus Bredeli

Bjørn Wølsted-Knudsen

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 26. juni 2014

Saksbehandler: Direktør for pasientsikkerhet og kvalitet

Vedlegg: 1. Risikovurdering med tiltaksplaner etter 1.tertial 2014  
2. Utvalgte områder og kommentarer fra 1. tertial 2014

---

### **SAK 33/2014 LEDELSENS GJENNOMGANG 1. TERTIAL 2014**

#### **Forslag til vedtak:**

*Styret tar ledelsens gjennomgang fra 1. tertial 2014 til etterretning.*

Oslo, den 19. juni 2014

Bjørn Erikstein

## **Sammendrag**

Som ved tidligere år har administrerende direktør avholdt dialog- og oppfølgingsmøter (Ledelsens gjennomgang) med alle klinikkledere og deres avdelingsledere etter 1. tertial 2014. I forkant av møtene har klinikkene levert inn dokumentasjon som gjenspeiler de aktiviteter og det utfordringsbilde den enkelte klinikk har. Hensikten med møtene er som tidligere å bidra til god virksomhetsstyring gjennom dialog, rapportering og forbedring. Ledelsens gjennomgang må ses i sammenheng med de månedlige resultatrapporteringene til styret.

## **Administrerende direktørs vurdering og anbefaling**

Ledelsens gjennomgang hvert tertial gir god innsikt i den totale virksomheten. Dialogen mellom administrerende direktør og klinikkleder med avdelingsledere gir anledning til å diskutere resultater og forventninger. Administrerende direktør erfarer stort faglig engasjement, stor åpenhet om problemstillinger, risikoforhold og vilje til forbedringsaktiviteter.

Grunnlaget for prioriteringer og beslutninger vurderes til å være god som følge av den systematikk som er etablert for innhenting av opplysninger om virksomheten.

Et generelt trekk i virksomheten er komplekse prosesser med gjensidige avhengigheter som krysser lederstrukturene. Dette er utfordrende, spesielt når det gjelder å effektivisere og gjennomføre tiltak som gir den tilsiktede effekt. Administrerende direktør har derfor i løpet av 1. tertial forberedt et evalueringsprosjekt med gjennomgang av linjestruktur og vurdering av oppgavedeling, både i klinikker og staber. Det er et mål at samlet kapasitet optimaliseres, og at pasientene opplever enklere pasientforløp, kortere ventetider og mindre flaskehalsproblematikk.

## **Faktabeskrivelse**

Sykehuset har gjennom sine strategier satt fokus på pasientenes medvirkning og etablert tilbakemeldingssystemer slik at avdelinger og ledelse kan korrigere og forbedre sin praksis. Det arbeides med å øke forståelsen for nytten av pasienter og pårørendes erfaringskunnskap som komplementær til fagkunnskap. Aktiv brukermedvirkning bidrar til økt kvalitet i behandlingen og gir også pasienten økt trygghet og kontroll over egen situasjon.

Det er i 1. tertial utarbeidet handlingsplan for brukermedvirkning for perioden 2014-2016, handlingsplan for pasient- og pårørendeopplæring og handlingsplan for pasientsikkerhet. Tilbakemeldinger fra pasientene viser at medvirkning fortsatt er den indikatoren sykehusets pasienter bedømmer lavest. Erfaringene etter innføring av monitorering av pasienterfaringene viser at det er kommentarene som gir mest verdi, og over halvparten av pasientene gir tilbakemelding i form av kommentarer. Gjennom dette systemet og slik det er lagt opp, får avdelingen direkte tilbakemelding på praksis noe som gjør det enklere å finne forbedringstiltak.

Oslo universitetssykehus har sikkerhet og trygghet for pasienter og ansatte som viktige mål for virksomheten. Vinterens tragiske helikopterulykke med tap av en av sykehusets medarbeidere minnet oss på at en del av virksomheten er risikoutsatt. Et

viktig ledd i å virkeliggjøre sykehusets mål om trygge tjenester er å registrere hendelser og risiko systematisk, analysere årsaker og sette inn forbedringstiltak der det er nødvendig for å forebygge unødige tap/skader. Det er i løpet av 1. tertial utarbeidet nye rapporter til alle ledernivåer gjennom det elektroniske avvikssystemet "Achilles".

Antallet registrerte uønskede hendelser i pasientrettet aktivitet er på nivå med samme periode i 2012, og høyere enn i 2013. Dette er en ønsket utvikling.

Antall og alvorlighetsgrad av pasienthendelsene er på nivå med samme tertial i 2012. Andelen av de registrerte sakene som har medført betydelig skade/død har ligget mellom 3 og 4 % de siste årene og er dette tertialet nede i 2,2 %. Også ved vurdering av de potensielle konsekvensene og fordeling på årsakskategorier ser en at mønsteret fra tidligere tertial gjentar seg med uønskede hendelser innen diagnostikk og behandling som den kategori med flest meldinger.

For å få bedre og dokumenterbar kunnskap om dødsfall i sykehus er det i 1. tertial iverksatt to prosjekter med sikte på en grundigere faglig gjennomgang av dødsfall i sykehuset. Gjennomgangen inkluderer ikke bare dødsfall som er meldt i Achilles, men samtlige dødsfall i sykehuset innenfor en tidsperiode på ett år. I tillegg er det i 1. tertial etablert et dødsfallsregister der samtlige dødsfall kan gjennomgås og faktorer med relevans for utfallet kan vurderes. Det er etablert kontakt og samarbeid med Mayo Clinic i Rochester USA om metodikk for systematiske studier av dødsfall i sykehus. Det er utarbeidet protokoller for arbeidet som er forankret i sykehusets kvalitetsutvalg. Oslo universitetssykehus vil i tillegg søke om regionale forskningsmidler til disse prosjektene.

Antall klagesaker mottatt fra Fylkesmannen har gått ned 1. tertial 2014 i forhold til 2013 og 2012. Antall saker fra Pasientombudene er lavere enn i fjor, på nivå med samme tertial i 2012. Hovedmengden av sakene handler om misnøye med informasjon/ kommunikasjon og ventetid. I første tertial 2014 har sykehuset mottatt 7 saker fra Fylkesmannen der det er påvist brudd på lov eller forskrift. Til sammenlikning var det 14 tilsvarende saker i 1.tertial 2013.

Tilsynsaktiviteten første tertial har vært jevn, men lavere enn i siste tertial 2013. Sykehuset har hatt besøk av 7 ulike tilsynsmyndigheter med gjennomføring av totalt 12 tilsyn. Mattilsynet har gjennomført fem tilsyn. Det er mottatt tilsynsrapporter fra 11 tilsyn. Ved 4 av tilsynene var det ingen avvik. For de øvrige 7 tilsynene ble det til sammen gitt 17 avvik. Av disse er nå 11 avvik lukket. Det arbeides med handlingsplaner og tiltak for å lukke de øvrige avvikene innen de frister tilsynsmyndigheten har gitt.

For å sikre bedre læring etter tilsyn blir nå alle avvik vurdert opp mot generelle krav om internkontroll. Denne vurderingen viser for 1. tertial at flere avvik var gitt grunnet manglende oversikt over fare for svikt, eller mangel på oppfyllelse av lovkrav. Likeledes ble det i flere tilsyn avdekket manglende rutiner og styrende dokumenter for å sikre praksis i henhold til lovkrav. Ingen av avvikene 1. tertial vurderes med høy risiko (stor risiko for pasient/ansatt, store kostnader, stort omdømmetap).



Avviket Direktoratet for sivil beredskap konstaterte i 2012 som medførte månedsbøter opphørte 31. mars 2014.

Avvik gitt av Statens Helsetilsyn på responstider i akuttmedisinsk kommunikasjonsentral er ikke lukket enda og påfører sykehuset fortsatt kostnader på kr 100 000,- per måned.

Risikoområder som over tid fremkommer i uønskede hendelser inngår i klinikkenes risikovurderinger og sykehusets samlede risikovurdering.

### **Risikovurdering**

Krav om risikovurderinger og risikostyring er gitt i *Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten* (og andre internkontroll-forskrifter) og i *God virksomhetsstyring, rammeverk for virksomhetsstyring, intern styring og kontroll, Helse Sør-Øst*. Oslo universitetssykehus har helt siden etableringen arbeidet systematisk med risikoanalyser, både hendelsesbasert og som ledd i den totale virksomhetsstyringen med rapportering og oppfølging hvert tertial.

Praksis følger av sykehusinternt styringsdokument ”*Retningslinje for risikovurdering og – styring*”. Det vises til definisjoner i vedlegg 1 s. 4.

Risikovurderingen 1. tertial er en hovedgjennomgang i avdelinger og klinikker. Denne skal gjøres på bakgrunn av avdelingens/klinikkens resultater og etter at avdelingene har fått årets ”oppdrag og bestilling” fra administrerende direktør.

Administrerende direktør får presentert klinikkenes risikovurdering gjennom Ledelsens gjennomgang i de klinikkvise møtene.

Klinikkenes analyser med tiltaksplaner systematiseres deretter i aktuelle fagstaber sentralt og en totalvurdering gjøres til slutt i sykehusets ledergruppe. Aggregerte analyser kan være krevende da grad av variasjon ikke fremkommer.

### **Pasientbehandling**

Sykehuset har fortsatt utfordringer med kapasiteten innen flere deler av virksomheten. Det er imidlertid noe bedring 1. tertial innen radiologi, patologi og operasjonskapasitet, basert på tiltak som er iverksatt. Men radiologikapasiteten er fortsatt utfordrende innen flere fagområder og bidrar til lengre pasientforløp enn ønskelig. Det planlegges fornying av 2 MR-maskiner samt at det i budsjett 2014 er lagt opp til en vesentlig ressursøkning og dermed kapasitetsøkning innen radiologi. En oppbemanning innen radiologi pågår, og det er forventet at dette vil gi gunstig effekt på pasientforløpene utover i 2014. Når det gjelder svartider for patologi er disse i bedring, og ytterligere tiltak er iverksatt/iverksettes basert på økte ressurser i budsjett 2014. Tilstrekkelig kapasitet og kompetanse innen operasjon, intensiv- og postoperativ virksomhet og overvåkningsområdet er krevende både innen nyfødt og voksen enhetene. Det er fokus på disse problemstillingene og det arbeides med tiltak på bred front. Det er tidligere opprettet 100 utdanningsstillinger for spesialsykepleiere hvor operasjon, intensiv og barnemedisin er sterkt prioritert. I tillegg pågår det flere arealprosjekter for å bedre kapasiteten. I siste tertial 2013 ble operasjonskapasiteten ved Rikshospitalet utvidet med en stue, og det ble etablert flere

kveldsøkter ved Ullevål. Dette har bedret situasjonen noe for nevrokirurgi og for øyeblikkelig hjelp innen gastrokirurgi og ortopedi.

Handlingsplanene innen det pasientadministrative arbeidet har gitt positive resultater i forhold til ventelister, spesielt knyttet til langtidsventende og fristbrudd. Det opprettholdes fokus på dette området, slik at det arbeides med forbedringer innen enkelte fagområder hvor det fortsatt er for lange ventetider. Det er et spesielt fokus på effektiviteten i poliklinikkene, og det vil bli gjennomført prosjekter i denne sammenheng som del av satsningen i Helse Sør-Øst. Det legges også vekt på samarbeid med andre sykehus innen fagområder med lange ventelister, samtidig som det er planlagt aktivitetsvekst for 2014.

Når det gjelder forløpstider innen kreftområdet, slik de fremkommer i de nasjonale NPR-rapportene, kommer sykehuset ut blant de helseforetak som har de lengste tider fra mottak av henvisning i spesialisthelsetjenesten til oppstart av første behandling. En faktor som gjør at sykehuset kommer dårlig ut her er at forløpstidene som oppgis for sykehuset innbefatter summen av forløpstider ved henvisende sykehus og Oslo universitetssykehus som regionsykehus. Dette gjelder et stort antall pasienter. Ved brystkreft har sykehuset nå endret tidspunktet for registrering av henvisning mottatt i spesialisthelsetjenesten, fra tidligere mottak av henvisning i kirurgisk poliklinikk til nå mottak av henvisning i brystdiagnostisk senter. Dette gir et riktigere bilde av ventetid for pasient, og er nå en nasjonal standard som er i ferd med å bli innført i flere helseforetak. Sammenligning av forløpstider mellom ulike helseforetak kan derfor være misvisende. Men sykehuset har betydelige utfordringer med å klare den nasjonale normen som er å starte behandling innen 20 arbeidsdager etter mottak av henvisning. Det vil bli arbeidet målrettet framover med å korte ned forløpstider for å nå gjeldende nasjonale norm og de nye sykdomsspesifikke forløpstider i pakkeforløpene som vil bli innført i 2015.

### **Arbeidsmiljø**

Sykehuset har et høykompetent og dedikert personale hvor fokus på god pasientbehandling, forskning og fagutvikling til pasientenes beste er viktige drivere for å oppleve at man gjør et nyttig arbeid. Når det gjelder fysiske arbeidsmiljøutfordringer er det "byggningsmassens tekniske standard" og "plassforhold" som meldes som hovedutfordringene. Bygningsmessige tiltak gjennomføres i henhold til prioriteringer og skal imøtekomme pålegg fra Arbeidstilsynet, Branntilsynet og El-tilsynet. Innen psykososialt/organisatorisk arbeidsmiljø er det "arbeidsbelastning" og "bedriftskultur" som er de største utfordringene. Når det gjelder arbeidsbelastning arbeides det bredt med å redusere brudd på arbeidstidsbestemmelsene. Eksempler er tydelig prioritering av arbeidsoppgaver, organisering av arbeidet, målrettede rekrutterings- og ressursplanleggingstiltak for å sikre kritisk kompetanse, benytte personalressurser på tvers, intern personalformidling, målrettede tiltak innen ressursplanlegging og turnusplanlegging, sykefraværsoppfølging og forebygging av sykefravær. Samt kompetanseheving innen ressursplanlegging og regelverk hos ledere i linjen. Når det gjelder kulturbygging er det igangsatt et arbeid via AMU for å styrke dette arbeidet. Det arbeides med en sykehusomfattende handlingsplan innen tema.

### **Forskning, innovasjon og utdanning**

Innen forskning, innovasjon og utdanning gjenspeiles flere av de samme risikoområdene som innen pasientbehandling, blant annet knyttet til

kapasitet/bemanning, utstyr, arealer og IKT-systemer. Det er fortsatt store problemer med IKT-støtte til forskningsmiljøer, jf tidligere orienteringer om manglende kompetanse og ressurser på feltet hos Sykehuspartner. Sykehuset har dialog med Helse Sør-Øst og Sykehuspartner om løsningsalternativer for blant annet forbedret brukerstøtte og egen forskernettløsning til forskere. Helse Sør-Øst har iverksatt prosesser og avsatt midler for 2014 for å forbedre løsningene. Så langt har dette ikke ført til bedring i situasjonen – tvert imot rapporterer flere klinikker om enda større problemer enn før.

Videre etableres et økende antall nasjonale, regionale og lokale kvalitetsregistre. Verdien av registrene avhenger av god datakvalitet og stor dekningsgrad. Tildels manglende strukturering av helseopplysninger og utilfredsstillende IT-infrastruktur (dels nasjonale løsninger) medfører behov for manuell uthenting av data som er svært ressurs- og kompetansekrevende for klinikkene.

Tilstrekkelig tid til, stillinger og karriereveier i forskning rapporteres fortsatt som et problem, og vi ser ikke lenger noen økning i forskningsaktivitet (for tidlig å konkludere med om dette er naturlige svingninger). Dette er en risiko som på sikt kan gå utover faglig utvikling og kvalitet i pasientbehandling og diagnostikk. Kapasitet og logistikk for kliniske studier er ikke tilstrekkelig, og det er i samarbeid med Helse Sør-Øst iverksatt tiltak for å styrke infrastruktur for kliniske studier i sykehuset gjennom et treårig prosjekt. Det vil være et langsiktig arbeid å forbedre logistikk og infrastruktur for kliniske studier vesentlig.

Etterutdanningsaktiviteten, praksisplasser og veiledningskapasitet er for flere yrkesgrupper under sterkt press. Mangelfull veiledning dokumenteres også i nye evalueringer av spesialistutdanning for leger, som viser mange problemområder ved sykehuset. Klinikkerne melder gjennomgående om press på tid til fagutvikling og etterutdanning, og risiko er derfor noe økt på dette feltet sammenlignet med tidligere. Det er fortsatt mangel på utdannede spesialsykepleiere, jf risikobildet for pasientbehandling. Flere utdanningstiltak er iverksatt for å bedre situasjonen.

### **Økonomi og infrastruktur**

Aktiviteten etter 1. tertial 2014 er noe lavere enn budsjett innenfor somatikken. Det er erfaringsmessig noe etterslep i registrering av medisinsk informasjon. Det økonomiske resultatet avviker negativt med 4,4 millioner fra budsjett etter 1. tertial. Prognose for resultat 2014 er et nullresultat som budsjettet.

Problemerkene med for lav investeringsgrad og fornying av medisinskteknisk utstyr er fremdeles til stede selv om foretaket er sikret tilgang på ytterligere investeringsmidler til dette området i årene 2013-2014. I behandlingen av økonomisk langtidsplan for årene 2015-2018 er det derfor lagt til grunn et høyere investeringsnivå enn det som ble besluttet av styret i 2012.

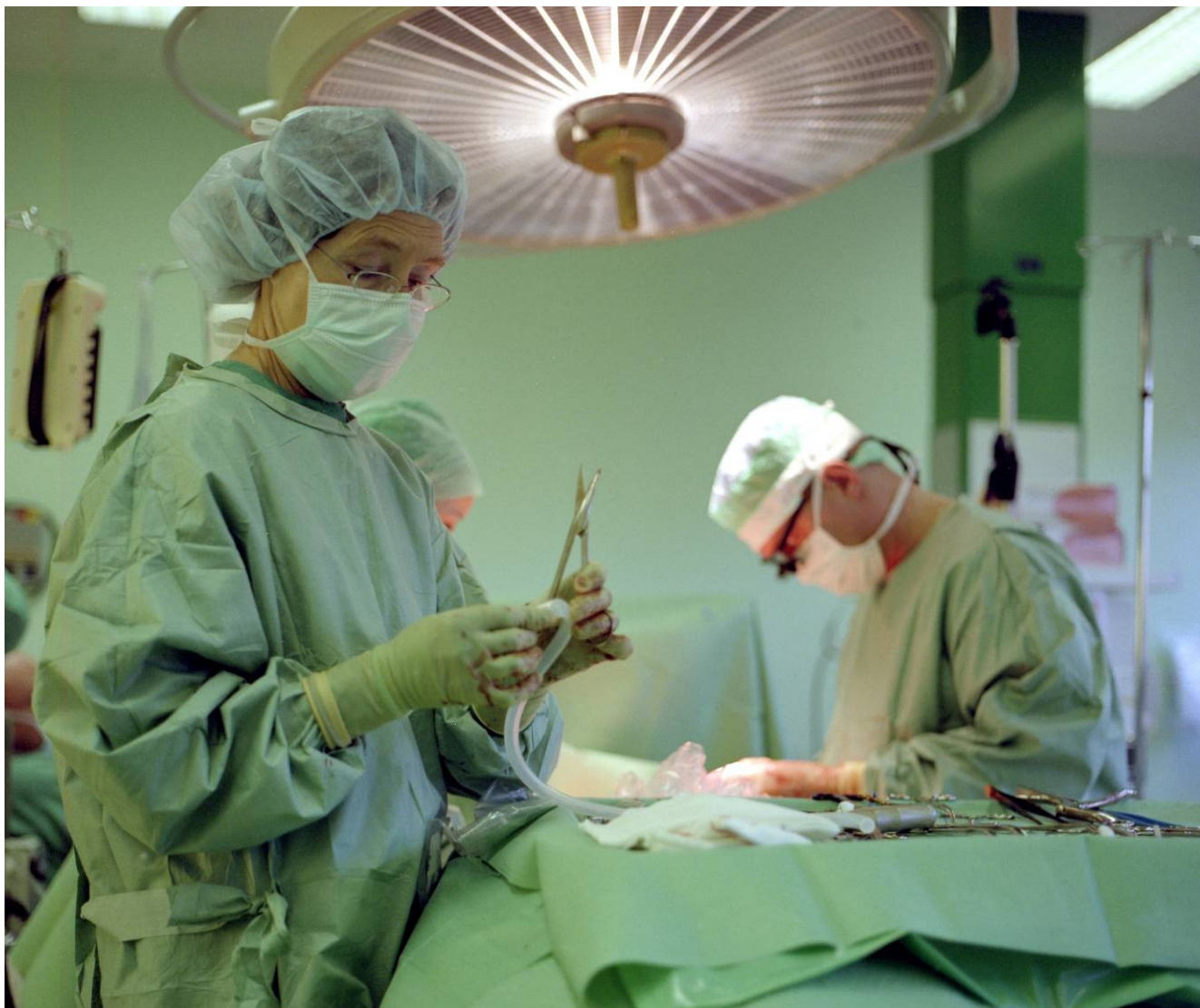
Store deler av bygningsmassen har et vedlikeholdsetterslep, og det er betydelige tilsynskrav innen brann, HMS og elektro som må håndteres. Det arbeides med en rekke tiltak for å lukke tilsynskravene og redusere risikoer.

Det er et jevnt høyt antall kritiske feil i flere IKT-applikasjoner. Dette vil først bedres når felles regionale prosjekter gjennomføres innen klinisk dokumentasjon og infrastruktur. Sykehusets hovedoperativsystem for klienter (ikke servere) vedlikeholdes ikke lenger av Microsoft fra april 2014. Manglende felles innkjøps-

og logistikksystem har vært en betydelig risiko, men felles system implementeres nå i løpet av sommeren 2014.

Det rapporteres om problemer vedrørende leveranser, gjennomføring og kommunikasjon med Sykehuspartner fra de fleste klinikkene. Det er dialog med Sykehuspartner om å sette et antatt leveransetidspunkt for alle tjenesteendringer. Status følges opp løpende, blant annet på kvartalsvise kundemøter. Dette har foreløpig ikke gitt forventete resultater..

Det vises for øvrig til vedlegg 1 og 2 for dokumentasjonsgrunnlag og konkretiseringer.



# Ledelsens gjennomgang

Risikovurdering 1. tertial 2014

med plan for risikoreducerende tiltak

**Vedlegg 1**

Styresak 33/2014



## Innholdsfortegnelse

<b>Risikovurdering</b> .....	<b>4</b>
Pasientbehandling.....	4
Arbeidsmiljø .....	5
Forskning, innovasjon og utdanning.....	5
Økonomi og infrastruktur .....	6
<b>Risikokart for sykehusnivået – 1. tertial 2014</b> .....	<b>7</b>
Risikovurdering av pasientbehandlingen .....	7
Risikovurdering av arbeidsmiljøet .....	8
Risikovurdering av forskning, innovasjon og utdanning .....	9
Risikovurdering av økonomi og infrastruktur .....	10
<b>Risikoreduserende tiltak</b> .....	<b>11</b>
Pasientbehandling.....	11
Arbeidsmiljø .....	14
Forskning, innovasjon og utdanning.....	16
Økonomi og infrastruktur .....	18

# Risikovurdering

Krav om risikovurderinger og risikostyring er gitt i *Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten* (og andre internkontroll-forskrifter) og i *God virksomhetsstyring, rammeverk for virksomhetsstyring, intern styring og kontroll, Helse Sør-Øst*. Oslo universitetssykehus har helt siden etableringen arbeidet systematisk med risikoanalyser, både hendelsesbasert og som ledd i den totale virksomhetsstyringen med rapportering og oppfølging hvert tertial.

Praksis følger av sykehusinternt styringsdokument "Retningslinje for risikovurdering og – styring":

Definisjoner:

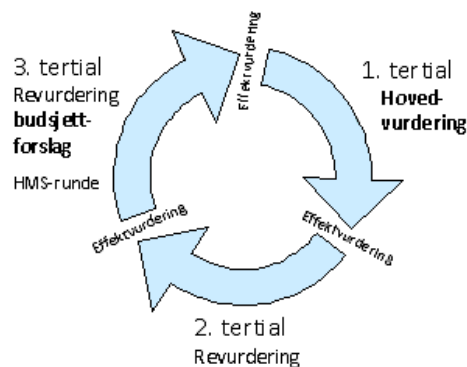
- **Risiko:** Utrykk for kombinasjonen av sannsynlighet for og konsekvensen av et uønsket forhold/ hendelse.
- **Risikoakseptkriterium:** Kriterium som legges til grunn for beslutning om akseptabel risiko.
- **Risikoanalyse:** Systematisk fremgangsmåte for å beskrive og/eller beregne risiko. Risikoanalysen utføres ved kartlegging av uønskede forhold /hendelser og årsaker til og konsekvenser av disse.
- **Risikovurdering:** Samlet prosess for sammenligning av resultater fra risikoanalyser med definerte akseptkriterier for risiko.

Risikovurderingen 1. tertial er en hovedgjennomgang i avdelinger og klinikker. Denne skal gjøres på bakgrunn av avdelingens/ klinikkens resultater og etter at avdelingene har fått årets "oppdrag og bestilling" fra administrerende direktør.

Administrerende direktør får presentert klinikkens risikovurdering gjennom Ledelsens gjennomgang i de klinikkvise møtene.

Klinikkens analyser med tiltaksplaner systematiseres deretter i aktuelle fagstaber sentralt og en totalvurdering gjøres til slutt i sykehusets ledergruppe.

Aggregerte analyser kan være krevende da grad av variasjon ikke fremkommer.



## Pasientbehandling

Sykehuset har fortsatt utfordringer med kapasiteten innen flere deler av virksomheten. Det er imidlertid noe bedring 1.tertial innen radiologi, patologi og operasjonskapasitet, basert på tiltak som er iverksatt. Men radiologikapasiteten er fortsatt utfordrende innen flere fagområder og bidrar til lengre pasientforløp enn ønskelig. Det planlegges fornying av 2 MR-maskiner samt at det i budsjett 2014 er lagt opp til en vesentlig ressursøkning og dermed kapasitetsøkning innen radiologi. En oppbemanning innen radiologi pågår, og det er forventet at dette vil gi gunstig effekt på pasientforløpene utover i 2014. Når det gjelder svartider for patologi er disse i bedring, og ytterligere tiltak er iverksatt/ iverksettes basert på økte ressurser i budsjett 2014. Tilstrekkelig kapasitet og kompetanse innen operasjon,- intensiv-/postop- og overvåkningsområdet er krevende både innen nyfødt og voksen enhetene. Det er stort ledelsesmessig fokus på disse problemstillingene og det arbeides med tiltak på bred front. Det er tidligere opprettet 100 utdanningsstillinger for



spesialsykepleiere hvor operasjon, intensiv og nyfødt er sterkt prioritert. I tillegg pågår det flere arealprosjekter for å bedre kapasiteten. I siste tertial 2013 ble operasjonskapasiteten ved Rikshospitalet utvidet med en stue, og det ble etablert flere kveldsøukter ved Ullevål. Dette har bedret situasjonen noe for nevrokirurgi og for øyeblikkelig hjelp innen gastrokirurgi og ortopedi.

Handlingsplanene innen det pasientadministrative arbeidet har gitt positive resultater i forhold til ventelister, spesielt knyttet til langtidsventende og fristbrudd. Det opprettholdes fokus på dette området, slik at det arbeides med forbedringer innen enkelte fagområder hvor det fortsatt er for lange ventetider. Det er et spesielt fokus på effektiviteten i poliklinikkene, og det vil bli gjennomført prosjekter i denne sammenheng som del av satsningen i Helse Sør-Øst. Det legges også vekt på samarbeid med andre sykehus innen fagområder med lange ventelister, samtidig som det er planlagt aktivitetsvekst for 2014.

Når det gjelder forløpstider innen kreftområdet, slik de fremkommer i de nasjonale NPR-rapportene, kommer sykehuset ut blant de helseforetak som har de lengste tider fra mottak av henvisning i spesialisthelsetjenesten til oppstart av første behandling. En faktor som gjør at sykehuset kommer dårlig ut her er at forløpstidene som oppgis for sykehuset innbefatter summen av forløpstider ved henvisende sykehus og Oslo universitetssykehus som regionsykehus. Dette gjelder et stort antall pasienter. Ved brystkreft har sykehuset nå endret tidspunktet for registrering av henvisning mottatt i spesialisthelsetjenesten, fra tidligere mottak av henvisning i kirurgisk poliklinikk til nå mottak av henvisning i brystdiagnostisk senter. Dette gir et riktigere bilde av ventetid for pasient, og er nå en nasjonal standard som er i ferd med å bli innført i flere helseforetak. Sammenligning av forløpstider mellom ulike helseforetak kan derfor være misvisende. Men vi har betydelige utfordringer med å klare den nasjonale norm å starte behandling innen 20 arbeidsdager etter mottak av henvisning. Det vil bli arbeidet målrettet framover med å korte ned forløpstider for å nå gjeldende nasjonale norm og de nye sykdomsspesifikke forløpstider i pakkeforløpene som vil bli innført i 2015.

## **Arbeidsmiljø**

Sykehuset har et høykompetent og dedikert personale hvor fokus på god pasientbehandling, forskning og fagutvikling til pasientenes beste er viktige drivere for å oppleve at man gjør et nyttig arbeid. Når det gjelder fysiske arbeidsmiljøutfordringer er det "bygningssmassens tekniske standard" og "plassforhold" som meldes som hovedutfordringene. Bygningssmessige tiltak gjennomføres iht prioriteringer og skal imøtekomme pålegg fra Arbeidstilsynet, Branntilsynet og Eltilsynet. Innen psykososialt/organisatorisk arbeidsmiljø er det "arbeidsbelastning" og "bedriftskultur" som er de største utfordringene. Når det gjelder arbeidsbelastning arbeides det bredt med å redusere brudd på arbeidstidsbestemmelsene. Eksempler er tydelig prioritering av arbeidsoppgaver, organisering av arbeidet, målrettede rekrutterings- og ressursplanleggingstiltak for å sikre kritisk kompetanse, benytte personalressurser på tvers, intern personalformidling, målrettede tiltak innen ressursplanlegging og turnusplanlegging, sykefraværsoppfølging og forebygging av sykefravær. Samt kompetanseheving innen ressursplanlegging og regelverk hos ledere i linjen. Når det gjelder kulturbygging er det igangsatt et arbeid via AMU for å styrke dette arbeidet. Det arbeides med en sykehusomfattende handlingsplan innen tema.

## **Forskning, innovasjon og utdanning**

Innen forskning, innovasjon og utdanning gjenspeiles flere av de samme risikoområdene som innen pasientbehandling, blant annet knyttet til kapasitet/bemanning, utstyr, arealer og IKT-systemer. Det er fortsatt store problemer med IKT-støtte til forskningsmiljøer, jf tidligere orienteringer om manglende kompetanse og ressurser på feltet hos

Sykehuspartner. Sykehuset har dialog med Helse Sør-Øst og Sykehuspartner om løsningsalternativer for blant annet forbedret brukerstøtte og egen forskernettløsning til forskere. Helse Sør-Øst har iverksatt prosesser og avsatt midler for 2014 for å forbedre løsningene. Så langt har dette ikke ført til bedring i situasjonen – tvert imot rapporterer flere klinikker om enda større problemer enn før.

Videre etableres et økende antall nasjonale, regionale og lokale kvalitetsregistre. Verdien av registrene avhenger av god datakvalitet og stor dekningsgrad. Tildels manglende strukturering av helseopplysninger og utilfredsstillende IT-infrastruktur (dels nasjonale løsninger) medfører behov for manuell uthenting av data som er svært ressurs- og kompetansekrevene for klinikkene.

Tilstrekkelig tid til, stillinger og karriereveier i forskning rapporteres fortsatt som et problem, og vi ser ikke lenger noen økning i forskningsaktivitet (for tidlig å konkludere med om dette er naturlige svingninger). Dette er en risiko som på sikt kan gå utover faglig utvikling og kvalitet i pasientbehandling og diagnostikk. Kapasitet og logistikk for kliniske studier er ikke tilstrekkelig, og det er i samarbeid med Helse Sør-Øst iverksatt tiltak for å styrke infrastruktur for kliniske studier i sykehuset gjennom et treårig prosjekt. Det vil være et langsiktig arbeid å forbedre logistikk og infrastruktur for kliniske studier vesentlig.

Etterutdanningsaktiviteten, praksisplasser og veiledningskapasitet er for flere yrkesgrupper under sterkt press. Mangelfull veiledning dokumenteres også i nye evalueringer av spesialistutdanning for leger, som viser mange problemområder ved sykehuset. Klinikkerne melder gjennomgående om press på tid til fagutvikling og etterutdanning, og risiko er derfor noe økt på dette feltet sammenlignet med tidligere. Det er fortsatt mangel på utdannede spesialsykepleiere, jf risikobildet for pasientbehandling. Flere utdanningstiltak er iverksatt for å bedre situasjonen.

## **Økonomi og infrastruktur**

Aktiviteten etter 1. tertial 2014 er noe lavere enn budsjett innenfor somatikken. Det er erfaringsmessig noe etterslep i registrering av medisinsk informasjon. Det økonomiske resultatet avviker negativt med 4,4 millioner fra budsjett etter 1. tertial. Prognose for resultat 2014 er et nullresultat som budsjettet.

Problemer med for lav investeringsgrad og fornying av medisinsk-teknisk utstyr er fremdeles til stede selv om foretaket er sikret tilgang på ytterligere investeringsmidler til dette området i årene 2013-2015. I behandlingen av økonomisk langtidsplan for årene 2015-2018 er det derfor lagt til grunn et høyere investeringsnivå enn det som ble besluttet av styret i 2012.

Store deler av bygningsmassen har et vedlikeholdsetterslep og det er betydelige tilsynskrav innen brann, HMS og elektro som må håndteres. Det arbeides med en rekke tiltak for å lukke tilsynskravene og redusere risikoer.

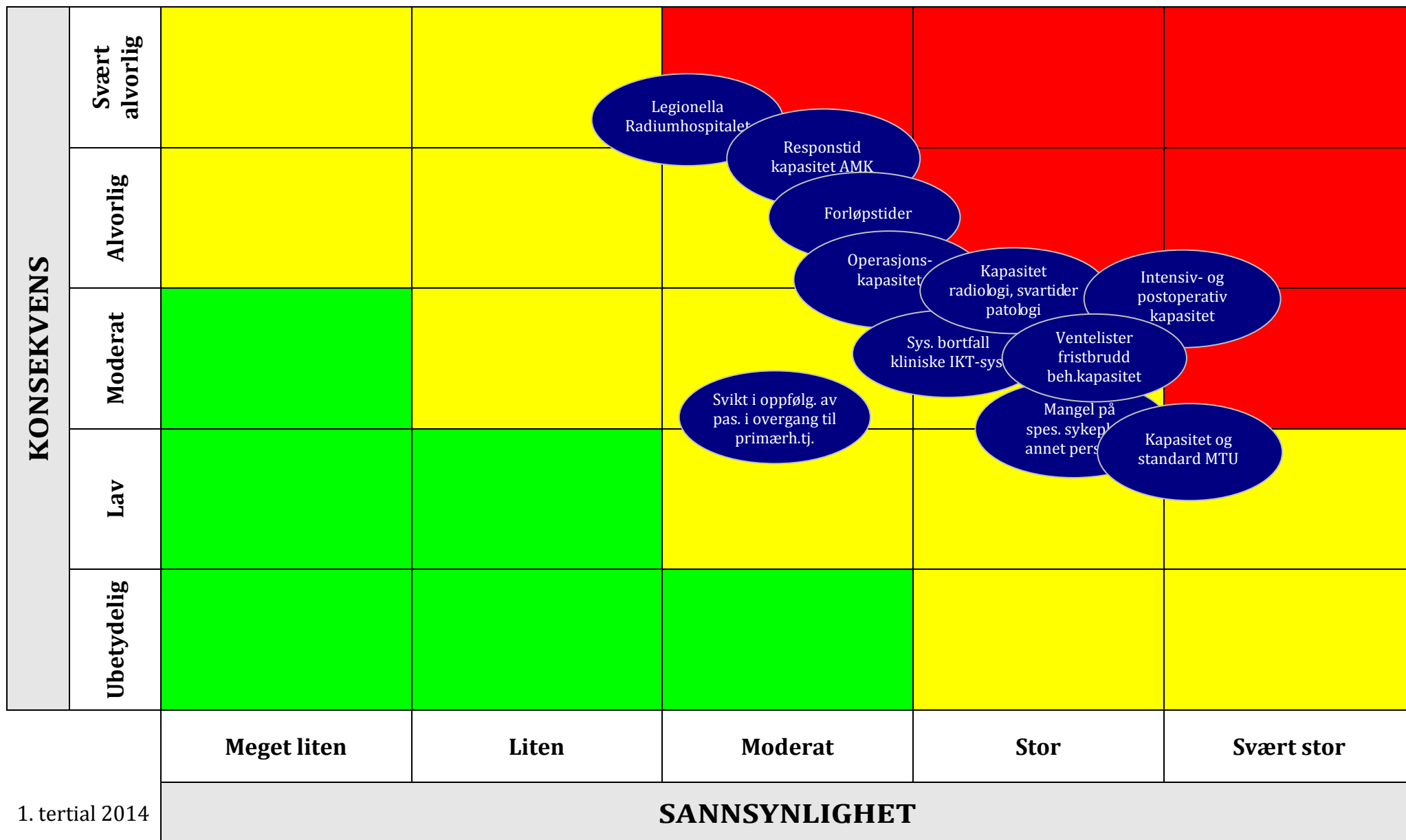
Det er et jevnt høyt antall kritiske feil i flere IKT-applikasjoner. Dette vil først bedres når felles regionale prosjekter gjennomføres innen klinisk dokumentasjon og infrastruktur. Sykehusets hovedoperativ system for klienter (ikke servere) gikk ut av support fra Microsoft april 2014. Manglende felles innkjøps- og logistikksystem har vært en betydelig risiko, men felles system implementeres nå i løpet av sommeren 2014.

Det rapporteres om problemer vedrørende leveranser, gjennomføring og kommunikasjon med Sykehuspartner fra de fleste klinikkene. Det er dialog med Sykehuspartner om å sette et antatt leveransetidspunkt for alle tjenesteendringer. Status følges opp løpende, blant annet på kvartalsvise kundemøter. Dette har foreløpig ikke gitt forventete resultater. Administrerende direktør vil følge opp dette.

# Risikokart for sykehusnivået – 1. tertial 2014

## Risikovurdering av pasientbehandlingen

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



Risikokartet viser identifisert risiko før nye tiltak.

# Risikovurdering av arbeidsmiljøet

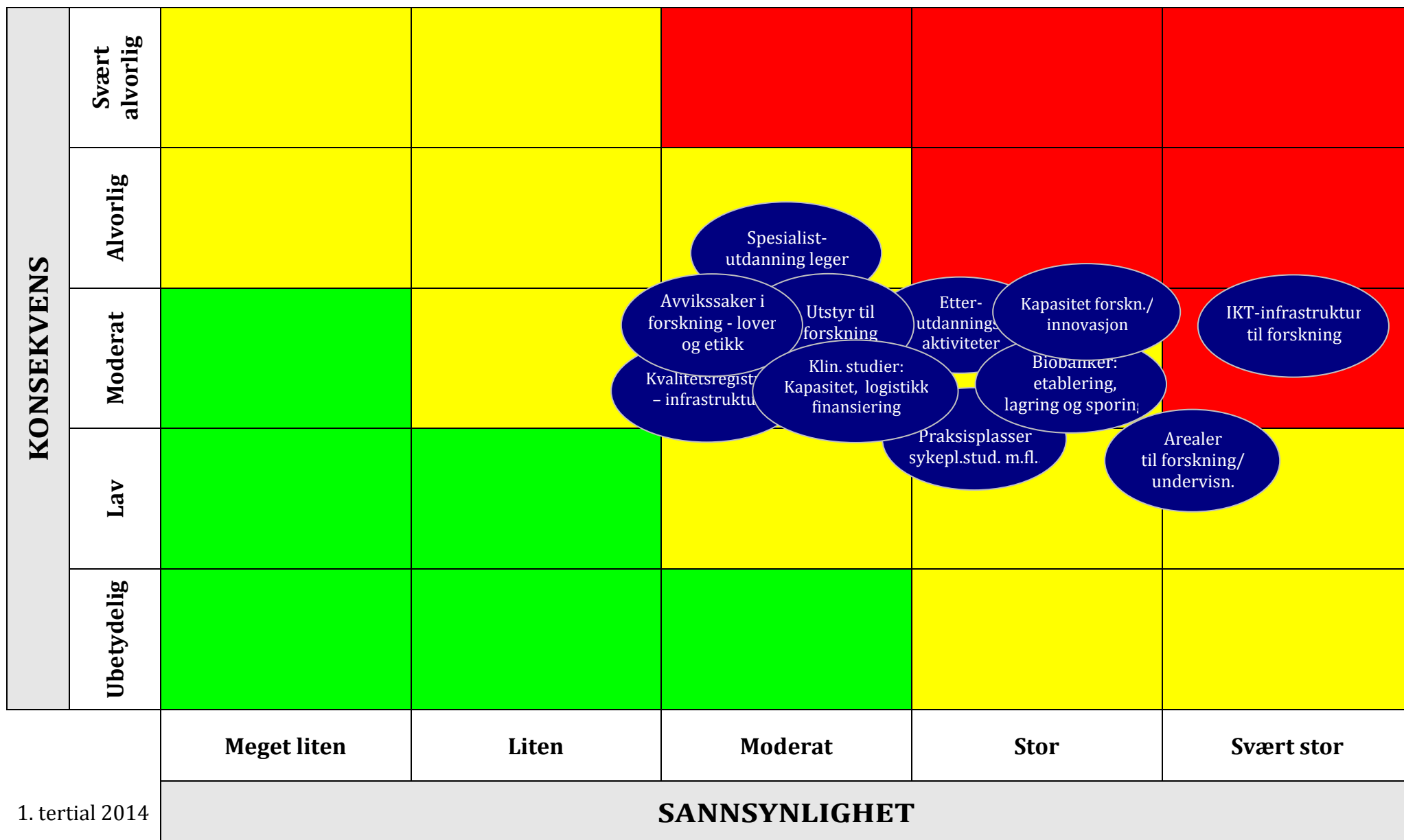
Inkluderer også HMS-, HR- og personalarbeid

<b>KONSEKVENSN</b>	<b>Svært alvorlig</b>	Personskade ulykker				
	<b>Alvorlig</b>			Kjemikalie-eksponering	Bygg- og brannteknisk standard	
	<b>Moderat</b>			Integrasjonsprosessen - kulturutfor.		Plassforhold
	<b>Lav</b>				Systematisk HMS-arbeid	Arbeidsbelastninger
	<b>Ubetydelig</b>					Driftssikkerhet og standard MTU
						Sviktende IKT-støtte
						Inneklima
		<b>Meget liten</b>	<b>Liten</b>	<b>Moderat</b>	<b>Stor</b>	<b>Svært stor</b>
1. tertial 2014	<b>SANNSYNLIGHET</b>					

Risikokartet viser identifisert risiko før nye tiltak.

# Risikovurdering av forskning, innovasjon og utdanning

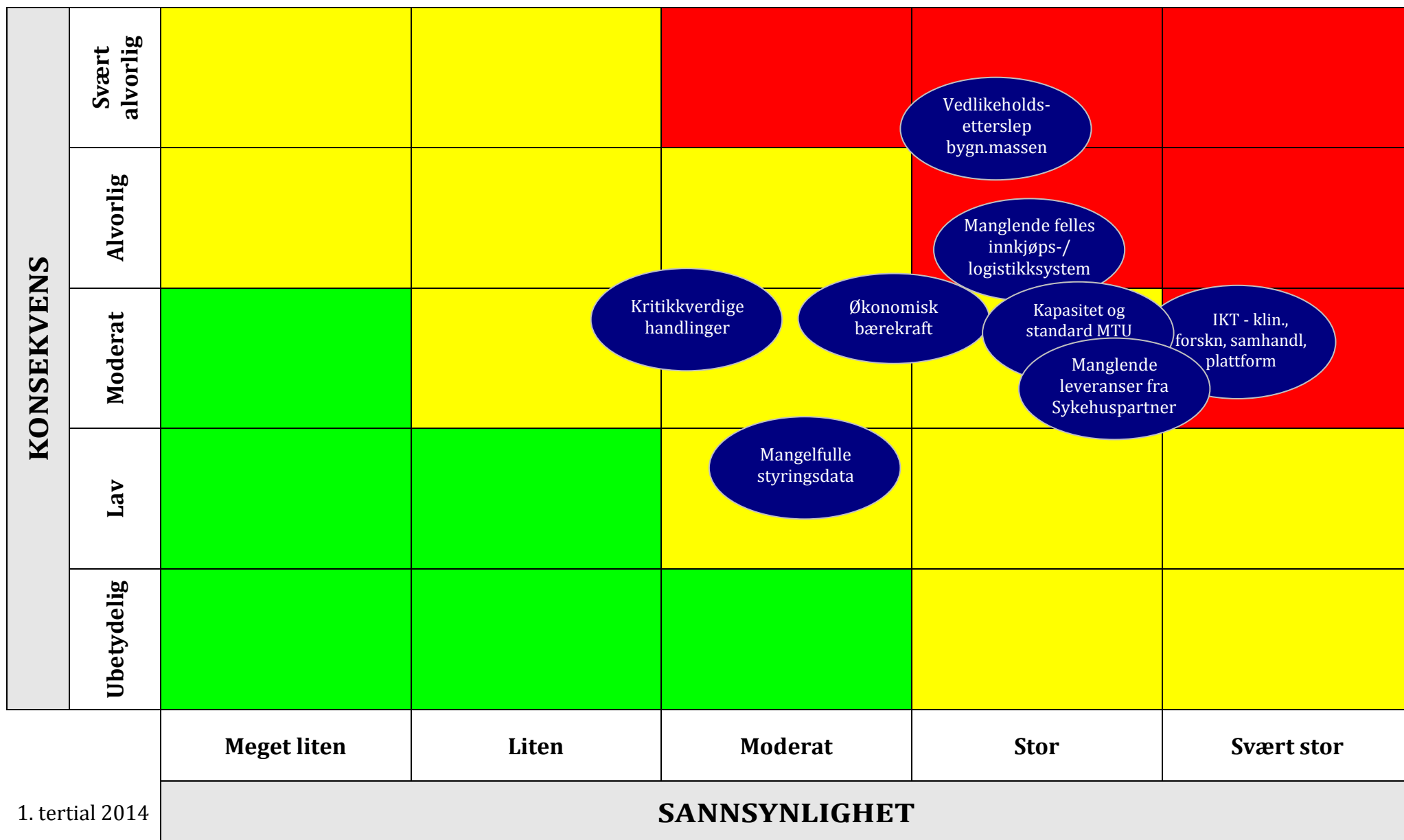
Inkluderer også fagutvikling, kompetanseutvikling og undervisning.



Risikokartet viser identifisert risiko før nye tiltak.

# Risikovurdering av økonomi og infrastruktur

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



Risikokartet viser identifisert risiko før nye tiltak.

# Risikoreducerende tiltak

## Pasientbehandling

Gjelder all medisinsk og helsefaglig virksomhet: Diagnostisk, behandling, omsorg og pasientopplæring samt MTU, samhandling, pasientadministrativt og annet pasientrelatert arbeid.

	Risiko	Tiltak
1.	<b>Intensiv- og postoperativ kapasitet</b>	Øke antall intensivsenger: Kapasitet Ullevål bedret.
		Forprosjekt for omgjøring av sengesentral til intensivplasser på Rikshospitalet pågår.
		Bemanningen ved gen. intensiv 2 ved Rikshospitalet er økt. Rekruttere intensivsykepleiere.
		Bemanningen ved thoraxintensiv ved Rikshospitalet er økt. Ansettelsesprosess pågår.
		Prosjekt vedrørende kartlegging og utvidelse av intermediærsenger som på sikt vil kunne avlaste intensiv pågår
		Bemanningen ved nyfødtintensiv ved Rikshospitalet og Ullevål er økt. Rekruttering er ferdig, opplæring pågår.
		Nytt akuttbygg Ullevål vil totalt sett gi flere PO/ intensivplasser.
2.	<b>Responstid - kapasitet AMK</b>	Det er etablert sammenhengende AMK-sentraler i Helse Sør-Øst som ser hverandres ressurser. Avventer avklaringer fra Sykehuspartner.
		Øke bemanningen ved AMK inkl. to 50 % legestillinger, oppstart juli 2014.
		Reduser svartid for innringere. Registrering av responstid er rapportert til Statens helsetilsyn fra 1.10.2013. Sorterer "pasienter som kan vente" parallelt med henvendelser som kan gå til Oslo kommunale legevakt. Bedring har skjedd, men fortsatt ikke måloppnåelse ut fra Helsetilsynets vurdering.
		Anskaffe nytt IKT-verktøy for beslutningsstøtte og flåtestyring, inkl. web-basert ambulansebestilling. Systemvurdering pågår, deretter utprøving.
		Overføre flere rene transporter til pasientreiser, tiltak iverksatt mars 2014.
		Etablere en sentral i Helse Sør-Øst som koordinerer luftambulanseressursene. Ansatt 6 personer som luftambulansekoordinatorer, opplæring pågår.
3.	<b>Kapasitet radiologi og svartider patologi</b>	Gjennomføre og monitorere vedtatte prioriteringer for bruk av radiologiske undersøkelser. Klinikkerne må tydeliggjøre radiologisk prioritet innen egne pasientgrupper. Klinik for diagnostikk og intervensjon ser nå på muligheten for etablering av brukerstyrte slotter/økter som kan styres av fagavdelingene. Prioritere medisinsk-teknisk utstyr som gir kapasitetsforbedringer. Det er anskaffet og installert ny MR på Radiumhospitalet og anskaffet ny fremføringsmaskin til Patologisk avd. To MR-maskiner skal skiftes ut.

	Risiko	Tiltak
		<p>Øke bemanning innen radiologi med flere radiologstillinger og radiografer, økt budsjett, ansettelser pågår.</p> <p>Sammen med Helse Sør-Øst vurdere behovet for radiologiske tjenester som del av diagnostikk/ behandling i primærhelsetjenesten.</p> <p>Ta initiativ til felles regionale prosedyrer og protokoller innen radiologi slik at antall reundersøkelser og regranskninger reduseres.</p> <p>Omstrukturere og bedre logistikk og arbeidsflyt knyttet til patologiske undersøkelser og svar.</p> <p>Etablere kvalitetsmål og monitorering av svartider (ref. oppdrag 2014)</p>
4.	<b>Legionella-smitte</b> i drikkevannet ved <b>Radiumhospitalet</b>	Systematisk overvåking av vanntemperatur, varmtvann i kjele og rør, legionelladyrkning i vannprøver. Utbytting av dusjhoder. Informasjon til pasienter og ansatte. Gjennomgang og kvalitetssikring av overordnede prosedyrer knyttet til kontrollrutiner og sikkerhetstiltak knyttet til vannsikkerhet.
5.	<b>Operasjonskapasitet</b>	<p>Manglende fasiliteter ivaretas med flytting av aktivitet til Aker(dagkirurgi plastikk, kjevekirurgi). Etablering av fire nye operasjonsstuer i Akuttbygget Ullevål.</p> <p>Inkluderer også fagutvikling, kompetanseutvikling og undervisning.</p>
6.	<b>Sys. bortfall kliniske IKT-systemer.</b> Ved system-bortfall vil helsepersonell ikke ha tilgang til nødvendig pasientinformasjon.	<p>Kontinuerlig sikring av serverpark/service i tett samarbeid med Sykehuspartner.</p> <p>Etablere kommunikasjon- samhandlingsrutiner vedr. oppfølging av avviksrapporter.</p>
7.	<b>Ventelister / fristbrudd / behandlingsskapasitet</b>	<p>Gjennomføringsprosjektet er avsluttet og handlingsplan for oppfølging er etablert. Fokus på ventelister / fristbrudd og status vil inngå i AD sin ordinære oppfølging av klinikkene. Klinikklederne har tilsvarende ansvar for slutføring og oppfølging av alle avd. i egen klinikk.</p> <p>Opplæring og kompetanseheving fra ressurspersoner i direktørens stab tilbys.</p> <p>Kapasiteten er midlertidig økt innen enkelte fagområder, for eksempel gjennom skjerming av elektiv drift og/eller prosjekter for reduksjon av ventelister og håndtering av fristbrudd.</p> <p>Det er etablert avtaler med andre sykehus innen enkelte fagområder for å avhjelpe med sykehusets ventelister.</p> <p>Det er etablert midlertidige fagråd i regionen for å se på kapasiteten innen områder med kapasitetsutfordringer (nevrologi, ortopedi, ØNH, plastikk-kirurgi og øyesykdommer).</p> <p>Etablering av egen AMD-klinikk vurderes siden AMD medfører utfordringer for den samlede kapasitet.</p>
8.	<b>Forløpstider</b>	Etablere og kvalitetssikre flere pasientforløp for kreftpasienter. Basert på sykehusets strategi og handlingsplan skal nye pasientforløp etableres for kolorektal kreft, brystkreft, prostatakreft, lungekreft, eggstokkreft og ØNH-kreft. Oppstart juni 2014.



	Risiko	Tiltak
		Arbeide med å forberede pakkeforløp for alle kreftsykdommer som vil bli innført nasjonalt 2015, med nasjonal norm for sykdomsspesifikke forløpstider.
9.	<b>Kapasitet og standard - medisinsk-teknisk utstyr</b>	Videreføre 3 års plan for utskiftning av medisinsk teknisk utstyr. Systematisk kartlegging av sykehusets utstyr; standard og servicebehov i et samarbeid mellom klinikkene og MTV.
10.	<b>Mangel på spesialsykepleiere og annet personell</b>	Det er etablert en samarbeidsgruppe bestående av HR-stab, stab MHU, stab FiU og OSS som ser på ulike tiltak for rekruttering inklusive stipendordning og utdanningsstillinger. Øke utdanningskapasiteten bl.a. ved fremskyndet studiestart (bl.a. nyfødttintensiv) i samarbeid utdanningsinstitusjoner. Det planlegges og tilrettelegges for strategisk kompetanseutvikling. 100 spesialsykepleiere er nå under utdanning.
11.	<b>Svikt i oppfølging av pasienter i overgang til primærhelsetjenesten</b>	Et eget henvisnings- og epikriseprosjekt vil bli satt i gang i forbindelse med innføringen av DIPS 21/10, dette for å bidra til bedre arbeidsprosesser i klinikkene. Stab samhandling har aktiv, løpende dialog med primærhelsetjenesten for å løse problemer og feil i nåværende fase. Koordinatorfunksjoner er nå etablert i alle relevante klinikker.. Koordinator skal ivareta koordineringsarbeid i forhold til utskrivning av pasienter med behov for tjenester fra ulike forvaltningsnivåer. Funksjonen skal testes i egen pilot ledet av Stab samhandling Aktiv opplæring av klinikkens ansatte i forhold til nivå 1-prosedyre - utskrivningsklare pasienter med behov for kommunale tjenester, er igangsatt. Opplæringen fortsetter, det vil også bli arrangert egne fagdager. Gjennom arbeidet med pasientforløp legges det til rette for gode samhandlingslinjer mellom involverte parter internt og eksternt. Primærhelsetjenesten skal i større grad involveres i det pågående arbeidet, koordinatorfunksjonen vil bli viktig i samarbeidet. Pilotprosjekt, avvikshåndtering mellom sykehuset og fastleger

## Arbeidsmiljø

Inkluderer også HMS-, HR- og personalarbeid

	Risiko	Tiltak – pågående fra tidl.rapportering
1.	<b>Bygg-/brannteknisk standard</b>	<p>Branngjennomgang: Kartlegging av omfang og utarbeidelse av tiltaksplan med hensyn til oppgradering av sprinkler- og brannalarmanlegg.</p> <p>Branntetting og brannseksjonering.</p> <p>Oppfølging av prosjekter og oppgradering av branndokumentasjon.</p> <p>Lukking av avvik vedrørende spesialventilasjon, generell ventilasjon, sikring av fasader/tak og oppgradering av generell slitasje.</p> <p>Gjennomgang av kritisk bygningsflate.</p>
2.	<b>Arbeidsbelastning</b>	<p>Bedre og mer riktig bruk av personalet. Forbedre arbeidsprosesser slik at en jobber smartere og får mer effekt av arbeidsinnsatsen. Gjennomgang av rutiner for å finne forbedrings- og forenklingpunkter. Bruke erfarent fagpersonale for å sikre tilgang til nødvendig kompetanse. Vurdere bemanning i forhold til arbeidsoppgaver. Støttegruppe i sentral stab er etablert.</p> <p>Gjennomgang av tjenesteplaner og turnus. God bemanningsstyring og realistiske planer for bemanningstilpasning. Støttegruppe i sentral stab er etablert.</p> <p>Implementere ressursplanleggingssystem (Brasse) og hente ut effekter. Støttegruppe (sentralt) og lokale stillingsutvalg.</p>
3.	<b>Sviktende IKT-støtte medfører vanskelig arbeids-situasjon for ansatte</b>	Gjennomføre planlagte og vedtatte tiltak.
4.	<b>Plassforhold</b>	Nybygging/ombygging. Fokus på å få avklart flyttinger slik at enheter som hører sammen blir fysisk samlet. God planlegging og medvirkning ved samlokalisering.
5.	<b>Driftssikkerhet og standard - medisinsk-teknisk utstyr</b>	<p>Oppfølging av 3 årsplan for utskiftning av medisinsk teknisk utstyr.</p> <p>Systematisk kartlegging av sykehusets utstyr; standard og servicebehov i et samarbeid mellom klinikkene og MTV.</p> <p>Utvikle gode businesscase med forpliktende effektivisering.</p> <p>Informasjon til ansatte .</p>
6.	<b>Integrasjonsprosessen, kulturutfordringer</b>	<p>Utarbeide arealplan, plan for samlokalisering/flyttinger (igangsatt).</p> <p>Kulturbyggende tiltak blant annet gjennom oppfølging av ny strategi for OUS og videre arbeid med felles lederplattform (internt lederutviklingsprogram, program for ledergruppeutvikling, kollegaveiledning, talentprogram mv) (igangsatt).</p> <p>AMU – engasjement - handlingsplan -&gt; kultur</p>

	Risiko	Tiltak - pågående fra tidl.rapportering
7.	<b>Systematisk HMS-arbeid</b>	Ta i bruk eHMS i alle avdelinger. Økt fokus på opplæring, spesielt at alle ledere gjennomfører obligatorisk HMS-opplæring. Sikre at det opprettes HMS-grupper alle steder.
8.	<b>Kjemikalieeksponering</b>	Vurderer substitusjon i alle avdelinger. Oppdatere stoffkartotek (igangsatt). Gjennomgå og gi opplæring i rutinene for håndtering av kjemikalier.
9.	<b>Inneklima</b>	Oppgradere ventilasjonsanlegg
10.	<b>Personskade, ulykker</b>	Personsikkerhet i ambulanser, helikoptre m.m. gis stor oppmerksomhet. Likevel ser en dessverre beklagelige ulykker og hendelser som det er vanskelig å forebygge.

## Forskning, innovasjon og utdanning

Inkluderer også fagutvikling, kompetanseutvikling og undervisning.

	Risiko	Tiltak
1.	<b>IKT-infrastruktur til forskning:</b> Manglende brukerstøtte, ulikt tilbud i organisasjonen, manglende mulighet for sikker lagring av store datamengder.	Følge opp foranalyse utført av Helse Sør-Øst vedr. IKT for forskning - deltakelse styringsgruppe og prosjektgruppe.
2.	<b>Kvalitetsregistre - dataleveranser og infrastruktur</b>	Videreføre modell i OUS med søknadsbaserte sentrale forskningsmidler til kvalitetsregistre. Etablere en strategi for håndtering av dataleveranser og egnede IT-verktøy for kvalitetsregistre
3.	<b>Kapasitet - forskning og innovasjon</b> - herunder begrensede karriereveier og ansettelses-muligheter innen forskning	Følge opp hvordan tiltak settes inn i klinikkene og hvordan klinikkene arbeider med å implementere sine handlingsplaner for forskning. Dialog med forskningslederne i Forskningslederforum. Øke omfang av og kvalitet på klinikkens søknader om eksternt finansiering, utnytte finansieringskilder. Gradvis implementere felles ordning i OUS med reservert tid for prof II/førstaman. til forskning og utdanning (jf avtale om kombinerte stillinger) (innføres gradvis over fem år fra 2012).
4.	<b>Biobanksfasiliteter: Etablering, lagring og sporing</b>	Prosess for rydding og oppgradering ved Stab FIU og OSS følges opp
5.	<b>Utstyr forskning:</b> Mangel på oppdatert utstyr pga manglende investeringsmidler	Styrket samordning og finansiering av kjernefasiliteter, flere og mer samordnede søknader om eksternt finansierte midler til stort utstyr (NFR), mer sambruk og strategisk koordinering med UiO og mellom miljøer. Arbeide for egen utstyrspott til forskning i OUS fra 2015 - etablering av nytt Fagråd MTU forskning.
6.	<b>Kliniske studier</b> , herunder oppdragsforskning: For dårlig infrastruktur, <b>logistikk, kapasitet og finansiering</b> for kliniske studier.	Styrke samarbeidet med Inven2 og industri vedr. kliniske studier samt det nasjonale nettverket Norcrin. Følge opp treårsprosjekt med særskilt finansiering til støttefunksjoner fra Helse Sør-Øst fra og med 2013, herunder internt nettverk av prosjektkoordinatorer/studiesykepleiere.
7.	<b>Avvikssaker i forskning - lover og etikk</b>	Bidra til at internkontrollsystemer blir tilstrekkelig kjent og forstått i klinikkene, på alle nivåer, herunder gjennom interne kurs og gjennom diskusjoner av enkeltsaker og eksempler med forskningslederne. Tett samarbeid med OUS' tilsynsordinator.
8.	<b>Etterutdanningsaktivitet, fagutvikling og veiledning</b>	Arbeide systematisk med tiltak i Handlingsplan for utdanning. Ferdigstille klinikkvise utdanningsplaner høsten 2014.
9.	<b>Spesialistutdanning leger:</b> problemer knyttet til antall	Arbeide systematisk med tiltak for LIS-kandidater nedfelt i handlingsplan for utdanning, herunder styrke

	Risiko	Tiltak
	hjemler i enkelte fag, mangelfull veiledning og systematisk oppfølging, mangelfull nasjonal rapportering	kontakten med utdanningsutvalgene for spesialistutdanning i avdelingene og delta i evalueringsmøter med spesialitetskomiteer. Følge opp anbefalinger fra komiteene.
10.	<b>Arealer:</b> utilstrekkelige/for lite arealer <b>til forskning og undervisning</b> i flere klinikker, ev. manglende ressurser til oppgradering av lokaler.	Bidra i arbeidet med tilstrekkelige arealer til forskning og undervisning fim strategisk arealplanlegging, og i forbindelse med store forskningssøknader.
11.	<b>Praksisplasser for sykepleierstudenter m.fl.: Særlig:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• vedvarende press på mottak av sykepleiestudenter (bachelor), særlig praksisplasser innen kirurgiske fag.</li> </ul> Videreutdanning i operasjonssykepleie; antall praksisplasser må økes i takt med evt økt dimensjonering på høyskolene.	Vurdere om det er ubenyttet kapasitet i OUS og om poliklinikker kan benyttes i større grad. Dette krever en spesiell oppfølging også fra høyskolenes side. Dette er temaer som diskuteres i samarbeidsmøter med høyskolene.  Behov for flere praksisplasser til videreutdanningsstudenter er en problemstilling vi i økende grad må planlegge for i OUS dersom høyskolene øker kapasiteten i takt med sykehusets behov for flere operasjonssykepleiere. Dette må følges opp både sammen med klinikkene og høyskolene.

## Økonomi og infrastruktur

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

	Risiko	Tiltak
1.	<b>Vedlikeholdsetterslep for bygningsmassen</b>	Lang sikt: Ferdigstille idéfasearbeidet som første ledd i avklaring om erstatning av den gamle bygningsmassen Gjennomføre arealutviklingsplanen for sykehuset. Kfr. arealutviklingsplan OUS 2025 samt Multimaprapport (Tilstandsanalyse)
		Kort sikt: Fortsette gjennomføring av midlertidige oppgraderinger i gamle bygg for å imøtekomme de mest alvorlige tilsynskravene innen brann, HMS og elektro.
2.	<b>Manglende felles IKT-system for innkjøp og logistikk</b> på tvers av lokaliseringene	Implementere felles innkjøps- og logistikksystem for OUS HF sommeren 2014-06-04
3.	<b>IKT- klinisk, forskning, samhandling plattform</b>	Kort sikt: Drifter videre allerede etablerte løsninger som delvis kompenserer for risikoene som først blir løst med nye systemer. (Det iverksettes ikke nye kortsiktige tiltak ettersom ressursene primært settes inn i implementering av de nye systemene)
		Kliniske systemer: Dipsprosjektet 2014, regional RIS PACS – Q4 2015, laboratoriesystemer regionalt system 2016
		Forskernett: Pågår arbeid i regi av regionen som vurderer nytt nett. Eksisterende nett oppgraderes som del av infrastrukturmodernisering
		Infrastruktur: Oppgraderes i regi av fornyingsstyrets infrastrukturmoderniseringsprogram til 2016 (mulig revidert planverk med tidligere leveranse)
		Samhandling: Igangsatt prosjekt epikriser Q1 2015, min journal breddes i sykehuset og regionalt (pågående)
4.	<b>Kapasitet og standard medisinsk-teknisk utstyr:</b> Sykehuset har en meget lang gjennomsnittlig alder på utstyret målt opp mot de andre foretakene i regionen, og dette øker risikoen for driftstans.	3 års plan vedtatt av styret i 2012 (Økonomisk langtidsplan 2013-2016 – 350 mill kroner per år)
		Utvidet plan for investeringer behandlet av styret april 2014 (økonomisk langtidsplan 2015-2014) for å redusere gjennomsnittlig levetid på utstyr i OUS HF
		Fortsette den systematiske kartlegging av sykehusets utstyr; standard og servicebehov i et samarbeid mellom klinikkene og MTV
		Prioritere og gjennomføre investeringer som er driftsøkonomisk lønnsomme
5.	<b>Manglende leveranser fra Sykehuspartner</b>	Styrket dialog med Sykehuspartner. Adm.dir initiativ. Status følges opp løpende, blant annet på kvartalsvise kundemøter.
6.	<b>Økonomisk bærekraft:</b> Driftsøkonomi som gjør det mulig å gjennomføre	Utarbeide og gjennomføre den plan som er lagt for krav til effektivisering i økonomisk langtidsplan med 1,5 pst per år i perioden 2015-2018 for å sikre finansiering av

	Risiko	Tiltak
	investeringer slik at sykehuset driftes i moderne og adekvate bygg og med oppdatert medisinsk teknisk	investeringer slik at sykehuset driftes i moderne og adekvate bygg og med oppdatert medisinsk teknisk utstyr
7.	<b>Kritikkverdige handlinger</b>	Etablere et helhetlig system for internkontroll innenfor økonomiområdet i helseforetaket (beskrivende dokument). Gjennomføre sykehusets overordnede plan for kontrollhandlinger.
8.	<b>Mangelfulle styringsdata</b>	Videreutvikle LIS og tilrettelegge for gode styringsdata for lederne.

Målgruppe: Foretaksstyret  
Faglig ansvarlig: Stabsdirektør Eva Bjørstad, Stab pasientsikkerhet og kvalitet  
Dato: 18.06.2014



[www.oslo-universitetssykehus.no](http://www.oslo-universitetssykehus.no)

Oslo universitetssykehus eies av Helse Sør-Øst og består av blant annet Aker sykehus, Ullevål sykehus, Rikshospitalet og Radiumhospitalet. Post til foretaksledelsen: Oslo universitetssykehus, Postboks 4950 Nydalen, 0424 Oslo. Sentralbord: 02770.





# Ledelsens gjennomgang

## Utvalgte områder og kommentarer

1. tertial 2014

Vedlegg 2  
Styresak 33/2014

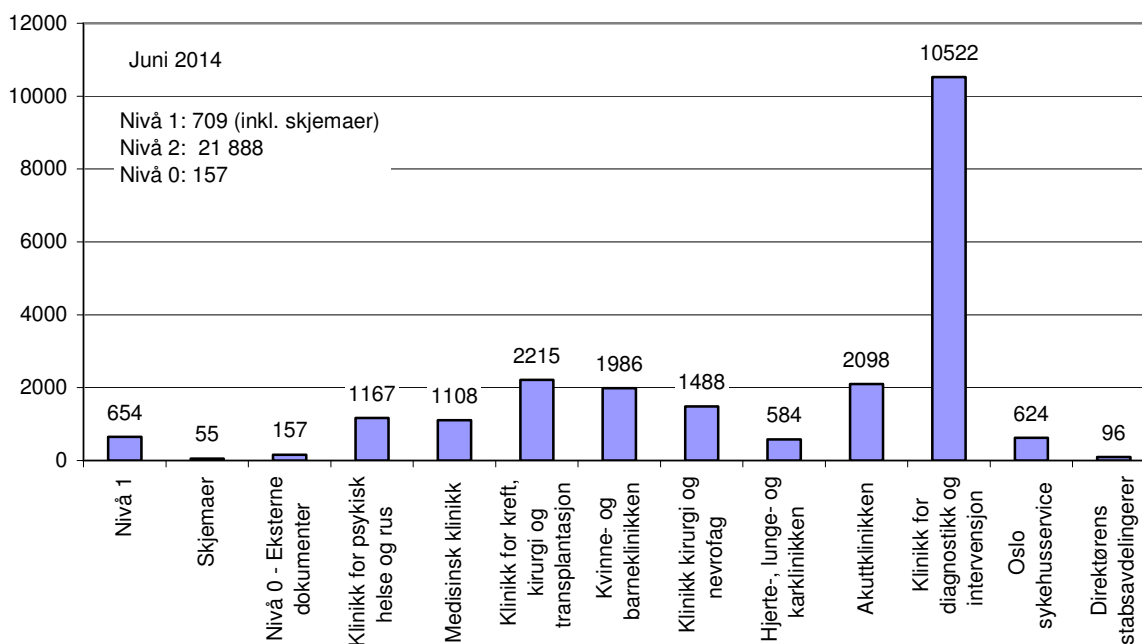
## Innholdsfortegnelse

<b>1. Virksomhetsstyring, intern styring og kontroll .....</b>	<b>3</b>
1.1 Styrende dokumentasjon som ledd i god intern styring og kontroll.....	3
1.2 Hendelsesregistrering og avvikshåndtering .....	5
1.3 Kontrolltiltak.....	9
1.4 Juridiske forhold .....	15
<b>2. Brukermedvirkning .....</b>	<b>17</b>
2.1 Brukerutvalget.....	17
2.2 Ungdomsrådet.....	18
<b>3. Pasientbehandling med fokus på pasientsikkerhet og samhandling.....</b>	<b>19</b>
3.1 Uønskede pasienthendelser .....	19
3.2 Sykehusinfeksjoner.....	22
3.3 Sykehusobduksjon .....	22
3.4 Melding til Kunnskapscenteret etter Spesialisthelsetjenestelovens § 3-3.....	23
3.5 Varsel til Statens helsetilsyn etter Spesialisthelsetjenestelovens § 3-3a.....	23
3.6 Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) .....	24
3.7 Pasientsikkerhetskampanjen/programmet.....	24
3.8 Journalundersøkelser med Global Trigger Tool (GTT) .....	25
3.9 Brukertilbakemeldinger .....	26
3.10 Pasientsikkerhetsvisitter .....	28
3.11 Publisering av uønskede hendelser på nett.....	29
3.12 Klager fra pårørende og deres representanter.....	31
3.13 Tjenesteavtaler .....	32
3.14 Status for pågående samhandlingsprosjekt.....	34
3.15 Praksiskonsulentordningen.....	36
3.16 Elektronisk samhandling .....	36
3.17 Habilitering/rehabilitering og koordinerende enhet/koordinatorfunksjonen .....	38
3.18 Status for arbeidet med å etablere pasientkoordinatorfunksjonen.....	38
3.19 Utskrivningsklare pasienter .....	38
3.20 Reinnleggelse .....	39
3.21 Pilotimplementering av Standarder for likeverdig helsetjeneste .....	39
3.22 Tolk og tolketjenester .....	39
3.23 Tro og livssyn.....	40
<b>4. Opplæring av pasienter og pårørende .....</b>	<b>42</b>
<b>5. Utdanning av helsepersonell.....</b>	<b>44</b>
<b>6. Forskning og utvikling.....</b>	<b>47</b>
6.1 Vurdering av forskningsaktivitet i 2013 .....	47
6.2 Innovasjon .....	50
<b>7. Arbeidsmiljø (Helse Miljø Sikkerhet) .....</b>	<b>52</b>
7.1 Brudd på arbeidstidsbestemmelser .....	52
7.2 Helse Miljø Sikkerhet (HMS) avvik .....	55
<b>8. Kommunikasjon og omdømme .....</b>	<b>64</b>
8.1 Omdømme .....	64
8.2 Internett .....	65
8.3 Kvalitet på nett.....	66
8.4 Intranett .....	66
8.5 Nyhetsbrev .....	68
8.6 Politiske besøk til sykehuset i perioden.....	68
8.7 Overordnede prosjekter med særlig kommunikasjonsfokus i perioden .....	69
8.8 I media .....	69
8.9 Sosiale medier .....	70
<b>9. Referansetabeller.....</b>	<b>72</b>
9.1 Eksterne tilsyn gjennomført i 1. tertial 2014.....	72
9.2 Eksterne tilsyn fra tidligere perioder - fortsatt under arbeid.....	73
9.3 Omdømmeundersøkelsen .....	74

# 1. Virksomhetsstyring, intern styring og kontroll

## 1.1 Styrende dokumentasjon som ledd i god intern styring og kontroll

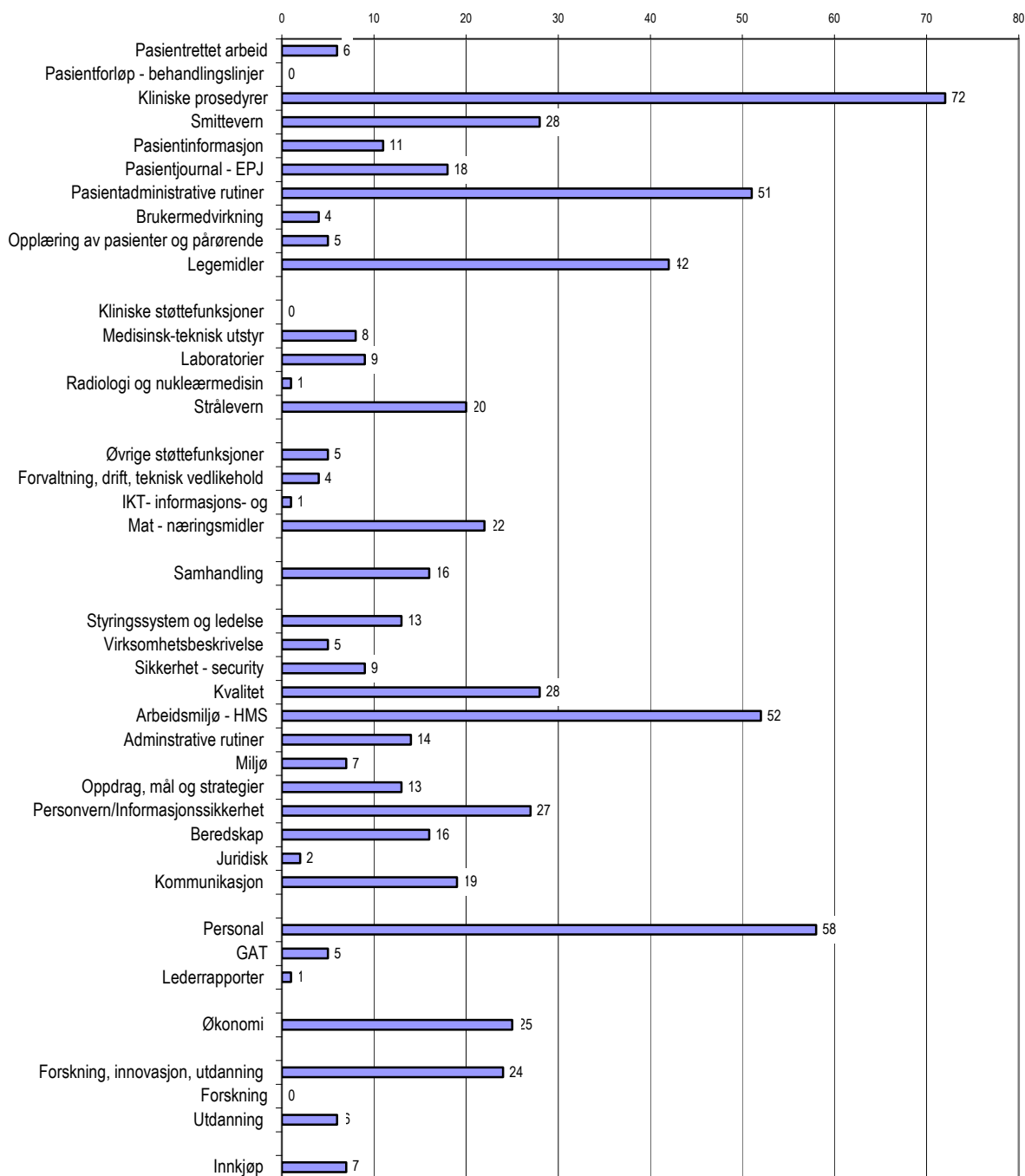
Sykehuset virksomhetsstyring er dokumentert i sykehusets system for styrende dokumentasjon eHåndbok. Lederne har ansvaret for at de nødvendige dokumentene blir utarbeidet og at de ansatte finner de dokumentene de trenger i det daglige arbeidet. Ved utgangen av 1. tertial har sykehuset totalt 22 754 prosedyrer, retningslinjer og andre styrende dokumenter. Det store antallet dokumenter medfører behov for regelmessig oppfølging og oppdatering. Det blir daglig oppdatert mellom 20-50 dokumenter, og det viser at lederne er oppmerksomme og sørger for at dokumentene holdes ved like.



Figur 1. Antall styrende dokumenter i eHåndbok.

Fra opprettelsen av Oslo universitetssykehus HF til 2013 lå det mange dokumenter i gamle håndbokssystemer fra de tidligere sykehusene. For ett år siden ble ordinær tilgang til disse systemene stengt uten store konsekvenser. Fortsatt er det imidlertid utfordringer ved at noen dokumenter finnes i papirhåndbøker, er lagret på lokale filområder eller i spesielle applikasjoner. Spredningen på forskjellige medier vanskeliggjør tverrfaglig tilnærming og samarbeid. Det blir i år derfor satt fokus på opprydding slik at sykehusets dokumenter blir utviklet og gjort tilgjengelig på en samordnet måte, og etter de retningslinjer som er satt for vår felles dokumentsamling.

eHåndbok har kun vært tilgjengelig internt i sykehuset. Pasientinformasjon og andre dokumenter av verdi for eksterne parter har manuelt blitt flyttet over til sykehuset internettsider. For å forenkle dette arbeidet og bedre tilgjengeligheten utvikles nå en speilet versjon av eHåndbok på Internett. Trolig vil denne løsningen bli ferdigstilt og tatt i bruk fra høsten i år. Parallelt med etableringen gjøres en opprydding og kvalitetsgjennomgang av de dokumenter som skal gjøre tilgjengelige eksternt.



Figur 2. Fordeling av styrende dokumenter på nivå 1 innen de ulike områder. Vesentlige områder er beskrevet med nødvendig styringsdokumenter.

I løpet av kort tid vil antall nivå 1-dokumenter øke betraktelig grunnet innføringen av DIPS. Prosjektet for elektronisk pasientjournal (EPJ-prosjektet) har utarbeidet mer enn 200 dokumenter som nå blir lagt inn i systemet. Alt skal være på plass til opplæringen og oppstarten i oktober.

Blant sykehusets 150 virksomhetsomfattende kliniske prosedyrer er ca en tredel (44) utarbeidet i henhold til kriteriene for kunnskapsbaserte prosedyrer. Blant de fagprosedyrene som Helsebibliotekets Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer legger

tilgjengelig for landets fagfolk innen helsetjenesten har Oslo universitetssykehus HF utarbeidet 41 av totalt 81 kunnskapsbaserte prosedyrer.

## 1.2 Hendelsesregistrering og avvikshåndtering

Oslo universitetssykehus HF har sikkerhet og trygghet for pasienter og ansatte som viktige mål for virksomheten. Et viktig ledd i å virkeliggjøre dette er å registrere hendelser og risiko systematisk, analysere årsaker og sette inn forbedringstiltak der det er nødvendig for å forebygge unødige tap/skader. Det er i løpet av 1.tertial utarbeidet nye rapportert til alle ledernivåer gjennom det elektroniske systemet "Achilles". Leder mottar e-post om hver nye sak til behandling. Det sendes påminnelse hver mandag for saker som ikke er behandlet innen frist. Leder innhenter nødvendig informasjon fra relevante ansatte for å dokumentere hendelsesforløpet, og skriver sin vurdering av bakenforliggende årsaker til risikoforhold. Fokus skal være på hva som skjedde og hvorfor (systemfokus), ikke på hvem som forårsaket hendelsen (personfokus). Det skrives en konkret og klar konklusjon forståelig for alle interessenter. Leder bruker årsaksanalysen som grunnlag for å beslutte tiltak rettet mot varig reduksjon av risiko der dette er nødvendig.

Mindre alvorlige hendelser som er ferdig behandlet med forbedringstiltak eller akseptabel risiko kan lukkes lokalt. Saker med høy risiko for pasientskade videresendes tjenestevei og behandles i klinikkens Pasientsikkerhets- og kvalitetsutvalg, som drøfter saken og avgjør om den er tilstrekkelig analysert og dokumentert med hensyn til forbedringstiltak og akseptabel risiko.

Utvalgte uønskede hendelser, status i avviksbehandlingen, klagesaker, konklusjoner fra Fylkesmannen og fra andre tilsyn sendes i tillegg hver måned til Sentralt kvalitetsutvalg. Utvalget ledes av adm.direktør og består av klinikkledere, pasientombud, hovedverneombud, brukerrepresentanter, ansatte representanter, leder klinisk etikk komite og stabsdirektører.

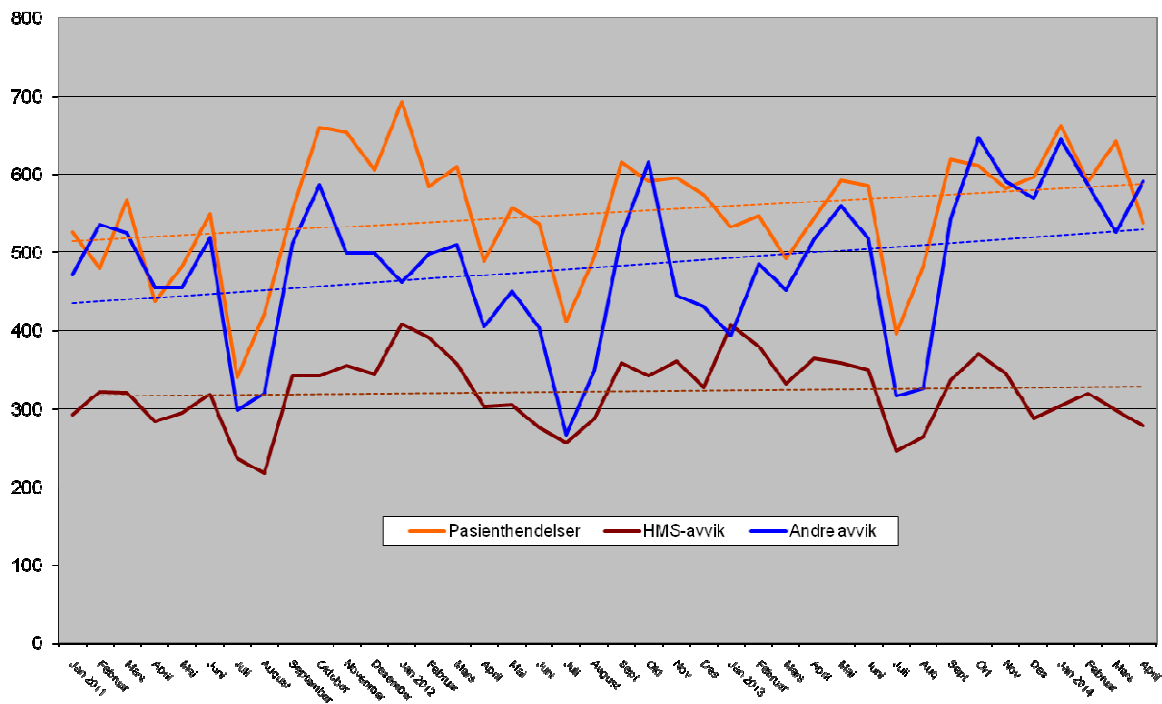
Ledere på alle nivåer mottar hver uke en automatisk rapport for lederens enhet(er) pr e-post.

Rapporten inneholder:

- oversikt over restanser (saker til behandling) per leder saksbehandler
- brukertilbakemeldinger forrige måned, svarfordeling og kommentarer
- alvorlige og potensielle hendelser registrert siste uke
- alvorlige og potensielle hendelser lukket siste uke
- tilsynsrapporter og kommende eksterne tilsyn
- nye tilsynssaker og konklusjoner fra Fylkesmannens behandling av klagesaker

Det er bare små endringer i ansattes registrering ved uønskede hendelser/avvik. Totalt antall registrerte avvik i første tertial viser en beskjeden nedgang i forhold til forrige tertial (Figur 3) men har økt med 5 % sammenliknet med 1. tertial i 2013. Det er særlig innenfor kategoriene "pasienthendelser" og "andre avvik" det har vært en økning, og registreringsfrekvensen er tilbake på samme nivå som første tertial 2012. Dette er et tegn på at registreringskulturen fremdeles er god og og kanskje økende. Som ved tidligere tertialrapporter ser en dette som en positiv og ønsket utvikling, og som et tegn på at

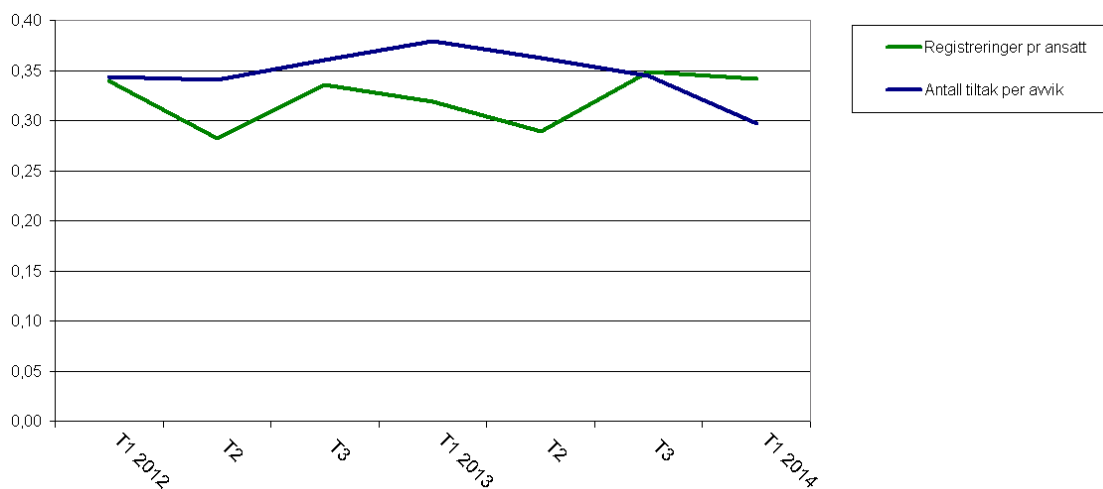
sykehusets medarbeidere kjenner til og i hovedsak har tillit til Achillesverktøyet og oppfølging av avvik. Likevel må det understrekes at registreringsfrekvensen ikke gir uttrykk for faktisk forekomst av uønskede hendelser i sykehuset.



Figur 3. Registrerte avvik per måned. Kilde: Achilles

Andelen hendelser med "ingen/ubetydelig faktisk konsekvens" er 51 %, som er en svak oppgang sammenlignet med samme tertial i 2013. Registrering av hendelser av denne type er en indikator på forståelsen av at slike registreringer også bidrar til å avdekke risiko som i neste omgang kan gi et mer alvorlig utfall. Økningen er derfor en ønsket utvikling.

Ledere har i sin avviksbehandling registrert 1779 forbedringstiltak i perioden. Målt mot 5980 avviksregistreringer i perioden, går tiltaksindikatoren noe ned til 0,30 tiltak per avvik (Figur 4)



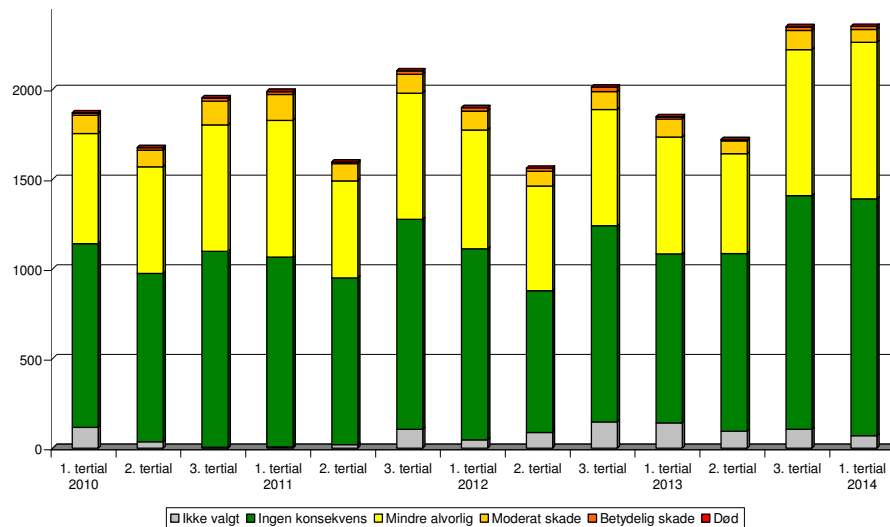
Figur 4. Aktivitetsindikator avviksbehandling per tertial. Antall registrerte saker/ansatt i Oslo universitetssykehus HF. Dokumenterte forbedringstiltak/avvik. Kilde: Achilles.

### 1.2.1 Andre avvik og forbedringsforslag

Alle avviksregistreringer kategoriseres i hovedkategoriene "Pasienthendelse", HMS hendelse" eller "Andre avvik og forbedringsforslag". Avviksregistreringer av typen " Andre avvik og forbedringsforslag" inkluderer:

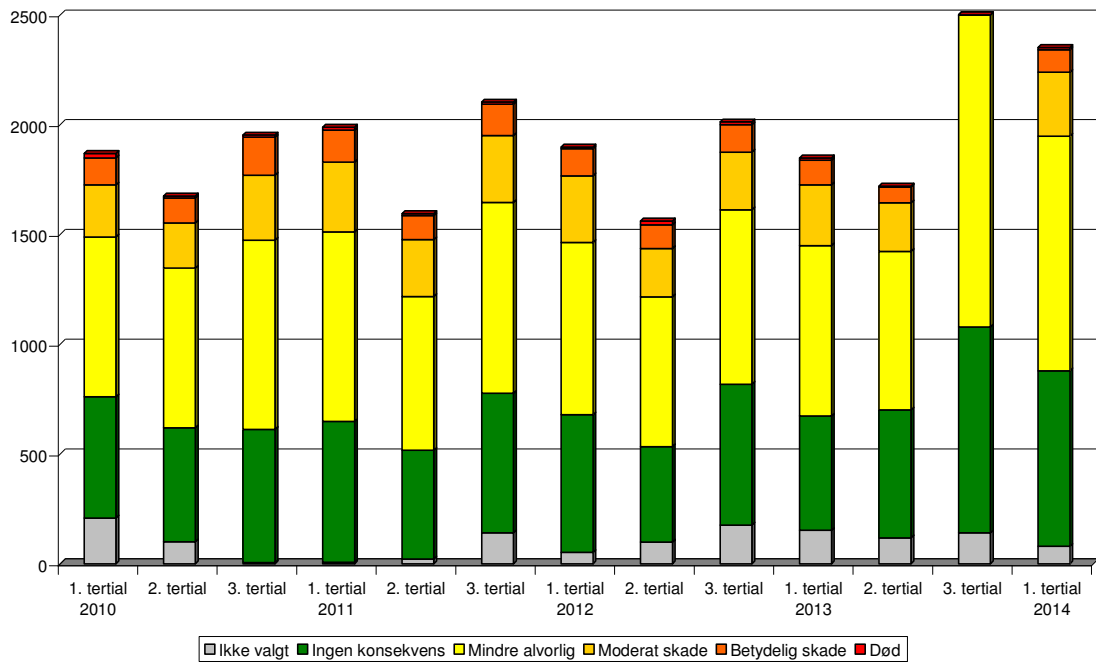
- Driftsavvik
- Laboratorieavvik
- Informasjonssikkerhet
- IK-mat
- Intern service
- Forbedringsforslag.

Registreringene i hovedkategorien "Andre avvik og forbedringsforslag" (Figur 5 og Figur 6) viser at antall registreringer er på samme nivå med forrige tertial. Den største økningen er innen kategoriene "forbedringsforslag", "smittevern / hygiene" og "laboratorieavvik".



Figur 5. Avviksregistrering i hovedkategorien "Andre avvik". Faktisk konsekvens. Kilde: Avvikssystemet Achilles.

Ca. en tredjedel av registreringene er laboratorierelaterte avvik, i all hovedsak med ingen eller mindre alvorlig konsekvens.

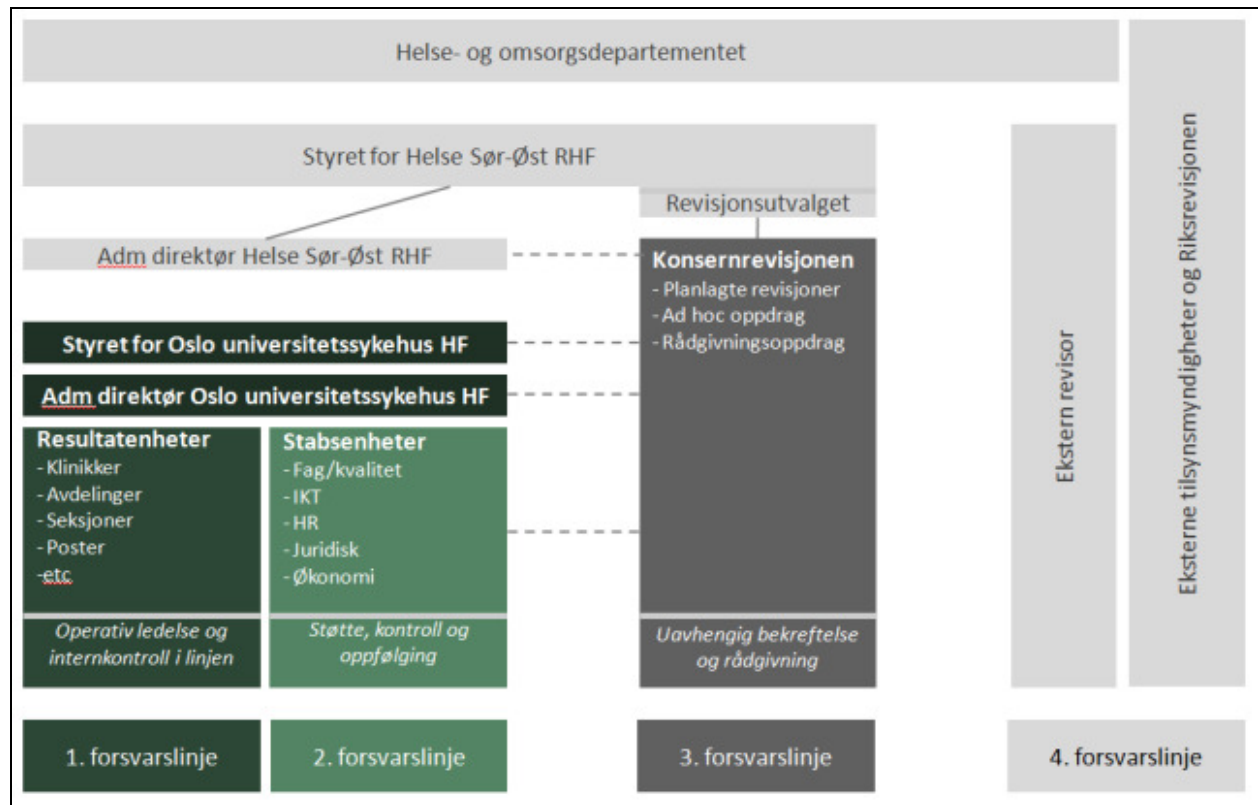


Figur 6. Avviksregistrering i hovedkategorien "Andre avvik". Potensiell konsekvens. Kilde: Avvikssystemet Achilles.



### 1.3 Kontrolltiltak

Oslo universitetssykehus HF har et etablert system for internkontroll, og som "Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten" påpeker, skal det være "oppfølging og kontroll av internkontrollen".



Figur 7. Kontrollstruktur

#### 1.3.1 Revisjoner

Den lokale ledelsen har et selvstendig ansvar for å utøve internkontroll i eget myndighetsområde. Flere av klinikkene har etablert god praksis med interne revisjoner (egenrevisjoner), og det er i perioden blitt utdannet en rekke nye internrevisorer.

Internrevisjonen ved Oslo universitetssykehus skal på vegne av administrerende direktør være et ledd i internkontrollansvaret; se etter om det er etablert og gjennomført tilfredsstillende intern styring og kontroll. Revisjonsområdene blir valgt ut på bakgrunn av risikoanalyser og aktualitet (Styresak 28/2014). Internrevisjonen er organisert i Direktørens stab.

Internrevisjonen understøtter også klinikkenes arbeid med å etablere, gjennomføre og følge opp arbeidet med intern styring og kontroll. Internrevisjonen samhandler med og benytter også andre eksterne aktører, som for eksempel kjøp av revisjonstjenester fra Sykehusapotekene.

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

## **Samhandling mellom Internrevisjonen og Konsernrevisjonen**

Siden 2010 har det vært et praktisk samarbeid med Konsernrevisjonen gjennom regelmessige møter med avdeling for Pasientsikkerhet og kvalitet (månedlig) og med administrerende direktør (tertialvis).

Et samhandlingsmål er å etablere revisjonsplaner hvor sykehusets interne revisjoner sees i sammenheng med Konsernrevisjonens revisjoner. Hensikten er å sikre god ressursutnyttelse og en best mulig dekning av revisjonsområder for å sikre ivaretagelse av administrerende direktørs ansvar for å etablere og gjennomføre internkontroll.

## **Revisjoner utført av internrevisjonen**

I 1. tertial har det vært følgende revisjonsaktivitet:

- Punktrevisjon – Oppfølging av Gjennomføringsprosjektet  
Prosjektet var sykehusomfattende og tok for seg alle funn fra tidligere revisjoner om det pasientadministrative arbeidet, samt forbedringsområdene fra det regionale helseforetakets prosjekt - "Glemte av sykehuset". Formålet var å evaluere/måle hvordan klinikkene fulgte opp intensjonene i Gjennomføringsprosjektet.

Revisjonen hadde 7 punkt revisjoner på seksjoner i alle aktuelle klinikker.

Funnene viste at mange tiltak kun delvis er gjennomført og/eller kun delvis har hatt effekt.

Resultatene fra revisjonen ble presentert i Sentralt kvalitetsutvalg 12. mai 2014. Klinikkllederne følger opp funnene i egen klinikk.

## **Andre revisjoner**

- Legemiddelrevisjon på Barsel RH, Kvinne- og barneklubben.  
Kartlegging av status på implementering av styrende dokumenter innen legemiddelområdet. Sykehusets legemiddelkomite vil høsten 2014 informere videre om eksistens og bruk av disse dokumentene. Området er også definert som et tiltaksområde i Handlingsplan for pasientsikkerhet i Oslo universitetssykehus HF 2014.  
Utført av Sykehusapoteket på oppdrag for Oslo universitetssykehus HF.
- IK-mat revisjoner  
5 revisjoner utført ved 3 postkjøkken og 2 hovedkjøkken.  
Revisjoner utført av intern faginstans (Oslo sykehuservice).

## Opplæring og bistand i revisjonsarbeid

- Medisinsk klinikk.

Klinikken har nedsatt en ressursgruppe for revisjonsarbeidet og det ble gjennomført et 3 dagers bedriftsinternt grunnkurs i revisjonsteknikk. De 16 kursdeltakerne var deretter observatører i tre revisjoner i klinikken. Kursdeltakerne vil videre få en veiledet opplæring gjennom klinikkens egenrevisjoner.

Tema for læringsrevisjonene var avvikhåndtering – registrering, oppfølging og læring av uønskede hendelser. Revisjonsteamene ble godt tatt imot, og de reviderte enhetene mente tilbakemelding på egen praksis ga innsikt i svakheter de ikke visste om – og funnene ville bli brukt i forbedringsarbeidet.

- Oslo sykehusservice

Det er gjennomført et 3 dagers bedriftsintern grunnkurs i revisjonsteknikk med 15 kursdeltakerne. Oslo sykehusservice skal bygge opp sin kompetanse ytterligere og vil framover foreta egenrevisjoner.

## Oppfølging fra tidligere revisjoner utført av Internrevisjonen

- Intern styring og kontroll innen personvern og informasjonssikkerhet i forskning  
Styret er tidligere informert om revisjonen utført ved Kreft, kirurgi og transplantasjonsklinikken/Avdeling for urologi, med fokusområdet "Register og biobank for urologiske sykdommer", herunder "Register for radikal prostatektomi" og "Prostatabiobanken".

Lukking av avvik knyttet til samtykke ved prøvetaking gjenstår. Avviket anses av Regional Etisk Komité som alvorlig, men kommenterer:

*"Komiteen vurderer at Oslo universitetssykehus HF, gjennom sin håndtering av avvik [...] har ivaretatt sitt ansvar som forskningsansvarlig institusjon også i forhold til internkontroll og oppfølging."*

Det pågår nå en dialog mellom Regional Etisk Komité og klinikken med sikte på en snarlig avklaring. Resterende avvik er enten lukket eller vil lukkes straks prosessen med Regional Etisk Komité har fått en konklusjon.

## Revisjoner utført av Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst RHF

I 1. tertial har det blitt ferdigstilt en revisjon:

- Revisjon av helseforetakets intern styring og kontroll som del av virksomhetsstyringen

Revisjonen ble gjennomført i Hjerte, lunge og karklinikken i perioden september 2013 til januar 2014.

Revisjonsrapporten vil bli fremlagt Styret på et senere styremøte. Det er iverksatt

arbeid med å følge opp funnene i revisjonen, både på klinikknivå og på sykehusnivå. Tiltaksplanene for arbeidet vil bli forelagt Styret når revisjonsrapporten fremlegges.

### **Oppfølging fra tidligere revisjoner utført av Konsernrevisjonen**

- Ad hoc revisjon vedrørende henvisninger som er sendt, men ikke kommet til aktuelle avdelinger ved Oslo universitetssykehus HF (Styresak 73/2013). Revisjonen var utført av Konsernrevisjon etter anmodning fra Oslo universitetssykehus HF etter at henvisninger sendt fra Ringerike sykehus, ikke hadde kommet frem til aktuelle avdelinger på Oslo universitetssykehus HF.

Gjennomgangen viste en del svakheter ved begge foretakenes interne styring og kontroll i prosessen samlet sett.

Det er utarbeidet en tiltaksplan som omfatter alle anbefalte områder, og oppfølging av forbedringsarbeidet går etter planen.

### **1.3.2 Eksterne tilsynsorgan**

Tilsynsaktiviteten første tertial har vært jevn, men lavere enn i siste tertial 2013. Sykehuset har hatt besøk av 7 ulike tilsynsmyndigheter med gjennomføring av totalt 12 tilsyn. Mattilsynet har vært her hyppigst og gjennomført fem tilsyn. Det er mottatt tilsynsrapporter fra 11 tilsyn. Ved 4 av tilsynene var det ingen avvik. For de øvrige 7 tilsynene ble det til sammen gitt 17 avvik. Av disse er nå 11 avvik lukket. Det arbeides med handlingsplaner og tiltak for å lukke de øvrige avvikene innen de frister tilsynsmyndigheten har gitt.

For å sikre bedre læring etter tilsyn blir nå alle avvik vurdert opp mot generelle krav om internkontroll. Denne vurderingen viser for 1. tertial at flere avvik var gitt fordi ledelsen har hatt for dårlig oversikt over fare for svikt, eller mangel på oppfyllelse av lovkrav. Likeledes ble det i flere tilsyn avdekket manglende rutiner og styrende dokumenter for å sikre praksis i henhold til lovkrav.

Kommentarer til tilsyn i 1. tertial:

- Mattilsynet, 5 tilsyn. Det har vært to varslede tilsyn. Ett med befaring på tre nyrenoverte postkjøkken på Radiumhospitalet. Det ble gitt avvik på alle de tre kjøkkenene. Disse avvikene er lukket ved at det er satt opp pleksiglass-skille mellom ren og uren side. Ved det andre tilsynet, - på hovedkjøkken Rikshospitalet, ble det ikke gitt avvik. Det har vært tre uanmeldte tilsyn. Ved to av disse ble det pekt på manglende vedlikehold på postkjøkken på Ullevål. Ett av postkjøkkenene skal nå fullrenoveres, og pleksiglass-skille er med i planen. Det tredje var på diettkjøkken på Rikshospitalet. Der ble det gitt avvik for dårlig gulvbelegg som nå er skiftet.
- Nedre Romerike brann- og redningsvesen, 1 tilsyn. Tilsyn på Prehospitalet senter, Lørenskog. Ingen avvik påvist, kun to anmerkninger som det skal arbeides med videre (ny risikovurdering og branntegninger).

- Asker og Bærum brannvesen, 2 tilsyn.  
Tilsyn på Statens senter for epilepsi og på Dikemark. Ingen avvik påvist, - kun tre anmerkninger som det arbeides med videre (opplæring, vedlikehold av dører og om feil og mangler ved årskontroll er utbedret).
- Fylkesmannen, helseavdelingen, 1 tilsyn.  
Tilsyn på psykisk helsevern for barn og unge. Det ble gitt et avvik fordi det ikke sikres systematisk kartlegging i utredningsfasen for alle pasienter fra 10-12 års alder når det gjelder rusproblematikk. Det arbeides med tiltak for å lukke avviket innen 15.06.14.
- Fylkesmannen, miljøvernavdelingen, 1 tilsyn.  
Tilsyn på alle fyringsanlegg. Det siste ble tilsett 16.01.14, og avvikene her er nå lukket. Det skal oversendes utslippsmålinger høsten 2014.
- Riksrevisjonen, 1 tilsyn.  
Har vurdert helseopplysninger i elektronisk pasientjournal. Klinikkenes svar og oppslag i journal bekreftet at teori stemmer med praksis, at klinikkene er kjent med og følger kriterier for hvem som skal ha tilgang og hvordan denne tilgangen til journal kan brukes.  
For gjennomgang av logger ble det henvist til et pågående nasjonalt prosjekt (Mønstergjennkjenning) som gjennomføres ved Oslo universitetssykehus HF.
- Statens strålevern, 1 tilsyn.  
Temarettet tilsyn i Kardiologisk intervensjon på Rikshospitalet. Tilsvarende tilsyn var på Ullevål i 2013.  
Det ble to avvik for mangelfull apparatspesifikk årlig opplæring og mangelfull oppfølging av høye pasientdoser (nytt styrende dokument utarbeidet).  
Det ble gitt fem anmerkninger (høye persondosimeteravlesninger, ikke optimale laboratorier, representative doser, strålevernstiltak ift arbeidsteknikk ved bi-plan ablasjonsprosedyre og bruk av avvikssystemet).  
Det arbeides med tiltak for å lukke avvikene.

Sykehuset har hatt møte med Arbeidstilsynet 4. april 2014 i forbindelse med tidligere pålegg for brudd på arbeidstidsbestemmelsene. Pålegget er lukket, men Arbeidstilsynet vil følge opp sykehuset videre gjennom tilsyn og dialog i form av statusmøter. Hensikten med møtet var å tilrettelegge for en best mulig kontroll med arbeidstid ved sykehuset fremover.

Se også Kapittel 7.1.1.

### **Tidligere tilsyn – pågående prosess**

Ved inngangen til 1. tertial var det flere avvik som var under behandling. Noen av disse står fortsatt åpne da sykehuset ennå ikke har mottatt bekreftelse på at de kan lukkes (se oversikt i kapittel 9.2). Pålegg som innebærer større endringer blir fulgt opp ved at tiltakene er innarbeidet i sykehusets langtidsplaner.

Gjennom dialogmøter med Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap, Arbeidstilsynet og Oslo Brann- og redningsetat følges sakene regelmessig opp, - dette gjelder særlig bygningsmessig og andre langsiktige planer.

Kommentarer til andre tidligere tilsyn:

- Fylkesmannen helseavdeling (tidligere Helsetilsynet i fylket)  
Håndtering og vurdering av henvisninger og utredning av pasienter med tykk- og endetarmskreft (gjennomført 8. oktober 2012).  
Det ble gitt avvik på at sykehuset ikke sørger for at viderehenvisninger fra andre sykehus/HF håndteres i tråd med regelverket (ansiennitetsdato for opprinnelig henvisning ble ikke alltid brukt som utgangspunkt). Dette avviket stod åpent grunnet manglende mulighet i journalsystemet. Fylkesmannen var ikke tilfreds med de tiltak som sykehuset beskrev i brev av 6. desember 2013. Det er nå utarbeidet en bedre løsning som er oversendt Fylkesmannen innen fristen 15. mai 2014.
- Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB)  
HMS/kvalitet, elektromedisinsk utstyr opplæring avvik (gjennomført 5. november 2012 og 21. oktober 2013)  
Ett avvik gjensto som i henhold til sykehusets egen risikovurdering pekte på at flere elektriske anlegg ikke ivaretok sikkerheten til pasientene på en tilfredstillende måte.  
DSB har fra 1. september 2013 gitt en månedlig tvangsmulkt på kr. 450 000 (ref. orienteringssak 58/2013). Etter møte med gjennomgang av status og fremlegging av konkrete plan har Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap akseptert at sikkerheten til pasienten er ivaretatt, og tvangsmulkten ble opphevet fra 31. mars 2014.

## 1.4 Juridiske forhold

### 1.4.1 *Rettsaker – endringer siden forrige tertial*

Proessen i domstolsapparatet vil avklare sykehusets juridiske posisjon.

Av arbeidsrettssakene skiller man mellom individuelle og kollektive saker der sistnevnte går for Arbeidsretten.

Endringer siden sist framgår under sakene.

Gitt sykehusets størrelse og omfattende og allsidige virksomhet er det ikke mange tvistesaker.

#### **Arbeidsrettssakene – individuelle saker:**

- Krav om ekstraferie for arbeidstakere over 60 år – ”stråleferie”  
Sykehuset ble stevnet av 12 ansatte som mener å ha rett til 6 virkedager ekstra ferie fra det året de fyller 60 år. Saken gjelder spørsmål om en gruppe arbeidstakere som har en individuell avtale om seks uker ferie, også har krav på 6 ekstra virkedager ferie i henhold til ferieloven fra det året de fyller 60. Ordningen var opprinnelig en utvidet ferie begrunnet i vernehensyn for denne gruppen som arbeider med ioniserende stråling. Ordningen er avvirket.

Siden forrige tertial har det vært hovedforhandling for retten og avsagt dom der sykehuset ble frifunnet. Retten kom til at saksøkerne ikke har krav på mer enn 6 uker ferie etter fylte 60 år, med andre ord ingen 7. ekstra ferieuke. De ansatte har anket saken til lagmannsretten.

- Siden forrige tertial er sykehuset stevnet av en ansatt. Saken gjelder påstand om usaklig oppsigelse i arbeidsforhold. Det har vært gjennomført rettsmekling. Saken går videre til hovedforhandling i august.
- Krav om etterbetaling av lønn  
Siden sist har det blitt tatt ut forliksklage mot sykehuset fra en ansatt. Saken gjelder krav om etterbetaling av lønn.

#### **Erstatningskrav i kontraktsforhold.**

- Oslo universitetssykehus HF tok ut stevning for pengekrav mot Det Norske Kartselskap AS. Sykehuset mente å ha grunnlag for at selskapet gjennomgående, systematisk og bevisst hadde overfakturert sykehuset og at sykehuset hadde til gode ca 1,459 901 kroner. Dette ble bestridt av selskapet. Siden forrige tertial har saken funnet sin løsning gjennom rettslig forlik som er inngått mellom partene. Dette innebærer en tilbakebetaling av 1 100 000 kroner for tidligere betalte fakturaer på gitte vilkår. Sykehuset er fornøyd med resultatet og at saken er avsluttet.

### **1.4.2 Saker med risiko for rettslig prosess**

Gjelder saker som kan resultere i en rettslig prosess. Foretaket vil før en går videre til en rettslig prosess vurdere alternative løsninger sett hen til foretakets juridiske og økonomiske posisjon og risiko, policy og omdømme.

- Kontraktsforhold: uenighet om provisjonskrav knyttet til eiendomssalg. Siden siste rapportering har sykehuset mottatt skriftlig krav med budskap om videre rettslig prosess.
- Arbeidsforhold: diskusjoner om opphør av arbeidsavtale og forhandlinger pågår.
- En ansatt som er leietaker har klaget over justering av husleie. Saken skal gå for Husleietvistutvalget.

### **1.4.3 Mulige straffbare forhold**

Saker om straff gjelder brudd på samfunnets normer for hva som er definert som ulovlige straffbare handlinger. Sykehuset er tiltalt i en sak. I de øvrige sakene er forholdet under etterforskning av politiet. Juridisk stab bistår med opplysninger der det er nødvendig. Et negativt utfall for foretaket kan resultere i økonomiske konsekvenser og det vil berøre foretakets troverdighet - omdømme.

- Rekruttering av spesialsykepleiere til arbeid  
Sykehuset har vært tiltalt for brudd på utlendningsloven (§ 108, tredje ledd bokstav b, jfr. straffeloven § 48 a) for medvirkning til utilbørlig utnyttelse av tre sykepleiere. Dom ble avsagt 6. desember med frifinnelse. Påtalemyndigheten har 2. januar anket saken til lagmannsretten. Siden sist har saken blitt sluppet inn og henvist til ankeforhandling. Saken er berammet til januar 2015.

### **1.4.4 Klagesaker KOFA (klageorgan for offentlige anskaffelser)**

- Sykehuset er innklaget til KOFA av en leverandør i sak som gjelder anskaffelse av defibrillatorer. Foretaket forbereder skriftlig klagebehandling. Saken er til behandling i KOFA. Status siden sist er uendret.
- Sykehuset er innklaget av en leverandør i sak som gjelder ferdig anbudkonkurranse og inngåelse av kontrakt med valgt tilbyder av sikkerhetssystemer. Foretaket har forberedt og avgitt skriftlig tilsvar. Saken er til behandling i KOFA. Status siden sist er uendret.
- I perioden er sykehuset innklaget av en tilbyder i ny sak som gjelder avlysning av konkurranse om innsamling, transport og sluttbehandling av smitte/risikoavfall. Foretaket har forberedt og avgitt skriftlig tilsvar. Saken er til behandling i KOFA.



## 2. Brukermedvirkning

Sykehuset har stort fokus på brukermedvirkning og arbeider for å øke forståelsen for nytten av pasienter og pårørendes erfaringskunnskap som komplementær til fagkunnskap. Aktiv brukermedvirkning bidrar til økt kvalitet i behandlingen og gir også pasienten økt trygghet og kontroll over egen situasjon.

Det er sykehusets mål at:

- pasient-og brukermedvirkning integreres i alle sykehusets hovedoppgaver: pasientbehandling, utdanning, forskning og utvikling, og pasient-og pårørendeopplæring,
- pasienter medvirker i behandlingen og har innflytelse der de ønsker det
- pasienter har tilstrekkelig kompetanse til å kunne medvirke i behandlingen, til å ta egne valg og mestre sykdom og helse.

Det er utarbeidet en egen handlingsplan for brukermedvirkning for perioden 2014-2016. Handlingsplanen er klinikkovergripende og skal bidra til å nå sentrale mål i sykehusets Strategi 2013-2018 og den styregodkjente Strategi for brukermedvirkning 2013-2018. Handlingsplanen er utarbeidet i et samarbeid mellom brukerutvalg og ungdomsråd, og i nær dialog med klinikkene.

I tillegg til handlingsplan for brukermedvirkning er det utarbeidet egne handlingsplaner for det Gode pasientmøtet og for Pasient-og pårørendeopplæring. Samlet bidrar disse handlingsplanene til et forsterket fokus på tiltak som bidrar til å nå sykehusets mål om at alle valg og prioriteringer som blir gjort ved Oslo universitetssykehus HF, skal ta utgangspunkt i pasientenes behov. (Sykehusets strategi s 5)

Brukermedvirkning i praksis har også blitt tydeliggjort i den klinikkovergripende prosedyren; *Pasientinformasjon - Utarbeidelse og koordinering*.

### 2.1 Brukerutvalget

Brukerutvalget har i perioden avholdt to møter.

Utvalget har besluttet at det i 2014 skal ha særskilt fokus på "Ungdomshelse" og "Pasientforløp". Med bakgrunn i dette har brukerutvalget initiert og gjennomført et møte med representanter fra klinikkvise brukerråd og ungdomsrådet for å sikre felles mål om ungdomshelse og pasientforløp, samt for å styrke brukermedvirkning ved Oslo universitetssykehus HF generelt og forbedre samarbeidet mellom brukerutvalg, ungdomsråd og brukerrådene.

Videre har brukerutvalget gitt innspill til Sykehusets uttalelse om brukermedvirkning innen forskning og til Handlingsplan Pasientsikkerhet. Brukerutvalget deltar også aktivt i arbeidet med Idéfase OUS - Campus Oslo.

## 2.2 Ungdomsrådet

Ungdomsrådet har i perioden avholdt to møter.

Rådet deltar i Prosjekt 18-års grense og representerer ungdom og unge voksne brukerstemme.

Ungdomsrådet har også startet opp et samarbeid med Barne- og ungdomsprogrammet ved sykehuset, de medvirker aktivt i Idéfase OUS - Campus Oslo og de har publisert artikkelen "Ungdom på sykehus" i Paidos<sup>1</sup>.

Ungdomsrådet har et spesielt fokus på at sykehuset må sikre nettilgang i alle pasientområder.

Ungdomsrådet har startet en besøksrunde til sykehusets klinikker, hvor ansatte i voksenavdelinger møter ungdom som gir sine anbefalinger om tilrettelegging for ungdom og unge voksne.

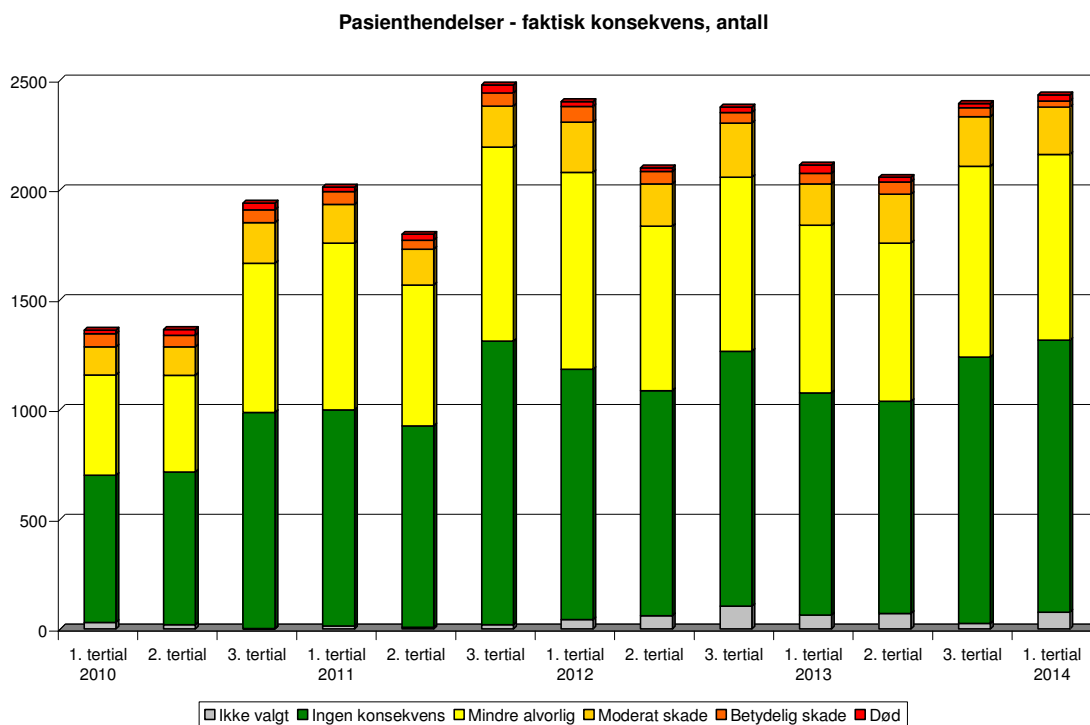
---

1 Hellum A., (2014) 'Ungdom på sykehus', Paidos, tidsskrift for norsk barnelegeforening, 32(1), s.6-8.).

### 3. Pasientbehandling med fokus på pasientsikkerhet og samhandling

#### 3.1 Uønskede pasienthendelser

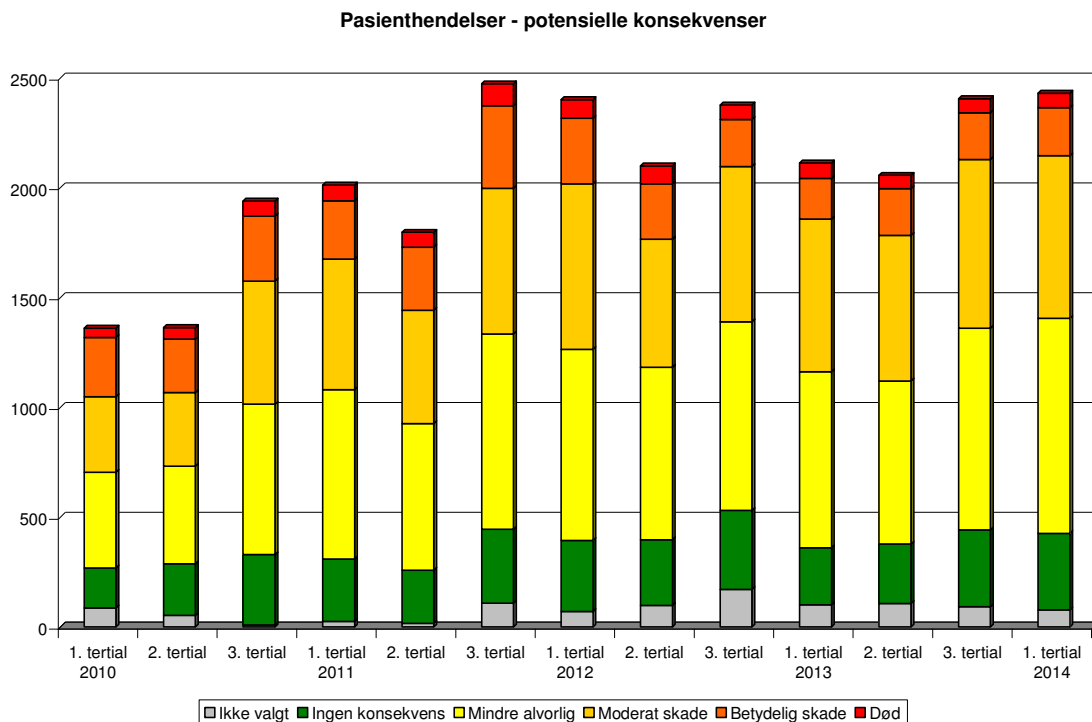
Antallet registrerte uønskede hendelser i pasientrettet aktivitet er på nivå med samme periode 2012, og høyere enn i 2013.



Figur 8. Pasienthendelser. Faktisk konsekvens. Kilde: Avvikssystemet Achilles

Figur 8 viser fordelingen av pasienthendelser fordelt på alvorlighetsgrad. Antall og alvorlighetsgrad av pasienthendelsene er på nivå med samme tertial i 2012. Andelen av de registrerte sakene som har medført betydelig skade/død har ligget mellom 3 og 4 % de siste år og er dette tertial nede i 2,2 %.

Også ved vurdering av de potensielle konsekvenser (Figur 9) og fordeling på årsakskategorier ser en at mønsteret fra tidligere tertial gjentar seg.



Figur 9. Pasienthendelser. Potensiell konsekvens. Kilde: Avvikssystemet Achilles

## Kategorisering av pasienthendelser

Mønsteret for fordeling av pasienthendelser på hovedkategoriene viser kun små endringer på 1-3 % per underkategori.

	Totalt	Ingen konsekvens	Mindre alvorlig	Moderat skade	Betydelig skade	Død	Ikke valgt	
<b>Pasienthendelse</b>	2432	1250	855	216	26	27	58	
Diagnostikk, behandling og pleie	847	384	328	91	16	18	10	35 %
Dokumentasjon	181	115	59	5	0	0	2	7 %
Ernæring	11	8	3	0	0	0	0	0 %
Fall og andre ulykker	136	71	52	10	3	0	0	6 %
Legemidler og blodprodukter	368	232	104	27	1	3	1	15 %
Medisinsk utstyr	182	96	60	23	1	0	2	7 %
Pasientadferd	78	16	41	15	3	3	0	3 %
Pasientadministrasjon / samhandling	509	277	175	37	1	2	17	21 %
Sykehusinfeksjon	16	8	5	2	0	0	1	1 %
Ikke kategorisert	167	66	50	13	2	1	35	4 %

Tabell 1. Fordeling av pasienthendelser i hovedkategorier. Kilde: Avvikssystemet Achilles.

Risikoområder som over tid fremkommer i uønskede hendelser inngår i klinikkenes risikovurderinger og sykehusets samlede risikovurdering.  
Eksempler på uønskede pasienthendelser i kategoriene moderat og betydelig reell skade:

- Endring av histologidiagnose fra 2006
- Fall på grunn av stol som beveget seg
- Feil vask- og desinfeksjonsprosess av fleksible bronkoskop
- Lang ventetid for time til konsultasjon ved gynekologisk poliklinikk
- Blæreskade under kirurgisk inngrep
- Autoseponering av PEG
- Vaginaltopp-ruptur etter laparoskopisk hysterektomi
- Forsinket behandling av ferdig utredet pasient fra annet sykehus
- Avvik i registreringspraksis/oppfølging av ventelisteansvarlig
- Manglende fødestue til komplisert vaginalforløsning
- Manglende utløsning av stansalarm
- Ketorax ble gitt til tross for at det var ført opp i CAVE feltet
- Svikt ny CT
- Forsinkelse for pasient med mulig hjerneblødning
- Driftstans på gammelt angiografi/intervensjonslaboratorium
- Aspirasjon under oppvåkning etter anestesi
- Feil prioritering av henvisning

### **3.1.1 Forebyggbarhet av dødsfall registrert i avvikssystemet**

I avvikssystemet Achilles registreres i hvilken grad dødsfall er påregnelige eller kunne vært forebygget. Slike vurderinger må i stor grad basere seg på faglig skjønn.

Det er i 1. tertial 2014 registrert 27 hendelser i forbindelse med dødsfall. I nedenstående tabell er hendelsene fordelt på 5 kategorier slik de er vurdert etter klinikkenes egen vurdering av forebyggbarhet:

<b>Forebyggbarhet</b>	<b>Antall</b>
0. Ikke valgt / ikke ferdig behandlet	3
1. Ganske sikkert ikke forebyggbar	13
2. Sannsynligvis ikke forebyggbar	7
3. Sannsynligvis forebyggbar	3
4. Ganske sikkert forebyggbar	1
Totalt	27

Tabell 2. Tabell forebyggbarhet – registrerte dødsfall i avvikssystemet 1. tertial

Noen av hendelsene skjedde utenfor Oslo universitetssykehus HF, men er oppdaget/registrert av sykehusets ansatte, oftest fra Prehospitale enheter.

For å få bedre og dokumenterbar kunnskap om dødsfall i sykehus er det i 1. tertial iverksatt 2 prosjekter med sikte på en grundigere faglig gjennomgang av dødsfall i sykehuset. Gjennomgangen inkluderer ikke bare dødsfall som er meldt i Achilles, men samtlige dødsfall i sykehuset. Det er i 1. tertial etablert et dødsfallsregister der samtlige dødsfall kan gjennomgås og faktorer med relevans for utfallet kan vurderes. Det er etablert

kontakt via videokonferanse med Mayo Clinic i Rochester USA om metodikk for systematiske studier av dødsfall i sykehus. Det er utarbeidet protokoller for arbeidet som er forankret i sykehusets kvalitetsutvalg. Oslo universitetssykehus HF vil søke om regionale forskningsmidler til disse prosjektene.

### 3.2 Sykehusinfeksjoner

Prevalensandelen av helsetjenesteassosierte infeksjoner ved Oslo universitetssykehus HF i første tertial var 4,3 % (4.5 % i 2013). Det er prevalensandelen som rapporteres til Folkehelseinstituttet og omfatter urinveisinfeksjoner, nedre luftveisinfeksjoner, blodbaneinfeksjoner og infeksjoner i operasjonsområde

Det er antall infeksjoner som registreres, ikke antall pasienter med infeksjon. Siden noen pasienter har mer enn én infeksjon, er andelen pasienter med helsetjenesteassosierte infeksjoner litt lavere enn den oppgitte prevalensandelen.

Selv om registreringene fortsatt viser en reduksjon av prevalensandelen av helsetjenesteassosierte infeksjoner i perioden 2011 – 2014, ligger Oslo universitetssykehus HF godt over målet på 3 % som er satt av Helse Sør-Øst RHF.

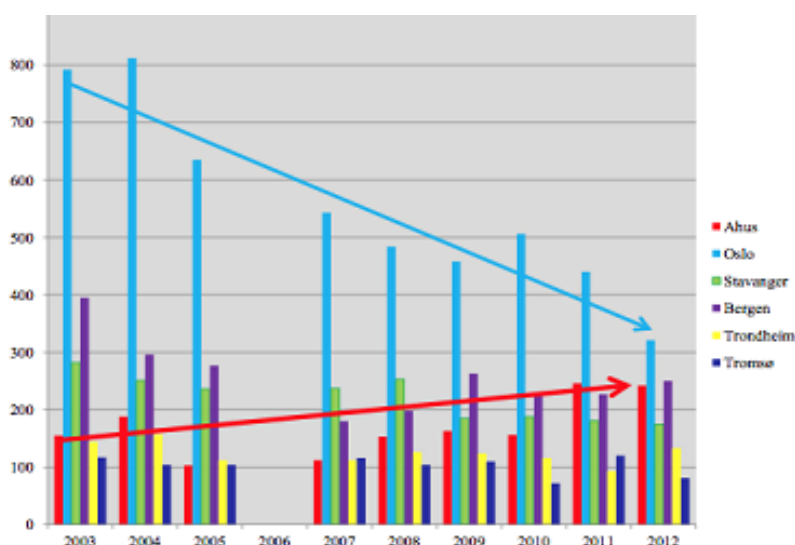
Med dagens pasientsammensetning, en til dels nedslitt bygningsmasse og annen suboptimal infrastruktur er 3 % et krevende mål for Oslo universitetssykehus HF.

### 3.3 Sykehusobduksjon

Med obduksjon menes en ytre undersøkelse av den døde, makroskopisk og mikroskopiske undersøkelser av de indre organ, og eventuelle supplerende undersøkelser som for eksempel røntgenundersøkelser.

Formålet med obduksjon er å gjøre rede for sykdomsårsak, å vurdere forhold knytte til diagnostisering og behandling, og/eller finne ut mer om dødsårsaken.

Det har de siste årene vært en gradvis reduksjon i antall obduksjoner utført ved norske sykehus.



Figur 10. Utvikling av obduksjoner ved store sykehus. Antall obduserte voksne (>2 år). Kilde: "Obduksjon som hjelp i kvalitetsikring av medisinsk behandling."G.Cecilie Alfsen, Solveig Norheim Andersen, Jan Emil Kristoffersen.

Denne utviklingen gjelder også Oslo universitetssykehus HF

	1. tertial 2013	1 tertial 2014
Obduksjoner	198	177
Obduksjon på foster/barn (dødfødsler)	180	149
Sum	378	326

Tabell 3. Sykehusobduksjoner utført i Oslo universitetssykehus HF. Kilde: Avdeling for patologi.

Reduksjonen i antall sykehusobduksjoner er verdt å merke seg da det kan ha uheldige konsekvenser.

Sykehuset har i 1.tertial innført retningslinjer for obduksjoner der det fremkommer at sykehusobduksjon bør rekvireres;

- Der dødsårsak er ukjent
- Der obduksjon kan avdekke behov for endring i behandlingsmetoder.
- Der dødsfallet blir registrert i avvikssystemet som et uventet dødsfall uavhengig av påregnelighet.
- Ved organdonasjon

For sykehusobduksjon skal de nærmeste pårørende så langt det lar seg gjøre bli informert og gi sitt samtykke til obduksjon.

### 3.4 Melding til Kunnskapscenteret etter Spesialisthelsetjenestelovens § 3-3

Oslo universitetssykehus HF sender meldepliktige hendelser som registreres i Achilles til Kunnskapscenteret iht. Spesialisthelsetjenestelovens § 3-3. Det er meldt 405 hendelser i 1. tertial, opp fra 373 i 1. tertial 2013.

### 3.5 Varsel til Statens helsetilsyn etter Spesialisthelsetjenestelovens § 3-3a

I 1. tertial 2014 er det etter Spesialisthelsetjenestelovens § 3-3a sendt 13 varsler til Statens helsetilsyn fra Oslo universitetssykehus HF. Varslene medførte tilsynsmessig oppfølging i 7 av sakene.

	2012	1. tertial 2013	2. tertial 2013	3. tertial 2013	1. tertial 2014
Ingen tilsynsmessig oppfølging	17	11	9	9	6
Oppfølging - anmodning om redegjørelse	0	2	1	2	1
Tilsynsmessig oppfølging hos fylkesmannen	14	5	7	3	4
Skriftlig tilsyn v/Statens helsetilsyn	-	-	-	2	1
Stedlig tilsyn v/Statens helsetilsyn	2	1	2	2	1
Totalt	33	19	19	18	13

Tabell 4. Antall varsler til Statens helsetilsyn med påfølgende reaksjon.

### 3.6 Norsk Pasientskadeerstatning (NPE)

Det lite endringer i andel saker som er ferdigbehandlet med medhold / erstatning fra NPE i perioden. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid i NPE er 9,5 måneder.

År	Totalt antall	Avslag	Medhold	Medhold %
Hele 2010	459	327	132	29 %
Hele 2011	437	310	127	29 %
1. tertial 2012	140	113	27	19 %
2. tertial 2012	143	115	28	20 %
3. tertial 2012	185	139	46	25 %
Hele 2012	468	367	101	21 %
1. tertial 2013	137	105	29	22 %
2. tertial 2013	124	93	31	25 %
3. tertial 2013	166	131	35	21 %
Hele 2013	427	329	95	22 %
1. tertial 2014	144	105	39	27 %

Tabell 5. Behandlede NPE-saker, utvikling over tid. Kilde: NPE.

Utbetalt erstatning fra Norsk Pasientskadeerstatning var på 56 millioner kroner i 1. tertial 2014 (for Oslo universitetssykehus HF), hvorav 2,8 millioner utgjorde sykehusets egenandel. Tilsvarende tall i 2013 var 22 og 1,7 millioner kroner. Det er ikke hensiktsmessig å vurdere en økning fra kun ett tertial da sakene har varierende grad av saksbehandlingstid. Antallet nye erstatnings saker er på nivå med tidligere tertialer.

### 3.7 Pasientsikkerhetskampanjen/programmet

Den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen ble formelt avsluttet 31. desember 2013. Det er rapportert om kampanjegjennomføringen til Helse Sør-Øst RHF og Kunnskapssenteret. Nasjonale data er ikke publisert pr. dato, men vil sannsynlig foreligge til rapportering for 2. Tertial 2014.

Det er det grunn til å anta at Oslo universitetssykehus HF vil ligge noe under landsgjennomsnittet i gjennomføring av kampanjens tiltaksområder. Kampanjen ble tidsmessig lansert i samme periode som Oslo universitetssykehus HF ble opprettet. Integrasjonene ga sykehuset spesielle pasientsikkerhetsutfordringer som da ble prioritert. Sykehuset er nå godt i gang med å innføre alle tiltaksområder bredt i sykehuset gjennom "Handlingsplan for pasientsikkerhet i Oslo universitetssykehus HF 2014".

Den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen blir nå videreført som et nasjonalt pasientsikkerhetsprogram. Kampanjens innsatsområder blir videreført. Det signaliseres også at nye innsatsområder vil tilkomme.

Den nasjonale pasientsikkerhetskulturundersøkelsen i 2012 ble gjentatt 1. tertial 2014 som et ledd i evaluering av Pasientsikkerhetskampanjen. Undersøkelsen ble gjennomført i ukene før påske. Resultater fra undersøkelsen er mottatt fra Sykehuspartner i slutten av tertialet og er planlagt brukt som grunnlag for diskusjoner og tiltak i klinikker, avdelinger og seksjoner.



Noen resultater er kjent:

- Svarprosent ble 53 % som er en betydelig forbedring fra 43 % I 2012.
- Av de tre hovedindikatorerne *Pasientsikkerhetskultur*, *Team-arbeid* og *Ledelse* viste de to første små endringer i forhold til 2012 mens indikatoren *ledelse* viste signifikant positive bedring fra 2012.

Variasjonene i resultater er svært varierende mellom klinikker, avdelinger og seksjoner. Resultater og tiltak vil bli kommentert mer inngående i neste tertialrapportering.

### **3.8 Journalundersøkelser med Global Trigger Tool (GTT)**

GTT er et verktøy for å identifisere og måle forekomst av skader i helsetjenesten basert på gjennomgang av pasientjournaler.

Sykehuset har i perioden sendt flere medarbeidere på kurs i regi av Kunnskapssenteret med ønske om å starte med lokale journalgjennomganger i enkeltavdelinger i 2014.

På sykehusnivå er det i 2013 blitt gjennomgått 232 journaler fra et pasientgrunnlag på 67489 (utskrivelser) med 354 821 liggedøgn.

8 journaler har i tillegg blitt ekskludert fra undersøkelsen fordi pasientenes alder har vært for lav.

Det er funnet:

- 27 skader hos 22 pasienter.
  - derav 9 stk i kategorien "forbigående skade som krevde behandling"
  - derav 17 stk i kategorien "forbigående skade som medførte forlenget sykehusopphold"
  - derav 0 stk i kategorien "langvarig skade - varige men"
  - derav 0 stk i kategorien "livreddende behandlingstiltak var nødvendig"
  - derav 1 stk i kategorien "pasienten døde"

Dette er en liten nedgang (29 skader i 2012).

Dødsfallet skjedde etter TAVI-behandling (Transcatheter Aortic-Valve Implantation) hos en eldre (>80 år) gammel multisyk pasient der risikoen var beskrevet på forhånd og der skaden kan beskrives som "forverring av kronisk sykdom".

#### Skadefordelingen var:

Type 1 - Allergi: 1 stk

Type 2 - Blødning: 2 stk

Type 5 - UVI: 3 stk

Type 7 - Nedre luftveisinfeksjon: 1 stk

Type 8 - Postoperativ sårinfeksjon: 6 stk

Type 10 - Annen infeksjon: 2 stk

Type 11 - Reoperasjon: 2 stk

Type 12 - Postoperativ blødning/hematom: 3 stk

Type 13 - Postoperativ respiratorisk komplikasjon: 1 stk

Type 16 - Annen kirurgisk komplikasjon: 3 stk

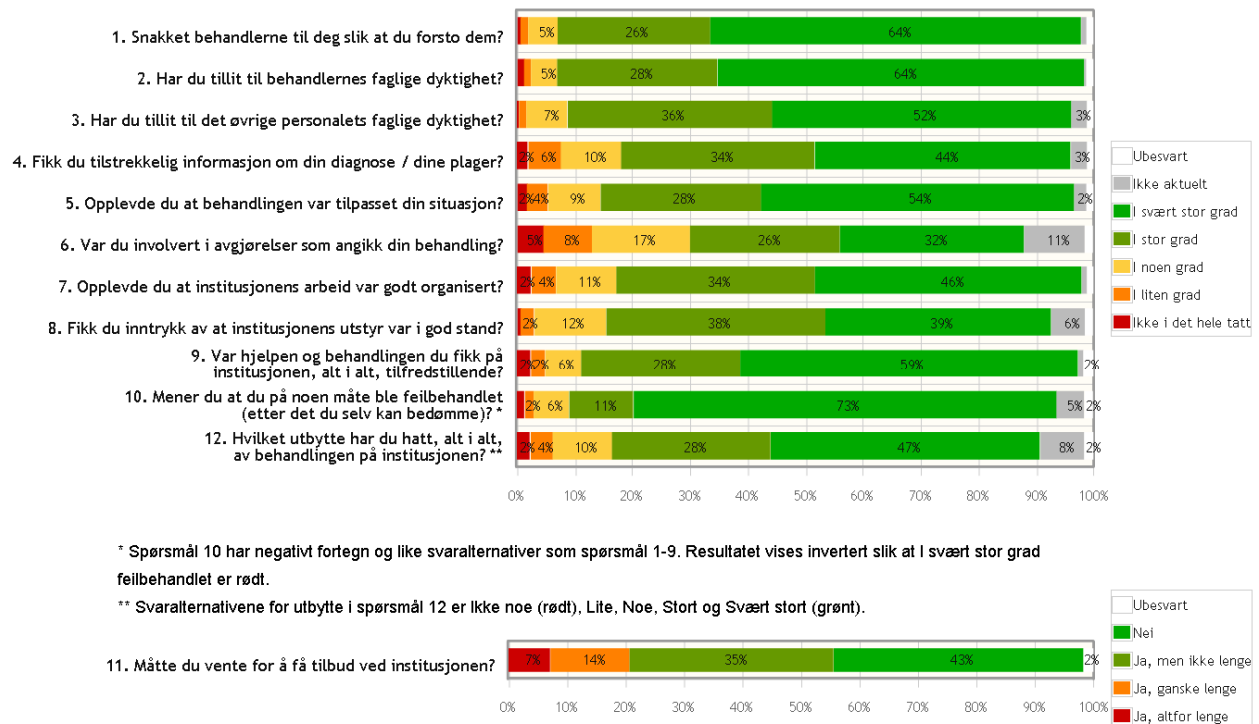
Type 20 - Trombose/emboli: 2 stk  
 Type 22 - Forverring av kronisk sykdom: 1 stk

Type avdeling var:

- GK - Gastroenterologisk kirurgi: 6 stk
- KI - Kirurgi: 6 stk
- TK - Thoraxkirurgi: 5 stk
- FG - Fødselshjelp og kvinnesykdommer: 2 stk
- NE - Nevrokirurgi: 2 stk
- ØV - Øvrige fag: 2 stk
- OH - Ortopedisk kirurgi: 1 stk
- LU - Lungesykdommer: 1 stk
- OB - Onkologi: 1 stk
- UR - Urologi: 1 stk

### 3.9 Brukertilbakemeldinger

I 1. tertial er det kommet 1251 tilbakemeldinger fordelt på 143 sengeposter og poliklinikker i Oslo universitetssykehus HF. Dette er en nedgang på 30 % fra siste tertial i 2013. Det lave svarantallet sammenliknet med antall pasienter gjør at resultatene ikke er pålitelige uttrykk for hva den samlede pasientgruppen mener. Likevel er det verdifulle tilbakemeldinger, spesielt kommentarene fra pasienter og pårørende. 55 % av tilbakemeldingene er en kommentar, et utvalg av disse er gjengitt nedenfor. Svarfordelingen er i stor grad lik som forrige tertial, med 1-2 % variasjon.



Figur 11. Fordeling av tilbakemeldinger fra pasienter 1 tertial 2014. Kilde: Achilles.

Mange tilbakemeldinger er positive og gir skryt til sykehuset og betjeningen:

- *Det er meget sjelden å møte et så godt velorganisert sykehus med så flotte ansatte som gjør det beste for pasient og ikke minst for pårørende. Man har følt seg godt ivaretatt fra dag 1 - og det er ved en slik enhet man skulle få tilbringe sine siste dager når situasjonen er som den er. Det skal nok bli vanskelig å komme til et annet sted. Det er meget god kommunikasjon mellom overlege, øvrige ansatte og pårørende. Vi får svar på det vi spør om - og vi får omsorg. Takk til alle.*
- *Behagelig atmosfære, blide imøtekommende damer i resepsjonen og presis lege/nesten på minuttet iflg. timeavtale. Dr.\*\*\*\*\* viste stor omsorg, tålmodig og tillitvekkende. Meget beroligende, god, forståelsesfull, informativ samtale som varmet meg langt inn i sjelen. Han gjorde alt han kunne for å hjelpe meg, følte meg trygg og ivaretatt på aller beste måte.*

Under presenteres et større utvalg av negative/kritiske tilbakemeldinger som gjennom Achilles er utgangspunkt for lokale og sentrale forbedringstiltak:

- *Manglende ydmykhet, lite tilstedeværelse fra enkelte, manglende lydhørhet for sakens kjerne, følelse av ikke å bli tatt på alvor, de ansatte mangler evne til å sette seg inn i sakens kjerne.*
- *Samarbeidet mellom OUS og lokalsykehus haltet grundig og krevd tidvis stor oppfølging fra meg slik at jeg har fått CT FØR kontrolltime osv.*
- *Ved enkelte tilfeller kunne jeg blitt bedre informert om ulike punkter, slik at jeg f.eks. hadde vært bedre forberedt på at jeg kunne oppleve et smertehelvete som en følge av en inngripen - noe jeg ikke ble informert om før i ettertid (der jeg også ble informert om hvordan jeg kunne dempet smerten). Jeg er også noe overrasket over at jeg ved flere anledninger har måtte vente i 40 minutter (ja, jeg tar tiden) fra jeg trykker på alarmknapp til det kommer en sykepleier (akkurat ved disse anledningene har det heldigvis ikke vært akutte problemer).*
- *Mye rot i begynnelsen av utredning av min sønn. Dvs. mange forskjellige behandlere hele tiden. Dette gjorde både oss foreldre og barnet usikker. Følte at vi ble glemt stadig vekk og måtte hele tiden selv sørge for tilfredsstillende oppfølging. De siste 2,5 årene har vi hatt kun 1-2 behandlere og har vært svært fornøyd. Sønnen vår følte seg også tryggere.*
- *Det ble ikke informert på forhånd om at jeg ville bli forespurt om deltakelse i et forskningsprosjekt. Jeg fikk papirene i hånda med beskjed å skrive under før undersøkelsen om jeg ville delta. Dette tiltross for at jeg satt over en time og ventet over planlagt konsultasjonstid i forkant. Hvorfor fikk jeg ikke papirene til gjennomlesning her tro? Eller tilsendt elektronisk i forkant hjemme? Undersøkelsen gikk faglig helt OK med anbefaling om økt dosering medisin, har hjulpet bra :-). Forbedringsmuligheter synes å ligge vedr. informasjon/ kommunikasjon/ dokumentasjon.*
- *Forslag til forbedring: Det er forhåpentligvis fler som velger vegansk kosthold. Vegansk kosthold ble erfart som problematisk ved oppholdet på sykehuset. Forslaget er at det også tilbys vegansk mat på matmenyen. Personalet: Det bør nevnes at personalet fortjener at det roses for den vennlige væremåten. Takk for den anslagsvis vellykkede operasjonen!*
- *Turnuslegen som skrev meg ut ga meg resept som sa at jeg skulle ta medisinen hver dag resten av livet. Jeg klarte heldigvis selv å få tak i legevisitt-legen, som sa at turnuslegen hadde misforstått, jeg skal kun ta den hvis jeg får symptomer. Det er ganske stor forskjell! Fikk også et brev av turnuslegen om at jeg burde ta en undersøkelse privat - hun rådet meg til det. Legevisitt-legen avfeide dette og sa det ikke var behov. Det er bekymringsfullt at det ikke finnes kvalitetssikringsrutiner på så viktige dokumenter. Resten av livet på en*

medisin med mye bivirkninger fordi ansatte kommuniserer dårlig og ikke har kvalitetsrutiner er jo tragisk. Utskrivingen var svært amatørmessig. Turnuslegen ga meg papirene, som ikke var riktige - og gikk. Jeg tok på meg klær - samlet sammen mine ting, og tuslet ut for å finne legevisitt-legen, den eneste som var å stole på.. Hvorfor sier ikke min faste sykepleier farvel, spør om alt er i orden, om jeg lurer på noe, om jeg trenger taxi osv. Det er synd at så mange hyggelige mennesker ikke er bedre koordinert - at de ikke er forberedt før møte med pasient, og at de ikke snakker sammen.

- Hei! Har vært innlagt hos dere tidligere. Men nå var renholdet i korridorer, pas. rom og bad / toalett, sjokkerende dårlig! Ta grep!
- Fikk beskjed om å møte 07:30 selv om det hver fredag var forelesninger slik at man ikke ble etterspurt før 08:30. For tidlig å si noe om utbyttet. Meget god forpleining etter operasjon. Når vi kom i gang, var alt meget profesjonelt og bra.
- Pasient måtte vente lenge på operasjon, slik at helsetilstand ble dårligere. Det ble gitt litt uklare beskjeder fra kirurg, som skapte usikkerhet og utrygghet. Måtte vente 2 dager ekstra på operasjon, men bare man får beskjed om at man skal bli operert er det ok.
- Etter behandlingen fikk jeg beskjed om å benytte en medisin i 12 mnd. i tillegg til min tablettoppstilling som sykehuset hadde. Jeg benytter også andre medisiner. Først da jeg kom ned på sykehusapoteket og leverte, stoppet farmasøyten utgivelsen, da de fikk opp et rødt varsellys om at den ene hadde en negativ og reduserende virkning på den andre. Jeg måtte da opp på avdelingen igjen for å få en annen tablett som erstatning. Dette burde sykehuset ha reagert på med en gang da de hadde oversikt over hva jeg brukte av tabletter.
- Jeg hadde time til undersøkelsen kl. 09 og måtte vente i 1 time før jeg fikk komme inn. Dårlig organisering av arbeidet når man ikke er a jour engang fra morgenen av.
- Første informasjon fra Rikshospitalet gikk til en adresse som ikke har vært bebodd av pasienten på over 20 år (og videreformidlet pga tilfeldig bekjentskap), mens all annen info har gått til riktig folkeregistrert adresse.
- Jeg ble ikke møtt med verdighet eller respekt av behandler.
- Er meget skuffet over at det ikke er internett på avdelingen.
- Jeg er ikke fornøyd, men skremt. Fikk ny lege hver gang og da også ofte ny diagnose og ny behandling .... Legene sa selv at de ikke hadde rukket lese hele journalen min, likevel ga de meg medisiner som hadde store bivirkninger . Ny lege neste gang sa det var bra jeg selv hadde valgt å ikke starte forrige kur .... Rakk aldri å fullføre en kur før ny ble beordret ... av ny lege .... Ble verre for hvert besøk og mer medisiner. Kuttet ut alle medisiner på eget initiativ og ble da bedre - noe daværende lege ikke likte. Ville gi meg en test jeg fortalte jeg allerede hadde tatt hos dere, det hadde han ikke rukket lese i journalen min ....
- Flere av sykepleierne (nattevakter) bør absolutt ta seg et kurs i elementære sykepleier oppgaver. Som eksempel kan jeg nevne blodprøve tagging. - Når man stikker med 90 graders vinkel på armen og 3/4 av nålen er inne, klarer å kommentere "Jeg bomma!", for deretter å trekke nålen ut med minst 1 cm og blodet "spruter" i prøveglasset er det noe seriøst galt. Jeg tenkte at det var et uhell men når det gjentok seg på samme måten dag nr 2 fikk vedkommende beskjed om at hun aldri fikk stikke meg igjen.

### 3.10 Pasientsikkerhetsvisitter

En pasientsikkerhetsvisitt er et planlagt møte mellom sykehusets ledelse og de ansatte i en avdeling/ enhet der det avdekkes risiko- og forbedringsområder i samtaler med de ansatte. I etterkant av visittene avholdes det møter med klinikk-, avdelings- og enhetslederne hvor ansvar for gjennomføringen av konkrete forbedringstiltak blir fordelt.

Administrerende direktør har i perioden gjennomført pasientsikkerhetsvisitter i følgende enheter:

- Operasjonsenheten på Øyeavdelingen KKN, Ullevål
- Brystdiagnostisk senter KDI, Ullevål
- Fødeavdelingen KVB, RH
- Mamma/ lunge sengepost KKT, Ullevål
- Nevrokirurgisk sengepost KKN, RH
- Nevrokirurgisk sengepost KKN, Ullevål
- Ambulansetjenesten AKU, Ullevål/ Sentrum
- Thoraxkirurgisk hjerte PO HLK, Ullevål

Totalt 30 tiltak er planlagt i forhold til følgende (grovdefinerte) problemområder:

- Sikre bedret systematikk i pasientsikkerhetsarbeidet
- Gjennomgang av intern organisering for bedret utnyttelse av ressursene og økt fokus på tverrfaglighet, samarbeid og kommunikasjon
- Det tas initiativ til bedret samarbeid med andre helseforetak innenfor konkrete problemstillinger
- Sikre avklaring av juridiske og etiske forhold
- Tiltak rettet mot rekruttering og kompetanseheving
- Behov for nytt utstyr og bedret tilgang på arbeidstøy
- Areal/ bygningsmasse

I tillegg har klinikkleder i Hjerne-, lunge- og kar-klinikken gjennomført 12 visitter, klinikkleder i Kvinne- og barne-klinikken gjennomført en visitt og klinikkleder i Klinikk for kirurgi- og nevrofag gjennomført tre visitter i egne klinikker.

### **3.11 Publisering av uønskede hendelser på nett**

Sykehuset publiserer anonymiserte uønskede hendelser på sykehusets nettsider på Internett for å dele læringserfaringer. En alvorlige pasienthendelse er publisert på sykehusets nettsider i perioden. Hendelsen berører en svært aktuell diskusjon om pasientsikkerhet og pasientforløp;

#### **Forsinket behandling av kreft**

*En pasient får påvist kreftsykdom hos en privatpraktiserende legespesialist, som henviser pasienten til utredning og behandling på sitt lokalsykehus. Først 88 dager senere får pasienten nødvendig kirurgisk behandling ved Oslo universitetssykehus.*

*Pasienten har påklaget den lange vente- og utredningstiden til Fylkesmannen, som har reist tilsynssak overfor blant annet Oslo universitetssykehus HF.*

*Pasienten ble først henvist til utredning ved lokalsykehuset. Undersøkelsene der viste at pasienten hadde behov for avansert kreftbehandling, og pasienten ble derfor henvist videre til Oslo universitetssykehus HF.*

*Henvisningen ble mottatt 56 dager etter at kreftsykdommen ble påvist hos spesialist. Det gikk så fem dager før alle resultater av undersøkelsene (CT- og MR-bilder, vevsundersøkelser etc.) var mottatt og vurdert.*

*Pasienten ble så innkalt og fikk time på poliklinikken en uke etter at vurderingene var ferdige. Undersøkelsen resulterte i at pasienten ble operert fem dager senere. Forløpstiden ved Oslo universitetssykehus, fra mottatt henvisning til utført behandling, er 21 virkedager - 29 dager totalt.*

*I dette tilfellet dreide det seg om en kreftsykdom som er forholdsvis enkel å oppdage, påvise og behandle, men hvor det er viktig å unngå unødvendige forsinkelser. Hvis sykdommen får utvikle seg ubehandlet, reduseres muligheten for å bli kurert for sykdommen. Oslo universitetssykehus HF vurderer derfor at forløpet fra diagnose til behandling i dette tilfellet er uforsvarlig langt.*

*Ved analyse av tidsforløpet sees at ventetiden har gått med til informasjonsutveksling mellom spesialist og lokalsykehus, og videre til Oslo universitetssykehus HF. Til venting på røntgenundersøkelser og andre "trinn" i prosessen både ved lokalsykehuset og Oslo universitetssykehus HF.*

*Et tidskrevende ledd ved Oslo universitetssykehus HF er at det ofte er behov for en fornyet vurdering av innsendt informasjon før man kan sette i gang behandling. I dette tilfellet var imidlertid pasientens sykdom meget godt utredet ved lokalsykehuset slik at pasienten kunne fått behandling med en gang uten videre utredning. Oslo universitetssykehus har følgelig bidratt betydelig til den samlede forsinkelse for denne pasienten.*

#### Konklusjon/tiltak

*Denne pasienten ble utredet og behandlet av fire instanser i helsetjenesten: Fastlege – spesialist – lokalsykehus og universitetssykehus.*

*For å sikre rask utredning og behandling av potensielt farlige sykdommer, er det nødvendig å se på hele forløpet samlet, helst fra at pasienten forstår at noe er galt og søker time hos fastlege, til behandlingen er i gang.*

*Når det oppstår store forsinkelser i denne prosessen må en analysere hendelsen for å lære av den. I Norge har en ikke tilstrekkelige rutiner for eller lovkrav om å gjøre analyser av hele pasientforløp ut fra enkelthendelser som berører flere institusjoner i helsetjenesten. Tvert i mot er det formelle regler for utveksling av pasientidentifiserbar informasjon som gjør dette vanskelig. I denne saken er det oppstått forsinkelser i svært mange av forløpsleddene som hver for seg ikke er dramatiske, men som samlet gir en uforsvarlig forsinkelse.*

*Oslo universitetssykehus HF må derfor bidra, sammen med helsemyndighetene og samarbeidende helseinstitusjoner, til at utredning av kreftsykdommer går så raskt som nødvendig for å ivareta kreftpasienters liv og helse.*

### 3.12 Klager fra pårørende og deres representanter

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

	2012			2013			2014
	T1	T2	T3	T1	T2	T3	T1
Fra Fylkesmannen	77	73	51	57	70	50	33
Fra pasient / pårørende	112	128	122	170	147	136	133
Fra Pasientombud	27	35	17	42	43	21	26

Tabell 6. Nye klager og klagerelaterte saker. Kilde: Avvikssystemet Achilles.

Antall klagesaker mottatt fra Fylkesmannen har gått ned 1. tertial 2014 i forhold til 2013 og 2012. Antall saker fra Pasientombudene er lavere enn i fjor, på nivå med samme tertial i 2012. Hovedmengden av sakene handler om misnøye med informasjon/kommunikasjon og ventetid.

Stab pasientsikkerhet og kvalitet har kategorisert Fylkesmannens konklusjoner i saker som er registrert som avsluttet i Achilles i 1. tertial.

	1. tertial 2013		2. tertial 2013		3. tertial 2013		1. tertial 2014	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Avsluttet uten anmerkning	27	60 %	13	41 %	16	47 %	10	50 %
Avsluttet med anmerking	4	9 %	6	19 %	4	12 %	3	15 %
Brudd på informasjonsplikt	0	0 %	1	3 %	1	3 %	1	5 %
Brudd på pasientrettigheter	1	2 %	0	0 %	1	3 %	0	0 %
Brudd på krav til journalføring	0	0 %	2	6 %	2	6 %	1	5 %
Brudd på forsvarlighet	13	29 %	10	31 %	9	26 %	5	25 %
Brudd på taushetsplikt					1	3 %	0	0 %
SUM	34	100 %	32	100 %	34	100 %	20	100 %

Tabell 7. Avsluttede klagesaker fra Fylkesmannens med angivelse av hovedkonklusjon (alvorligste brudd).

I første tertial 2014 har Oslo universitetssykehus HF mottatt 7 saker fra Fylkesmannen der det er påvist brudd på lov eller forskrift. Til sammenlikning var det 14 tilsvarende saker i 1.tertial 2013.

- 3 saker gjelder lang ventetid
- 1 sak gjelder "falt ut av kontroll for kreft"
- 1 sak gjelder manglende dokumentasjon
- 1 sak gjelder nektet innsyn i journal
- 1 sak gjelder påført brannskade

Det kan påpekes flere brudd på lov eller forskrift i samme sak. Det var i de 7 sakene 5 brudd på forsvarlighetskravet (SHTL § 2-2), 3 brudd på informasjonskravet (SHTL § 3-11), 1 brudd på dokumentasjonskravet (SHTL § 3-2 og HPL § 39 og 40) og 1 brudd på innsynskravet (Pasient- og brukerrettighetsloven § 5-1 og HPL § 41).

- Tre av sakene gjelder lang ventetid, henholdsvis på patologisvar, brystkreftbehandling og operasjon ved nevrokirurgisk avdeling. Avdelingen har satt inn tiltak for å redusere

ventetiden etter disse tilbakemeldingene. I saken med brystkreft forelå det brudd på informasjonskravet fordi sykehuset ikke hadde opplyst pasienten om mulighet til å benytte seg av fritt sykehusvalg som ville kunne gitt kortere ventetid. Innenfor brystkreft har sykehuset økt kapasiteten ved å inngå avtale med private institutter.

- En sak gjelder en pasient med kreft som ble vellykket operert og skrevet ut fra Oslo universitetssykehus HF og skulle innkalles til kontroll. Pasienten ble aldri innkalt og det ble senere påvist spredning av kreft. Ingen kan forklare årsaken til den manglende innkallingen, men det er etablert nye rutiner som skal hindre at dette skjer igjen.
- En sak gjelder nekting av innsyn i journal for pasient og pårørende uten god begrunnelse.
- En sak gjelder bruk av tvungent psykisk helsevern overfor en pasient med omfattende selvskading der Fylkesmannen etter klage fra Kontrollkommisjonen mener Oslo universitetssykehus HF skulle brukt mer omfattende tvang enn sykehuset hadde gjort.
- Siste sak gjelder et nyfødt barn som fikk brannskade på foten i forbindelse med blodprøvetaking. Det er laget en ny prosedyre som skal sikre at dette aldri skjer igjen.

Fire av de syv sakene er klaget inn fra Pasient- og brukerombudet, en fra pasienten selv, en fra pårørende og en fra Kontrollkommisjonen.

Det ser ut til at det er færre saker med ventetidsproblematikk enn tidligere. Dette kan være et resultat av at det store fokuset sykehuset og Helse Sør-Øst RHF har hatt på venteliste-problematikk. Manglende innsyn i journal uten god begrunnelse burde ikke forekomme, og var ikke tema i noen av fjorårets saker. At antallet saker er mer enn halvert sammenliknet med 2013 er gledelig uten at ytterligere konklusjoner kan trekkes etter kun ett tertial.

### **3.13 Tjenesteavtaler**

Samarbeidsutvalget som består av representanter fra sykehus, bydeler og kommunale etater, har anbefalt at operasjonalisering og videre arbeid med tjenesteavtaler/underavtaler gjøres så likt som mulig i hele hovedstadsområdet.

Arbeidet med utforming av underavtaler initieres og besluttes i den enkelte sykehussektor. De løftes deretter til samarbeidsutvalget hvor de øvrige sektorer får mulighet til å komme med innspill/kommentarer og deretter eventuelt gi sin tilslutning.

I den senere tid har Oslo universitetssykehus HF i samarbeid med primærhelsetjenesten, utarbeidet forslag til to nye underavtaler:

- "Rutine som omhandler forvaltningen av behandlingshjelpemidler og ansvar ved utskrivelse fra sykehus". Rutinen er knyttet til Tjenesteavtale 2 "Samhandling om pasienter med behov for kommunale tjenester ved utskrivning".
- Samhandling om pasienter med psykisk lidelse og/eller avhengighetslidelse som har behov for tjenester både fra bydel og spesialisthelsetjeneste. Underavtalen er knyttet til Tjenesteavtale 1 "Samhandling om pasienter med behov for koordinerte tjenester" og dessuten til Tjenesteavtale 2.



Underavtalene vil bli lagt frem for Samarbeidsutvalget.

Det er videre utformet avtale som regulerer samhandlingen mellom Oslo universitetssykehus HF og Barne- og familieetaten v/Aline familieavdeling, Aline poliklinikk og Aline og Frydenberg beredskapshjemsavdeling. Avtalen gjelder spedbarn med spesielle medisinske behov eller barn som blir akutt plassert. Avtalen er knyttet til "Underavtale som regulerer samhandling om barn som har behov for koordinerte tjenester ved utskrivning fra sykehus".

Det er behov for egen avtale om samhandling i forhold til barn og unge som mottar tjenester fra barne- og ungdomspsykiatrien. Dette arbeidet er igangsatt.

Foreløpig siste underavtale som er på plass er "Underavtale som regulerer samarbeidet om innovasjon mellom Oslo kommune og Oslo universitetssykehus HF. Avtalen er knyttet til Tjenesteavtale 4, Utdanning og forskning.

Avtalen åpner muligheten for å etablere en felles Idepoliklinikk for Oslo kommune og Oslo universitetssykehus HF, og styrke det organisatoriske og faglige samarbeidet innen innovasjonsfeltet.

Videre arbeid med å få på plass underavtaler knyttet til andre tjenesteavtaler og fagfelt fortsetter.

Oslo universitetssykehus HF leder Samarbeidsutvalget de neste to årene. Oslo kommune har ansvar for sekretariatsfunksjonen.

Også i 2014 har Oslo kommune og Helse Sør-Øst RHF satt av midler til samhandlingsprosjekter. Midlene forvaltes og fordeles av Samarbeidsutvalget.

I år er det stilt krav om at søknadene må inneholde plan for implementering og evaluering. De som søker oppfordres også til å beskrive metode for kost/nytte-analyse/målinger for aktuelt prosjekt.

Direktørmøte i Oslo universitetssykehus HF sektor hadde i slutten av januar felles faglig seminar over to dager. Intensjonen var å oppsummere erfaringene etter to år med samhandlingsreform og beskrive de utfordringer det blir viktigst å ta tak i året som kommer. Seminaret fikk stor oppslutning og ble meget vellykket, både faglig og kollegialt. Det er enighet om at en slik årlig samling har stor betydning for utviklingen av samarbeidet i lokalsykehussektoren.

Etableringen av 32 kommunale akutte døgnenger på Aker (KAD), med plan om opptrapping til 73 senger innen utgangen av 2016, følges nøye fra Oslo universitetssykehus HF sin side. Det er vesentlig at denne satsingen gir reell reduksjon i antallet øyeblikkelig hjelp innleggelse i sykehuset.

Ledelsen ved den kommunale akutenheten har ved flere anledninger blitt invitert til møter i ulike klinikker (Akuttklinikken, Medisinsk klinikk og Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken) for å informere nærmere om virksomheten og ikke minst om inklusjonskriteriene. Det er nå en pågående diskusjon med sykehuset for å vurdere mulighetene for utvidelse av kriteriene for innleggelse i disse plassene. Det kan for

eksempel være aktuelt å inkludere grupper av palliative pasienter og pasienter med kvinnesykdommer.

I forbindelse med avslutningen av prosjekt "Ambulerende team i palliasjon" vil det bli utformet plan for videre implementering av dette arbeidet. Sykehuset ønsker å tilby emnekurs i palliasjon for fastleger i ulike bydeler og for leger ved den kommunale akutte døgnenheten. Mer kunnskap om temaet vil kunne åpne for økt utnyttelse av de kommunale sengene til pasienter med behov for palliasjon.

### **3.14 Status for pågående samhandlingsprosjekt**

#### ***3.14.1 Akutt og subakutt funksjonssvikt hos eldre***

Prosjektet har pågått i to år og er nå avsluttet. Det er lagt frem en omfattende projektrapport.

Prosjektets hensikt var å etablere gode modeller for pasientforløp for eldre pasienter med akutt og subakutt funksjonssvikt, fra symptom oppstår i pasientens hjem, til diagnostikk og behandling hos fastlege og/eller på sykehus er i gang satt og situasjonen er under kontroll.

Prosjektet har vært et samhandlingsprosjekt mellom Oslo universitetssykehus HF (Medisinsk klinikk), tre sektorbydeler og en stor gruppe fastleger.

Prosjektet har vært fulgt tett fra Idepoliklinikken som har foretatt målinger av epikrisekvalitet og meldinger til hjemmetjenesten.

Prosjektet følges også av et eget forskningsprosjekt. Resultatet herfra vil ikke ferdigstilles før om et år. Forskningsprosjektet vil lede frem til et doktorgradsarbeid. I tillegg har elementer i prosjektet vært benyttet i et annet forskningsprosjekt relatert til eldre, hjemmeboende som mottar kommunale tjenester. Her er det nylig lagt frem en godkjent doktorgrad. På denne måten har prosjektet bidratt til gode resultater innen samhandlingsforskning.

Det er utviklet egen rutine for kommunikasjon mellom hjemmetjenesten og fastlegene for pasientgruppen. Det er også utarbeidet og tatt i bruk egne kartleggingsverktøy til bruk for hjemmetjenesten. De foreløpige resultatene fra prosjektet viser at det er et stort behov for denne type kvalitetsforbedringstiltak, spesielt i hjemmetjenesten.

Utfordringene videre vil i hovedsak være knyttet til videre implementering av de gode resultatene. Stab samhandling og internasjonalt samarbeid vil sammen med sykehusets Idepoliklinikk, arbeide for å få på plass et verktøy for å kunne arbeide metodisk med implementering relatert til prosjektresultater, nye rutiner, endring av arbeidsprosesser og ledelse. Behovet for et slikt verktøy har blitt synliggjort blant annet gjennom prosjektarbeidet.

#### ***3.14.2 Ambulerende sårteam***

Dette prosjektet er nå avsluttet og lagt inn i drift i Klinikk for kreft, kirurgi og transplantasjon. Klinikken ved Hudpoliklinikken undersøker og behandler pasienter på

sykehjemmet og gir samtidig undervisning til de som har det daglige ansvaret for pasienten. Det har ført til økt kvalitet i sårbehandlingen og redusert antall besøk til poliklinikken fra sykehjemspasienter.

Det er utformet egen samarbeidsavtale med Oslo kommune, Sykehjemsetaten. Avtalen beskriver de faglige leveransene/forpliktelsene og økonomisk fordelingsnøkkel.

### ***3.14.3 Ambulerende palliativt team***

Prosjektet har vært nyskapende ved at samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten er styrket gjennom et ambulerende palliativt team (APT) som har vært forankret både i spesialisthelsetjenesten og i kommunen. Bydel Østensjø og Oslo universitetssykehus HF (Klinikk for kreft, kirurgi og transplantasjon) har deltatt.

Prosjektet er formelt avsluttet. Prosjektrapport er under utarbeidelse. Det arbeides også med plan for videre implementering av resultatene i prosjektet.

Det foreslås at det fokuseres på implementering av det nasjonale handlingsprogrammet med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen og dens krav til kunnskaper for leger nivå B. I dette ligger at det lages en forelesningsserie og en modell for dette, som tidligere nevnt, vil det bli tilbud om ettermiddags-/kveldsundervisning i aktuell bydel(er), og for legene på kommunal, akutt døgnenhet.

Etter nærmere utprøving i en eller to bydeler vil modellen bli foreslått implementert i andre bydeler.

### ***3.14.4 Sammen får vi til mer for livsstilssykdommene***

Målet for prosjektet er å utvikle en modell for samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten som kan bidra til bedre behandling og pasientforløp for personer med livsstilsrelaterte sykdommer. Deltakere i prosjektet er Oslo universitetssykehus HF (Medisinsk klinikk) og tre bydeler i Oslo.

Modellen skal utvikles i tett samarbeid med brukerne. Det er stor oppslutning i deltagende bydeler, også fra fastlegene. Det er nå utformet meritterende emnekurs for de aktuelle fastlegene innen diabetes og KOLS.

Prosjektet skal avsluttes høsten 2014.

### ***3.14.5 Kompetanseoverføring fra sykehus til sykehjem***

Prosjektets mål er å overføre kompetanse fra sykepleiere i sykehus til sykepleiere i sykehjem. Pasienten skal kunne behandles på laveste effektive omsorgsnivå. Det skal bli et bedre behandlingstilbud til eldre i sykehjem. Dette innebærer for eksempel at sykepleiere i sykehjem bør kunne gi intravenøs behandling, benytte sug, ta EKG og så videre.

Deltakere er Oslo kommune v/Sykehjemsetaten (8 utvalgte sykehjem) og Oslo universitetssykehus HF (Medisinsk klinikk)

Prosjektet følger vedtatt direktiv og plan. Sykepleiere fra 8 ulike sykehjem i Oslo har nylig gjennomført praksis i medisinsk klinikk ved nærmere utvalgte avdelinger. Opplegget er foreløpig oppsummert som svært vellykket. Sykehusets Idepoliklinikk følger opp med målinger "før og etter intervensjon".

Tilstrekkelig kompetanse i sykehjem vil sikre at pasienter ikke behøver innleggelse i sykehus for å få behandling som kan utføres i sykehjem.

Prosjektet avsluttes i løpet av 2014. Det skal lages plan for videre implementering.

## **2.16 Implementering - en utfordring i mange endrings- og omstillingsprosesser.**

### Strategi for styrket kvalitet, kompetanse og gevinstrealisering i implementeringsprosesser.

Det er i direktørens stab startet et arbeid for å understøtte bedre implementering. Formålet er å utvikle funksjonelle verktøy til bruk i endrings- og omstillingsprosesser. Verktøyene skal kunne benyttes både internt og i samarbeid med bydeler og kommuner.

Styrket kompetanse og krav om kvalitet i alle ledd av en endringsprosess, bør bidra til å sikre solide og varige omstillinger.

## **3.15 Praksiskonsulentordningen**

Praksiskonsulentene skal arbeide oppdragsbasert og bistår staber og klinikker etter nærmere avtale.

Det er nylig ansatt samhandlingsoverlege i 100 % stilling og praksiskoordinator i 50 % stilling. Begge stillingene er besatt av spesialister i allmennmedisin. Samhandlingsoverlegen er også spesialist i samfunnsmedisin. Praksiskoordinator jobber i tillegg også som fastlege.

Praksiskonsulentene er etterspurt innen flere områder. De deltar i de fleste samhandlingsprosjekter og er naturlige medlemmer inn i mange arbeidsgrupper. Praksiskonsulentene bidrar i pasientforløpsarbeidet og har stort fokus på arbeidet med kvalitet på henvisninger og epikriser.

Praksiskonsulentene har ansvar for produksjon av bladet Fastlegenytt.

## **3.16 Elektronisk samhandling**

### Oppgaver knyttet til Digital samhandling i 2014:

Oslo universitetssykehus HF sender elektroniske epikriser til fastleger i hele landet og til sykehjemmene i Oslo. En stor andel av disse epikrisene når ikke frem til mottaker. En av årsakene til dette er brukerfeil knyttet til adressering i det pasientadministrative systemet.

Prosjekt Digital samhandling har en pågående prosess med å spre informasjon til leger og kontoransatte i forhold til korrekt fremgangsmåte for utsendelse av epikriser. Det vil ved

innføringen av DIPS bli enklere å sende epikriser elektronisk, og man forventer da et økt volum.

### Innføring av løsning for oppfølging av applikasjonskvitteringer for epikriser og laboratoriesvar

Oslo universitetssykehus HF vil i løpet av 2014 ta i bruk et applikasjonskvitteringssystem for oppfølging av elektroniske epikriser. Med systemet kan sykehuset overvåke de meldingene som sendes elektronisk, og sikre at eventuelle feil blir rettet slik at epikrisene når riktig mottaker.

Laboratiemeldinger vil ikke bli inkludert i applikasjonskvitteringssystem i 2014 da det ligger en utviklingskostnad som forutsetning for å kunne sende disse. Det er plan om å etablere denne funksjonaliteten i 2015.

Sykehuset vil få en besparelse når en kan redusere utsendelse av papirepikriser og papirsvaer i forhold til kostnader knyttet til tidsbruk, porto, papir og annet materiell. Det lages nå risiko og sårbarhetsanalyser (ROS-analyser) for omstillingene.

Prosjekt Digital samhandling skal i 2014 jobbe med å spre informasjon om dette, slik at andelen elektroniske epikriser til primærhelsetjenesten økes frem mot innføring av DIPS.

### Digitalt avvikssystem /Min Journal

Sykehuset starter vår/sommer 2014 en pilot i samarbeid med fire fastlegekontorer i Oslo med et tilbud om elektronisk innsending av melding om uønskede hendelser. Fastlegene vil via webportalen "Min journal" kunne registrere avvik. Meldte avvik vil da bli registrert automatisk i sykehusets avvikssystem Achilles og gjennomgår der vanlig saksbehandling.

Fastlegene er sykehusets samarbeidspartnere i pasientbehandlingen og inngår i alle pasientforløp. De registrerer derved mange av svakhetene i sykehusets systemer. Det vil antatt ha stor nytteverdi å få disse observasjonene registrert og fulgt opp gjennom Achilles på en strukturert måte.

Planen er, etter evaluering av systemet, en videre utrulling av tilbudet til alle fastlegekontor i Oslo.

### Pleie- og omsorgsmeldinger, implementering

Pleie- og omsorgsmeldinger innføres ved oppstart av DIPS 20. oktober 2014. Implementeringen vil for partene være en krevende prosess fordi samhandlingen blir gjennomdigitalisert, og nye arbeidsprosesser skal innføres. Imidlertid vil denne innføringen bedre pasientsikkerheten i vesentlig grad, sikre enklere samhandling og bidra til at dokumentasjonskravene blir oppfylt.

Det er utarbeidet prosedyre: "Samhandling - pasient med behov for kommunale tjenester – utskrivningsklar pasient", med brukerveiledninger. Denne ble videre revidert i samarbeid med sektorbydelene for å tilpasses innføring av DIPS. Selve innføringen ivaretas av prosjektet for regional EPJ.

### Mottak av elektroniske henvisninger

Oslo universitetssykehus HF skal etablere ett sentralt henvisningsmottak. Mottaket skal skanne inn og registrere alle innkomne henvisninger. Det er planlagt oppstart for e-henvisninger fra 12.januar 2015.

Aktiviteter koordineres med felles EPJ-prosjekt.

### Patologimeldinger til Kreftregisteret:

Det skal etableres elektronisk innsending av patologimeldinger til Kreftregisteret i løpet av 2014.

### **3.17 Habilitering/rehabilitering og koordinerende enhet/koordinatorfunksjonen**

Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering er organisatorisk plassert i direktørens stab. Enheten har en sentral funksjon i planlegging og organisering av habiliterings- og rehabiliteringsarbeidet.

Enheten har også et overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan og koordinator for pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester.

Koordinerende enhet har vår 2014 en styringsgruppefunksjon for et pilotprosjekt i 5 klinikker hvor retningslinje for koordinator testes ut.

### **3.18 Status for arbeidet med å etablere pasientkoordinatorfunksjonen**

Det pågår en pilotundersøkelse i 5 klinikker med formål å teste ut retningslinje for pasientkoordinatorfunksjonen. Prosjektet skal ferdigstilles høsten 2014.

Pilotprosjektet synliggjør et behov for å rydde i koordinatorbegrepet. For eksempel blir det vesentlig å skille mellom funksjonen forløpskoordinator som er ansatt i stilling for å sikre fremdrift i ett definert forløp-, og individuell koordinatorfunksjon som skal bidra til å koordinere hvor det er flere ulike pasientforløp parallelt for samme pasient.

Samtidig tydeliggjøres forskjellen mellom en systemkoordinator ansatt for å ivareta store pasientgrupper, eksempelvis HIV og tuberkulose, og en koordinator som skal koordinere mange tjenester på individnivå.

Helseforetakethar plikt til å tilby koordinator til pasienter med behov for koordinerte og sammensatte tjenester.

### **3.19 Utskrivningsklare pasienter**

Oslo universitetssykehus HF opplever en sterk reduksjon i antall utskrivningsklare pasienter etter innføringen av samhandlingsreformen i 2012. Det er kort responstid fra bydelene i forhold til 24 timers melderutinen. Sykehuset har tilnærmet null overliggerdøgn for somatiske pasienter meldt utskrivningsklare til primærhelsetjenesten. Praktisk gjennomføring av meldesystemet kompliseres likevel i noen grad av mangelfull elektronisk samhandling.

Utfordringene er knyttet til pasienter med kompliserte og sammensatte behov. Disse pasientene er likevel relativt få i det totale bildet.

### **3.20 Reinnleggelser**

En reinnleggelse kan defineres på ulike måter, men en definisjon kan være:

*”en akutt innleggelse som finner sted mellom 8 timer og 30 dager, og det er hoveddiagnosen v/utskrivning som teller ”*

Helsedirektoratet har gitt Kunnskapssenteret i oppdrag å utarbeide en modell for å beregne forekomst av reinnleggelser v/somatiske sykehus. Hyppigheten av reinnleggelser er en kvalitetsindikator, som også forteller noe om utskrivningsprosessen i sykehusene.

Tidligere studier har vist at reinnleggelser påvirkes av den generelle terskelen for innleggelse og rutiner for utskrivning, samt forhold i kommune/bydel.

Reinnleggelser kan ha årsak i selve samhandlingen mellom de ulike tjenestenivåene. Tall for reinnleggelser kan således brukes som en samhandlingsindikator.

### **Rutiner ved utskrivning**

En virksomhetsomfattende prosedyre definerer klart hvilke rutiner som er gjeldende for å sikre korrekt utskrivelse av pasient til neste omsorgsnivå. Erfaringen er at det fortsatt gjøres en rekke feil ved utskrivelse og sykehuset mottar mange negative tilbakemeldinger fra samhandlingsparter. Alle tilbakemeldinger følges opp av lokal leder som ledd i avdelingenes arbeid med kontinuerlig forbedring. Det forventes også at flere digitaliserte meldinger vil øke kvaliteten innen området.

### **3.21 Pilotimplementering av Standarder for likeverdig helsetjeneste**

Det gjennomføres pilottesting av et internasjonalt prosjekt om å utvikle standarder for likeverdige helsetjenester. NAKMI (Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse) har det nasjonale ansvaret, og flere institusjoner i hovedstadsområdet er deltakere.

Oslo universitetssykehus HF var også med på prosjektets fase 2 i 2012 der man vurderte om standardene var tydelige og relevante for spesialisthelsetjenesten. Standardene er nå redigert og kommet tilbake i revidert versjon.

Fase 3 av prosjektet pågår nå. Standardene skal brukes til å evaluere egen organisasjon og identifisere forbedringsområder for å bedre tjenestene som tilbys. I løpet av juni og august er målet å gjennomføre pilottesting av 3 av standardene med deltakere fra både stab og klinikk. Resultatene er nyttige i internt øyemed, og skal også brukes i en internasjonal evaluering av verktøyet.

### **3.22 Tolk og tolketjenester**

#### Fakturagjennomgang

I tråd med oppfølging av eksisterende anbudsavtale om formidling av tolker til oppdrag på sykehuset, er det foretatt en random gjennomgang av fakturaer fra perioden april-oktober 2013. Det ble avdekket noen uklarheter i forhold til gjeldende avtale. Uklarhetene ble håndtert gjennom god dialog med leverandør og uryddige forhold håndtert på en fin måte.

#### Kurs i kommunikasjon via tolk

For å styrke ansattes ferdigheter i bruk av tolk, og bevissthet knyttet til behov for å bruke tolk, har sykehuset i perioden november-mai kurset 100 ansatte i "Kommunikasjon via tolk" (70 i 2014). Kurset er poenggivende i regi av Høgskolen i Oslo og Akershus.

Særlig oppfordres leger til å delta på kurset og 10 av deltakerne har også vært leger. Tilbakemeldingene fra kursdeltakerne er at det har vært nyttig i deres arbeid.

#### Tolkesentralen

Oslo universitetssykehus HF leder et prosjekt med etablering av en tolkesentral som skal sørge for tolker til oppdrag på Akershus universitetssykehus HF, Sunnaas sykehus og i eget sykehus. Det ble i desember 2013 signert en intensjonsavtale for gjensidig samarbeid mellom de tre sykehusene.

I første tertial 2014 har det vært arbeidet med oppstart av pilot. Blant har det vært arbeidet med å sette i stand lokaler for Tolkesentralens administrasjon og rom for fjermtolking (skjermtolk). Lokalene er sentralt beliggende i underetasjen på Søsterhjemmet på Ullevål, og ble ferdigstilt 1. april 2014.

I prosjektet er det engasjert prosjektleder, to tolkefaglige rådgivere og en formidler.

Det er utarbeidet en overordnet prosjektplan, med underliggende planer for skjermtolking. Utstyr til skjermtolking er testet. Videre vurderes ulike elektroniske løsninger for bestilling av tolk. Avdelinger til pilotfasen er rekruttert på Oslo universitetssykehus HF og Akershus universitetssykehus HF.

Det har vært avholdt samarbeids-/informasjonsmøter med Akershus universitetssykehus HF og Sunnaas sykehus. Det er dialog med samarbeidsparter som Høgskolen i Oslo og Akershus, Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDi), RBUP, Nettverk for kommunale tolketjenester, Oslo Medtech mfl.

Tolkesentralen skal formidle kvalifiserte tolker til oppdrag på sykehusene. Tolkesentralen har også et ansvar for at tolkene er engasjert og faglig oppdatert. I regi av Tolkesentralen er det derfor gjennomført to "tolkefaglige påfyll", med henholdsvis 122 og 95 deltakere. Tema har vært "Hva er en god tolk – hva gjør en tolk god" og "Skandinavisk for tolker".

### **3.23 Tro og livssyn**

Pilotprosjekt "Tro- og livssynsbetjening for pasienter og pårørende på sykehus" er nå avsluttet.

Rapport for 2011-2013 er ferdigstilt, og regnskap for prosjektperioden sendt til revisorgjennomgang. Styringsgruppa for tilbudet har avholdt sitt siste møte.



Det er foreløpig besluttet å videreføre tilbudet "Samtalepartnere om tro- og livssyn". Det ble arrangert "refleksjonskveld for samtalepartnere om tro- og livssyn" i januar, for faglig påfyll og dialog med deltakerne om tilbudets videre eksistens.

Konferansen "Når krisen oppstår - hva kan vi vente av hverandre" ble avholdt 26. mars 2014. Sykehuset var medarrangør med blant annet Samarbeidsrådet for tros- og livssynssamfunn (STL), og Norges Kristne Råd. Konferansen var samtidig et møte mellom samfunnets offisielle kriseberedskap og tros- og livssynsmangfoldet i Oslo og Akershus. Konferansen satte søkelys på hvordan kriseberedskapen er organisert, på moderne krisestøtte og på ulike religiøse tradisjoners perspektiver på åndelig og eksistensiell omsorg. Samtalepartnertilbudet ved Oslo universitetssykehus HF ble presentert i eget foredrag der ressurspersonene i samtaleteamet var invitert til å delta.

Tilbudet og tema tros- og livssynsbetjening på sykehus har også vært presentert i interne informasjonsmøter på sykehuset og i Helsedirektoratet.

Det er innledet et samarbeid med Oslo politikammer ved at Politiet kan benytte ressurspersonene i sykehusets samtaleteam ved behov for samtale og krisehåndtering overfor tros- og livssynsminoriteter de selv ikke har kompetanse/ressurser til å ivareta.

## 4. Opplæring av pasienter og pårørende

Sykehuset deltar i utvikling av fagområdet pasient- og pårørendeopplæring både lokalt, regionalt, nasjonalt og nordisk. Arbeidet har blant annet fokus på utvikling av helsepedagogiske e-læringsverktøy og nasjonale anbefalinger.

Sykehuset har et omfattende læringstilbud til pasientgrupper og pårørende.

	<b>Antall:</b>
Antall unike personer registrert	1484
Antall personer som har gjennomført og avsluttet grupperettet pasientopplæring i 1.tertial i henhold til kravene i A0099	477

Tabell 8. Prosedyrerapport 1. tertial. Det rapporteres antall pasienter og pårørende som har deltatt i poliklinisk gruppebaserte læringstilbud og antall personer som har gjennomført og avsluttet gruppebasert opplæring.

Det er utfordrende å tilgjengeliggjøre en oppdatert totaloversikt over læringstilbud for pasienter og pårørende. Kartlegging og kvalitetssikring av tilbud vil derfor ha fokus i hele 2014. Det antas å være feilkilder i registreringen. En kartlegging av læringstilbud viser at klinikkene har 118 ulike gruppebaserte læringstilbud til ulike pasient- eller pårørendegrupper.

Handlingsplan for pasient- og pårørende opplæring ble ferdigstilt 1. tertial. Denne sykehusovergripende handlingsplan for pasient- og pårørendeopplæring er utarbeidet i samarbeid med klinikkene og brukere.

Det er gjennomført opplæring for ansatte og brukere i pasient- og pårørendeopplæring. Representanter fra andre sykehus og primærhelsetjenesten deltok. Opplæringen hadde som mål å bidra til faglig utvikling og kompetanseheving som igjen skal gi bedre opplæring og informasjon til pasienter og pårørende. Brukerne lærer mer om hvordan de formidler sine pasienthistorier og sine erfaringer for å fremme læring og mestring hos andre. Tilbakemeldingene etter opplæringen var gode.

For å illustrere hvor viktig det er med god informasjon og opplæring til pasienter og pårørende, og at dette skal være en integrert del av behandling og alle pasientforløp, har sykehuset fått laget en film som illustreres dette. Filmen skal benyttes i undervisning av pasienter og helsepersonell.

Rådet for barn som pårørende har økt innsatsen for å nå viktige mål om implementering av lovverk (retningslinje nivå 1), kompetanseutvikling av barneansvarlige/helsepersonell og en aktiv og oppdatert nettside.

Det er 180 barneansvarlige ved sykehuset.

Rådet har utarbeidet en handlingsplan for 2014-2016, funksjonsbeskrivelser for barneansvarlig og koordinatører i rådet.

Første tertial ble det gjennomført 4 møter.

Det er opprettet en prosjektlederstilling for å lede arbeidet med barn som pårørende og det nyetablerte prosjektet "Familieambulatoriet". Prosjektet har som mål å etablere lavterskeltilbud til gravide, mødre/foreldre med rus/og eller psykiske problemer barn i

alderen 0-6 år og styrking av foreldrekompentansen, barnets omsorgssituasjon og tilknytningsprosessen mellom barn og foreldre. Prosjektet skal fremme forslag til en modell for et tilnærmet ideelt behandlingsforløp fra mor fanges opp på helsestasjon/i spesialisthelsetjenesten/ rusomsorgen via svangerskap, fødsel og barseltid frem til barnet er 6 år.

## **5. Utdanning av helsepersonell**

### **Klinikkvise handlingsplaner til Utdanningsstrategien 2013-18**

Oslo universitetssykehus HF har vedtatt en mal for klinikkvise handlingsplaner gjeldende for to år. Den har fokus på mange områder som er aktuelle på klinikk-/ avdelings- og seksjonsnivå og kan bidra til å skape en mer bevisst læringskultur.

### **Spesialistutdanning av leger**

Oslo universitetssykehus deltar aktivt med innspill til konsekvensutredning av forslaget til ny spesialitetsstruktur for leger, som Helsedirektoratet utreder på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Det arbeides også med tilbakemeldinger fra spesialitetskomiteene i Legeforeningen for å bedre spesialistutdanningen, samt oppfølging av de årlige rapporteringene til Legeforeningen, hvor fristen for innlevering var 1.mars.

### **Grunnutdanning innen medisin**

Universitetet i Oslo reviderer studiemodellen for grunnutdanning i medisin, kalt "Oslo 2014". Oslo universitetssykehus HF deltar aktivt i dette arbeidet.

Det kan ventes endringer i fremtiden som vil påvirke sykehuset, både når det gjelder omfang av undervisning og undervisningsformer.

### **Styrking av kompetanse innen kunnskapshåndtering**

34 av sykehusets ansatte med helsefaglig bakgrunn startet videreutdanning i kunnskapsbasert praksis i januar i regi av Høyskolen i Bergen. Hensikten er å styrke arbeidet med utvikling av fagprosedyrer og etablering av pasientforløp.

Det gjennomføres et forprosjekt i Hjerte,- lunge- og karklinikken for å implementere kunnskapsbasert praksis. Planen er å følge opp med et prosjekt som omfatter flere miljøer. Det utvikles et tilpasset opplegg for leger som ledd i dette.

### **Videreutdanning i steriltforsyning**

Oslo universitetssykehus HF samarbeider med Fagskolen i Oslo om å etablere videreutdanning i steriltforsyning på fagskolenivå. Hensikten med studieprogrammet er å styrke kompetansen hos ansatte i sykehusets sterilavdelinger og avlaste operasjonssykepleiere med oppgaver.

Arbeidet med å utvikle fagplan er i gang, og målet er innsendelse av søknad til Nasjonalt organ for kvalitet i utdanningen (NOKUT) i september, med oppstart i februar 2015.

## Sentrale utdanningsmidler i Oslo universitetssykehus

Utdanningsutvalget har lyst ut og tildelt kr 400 000 til prosjekter for å fremme tverrprofesjonell læring og styrke veiledningskompetansen i sykehuset og mottok 40 søknader. Total søknadssum var nærmere 3,6 mill.

Det planlegges nå utlysning av to utdanningspriser a kr 50 000 for gode læringsmiljøer.

## Turnuskandidater fysioterapi

Sykehuset ansetter hvert år turnuskandidater innen fysioterapi. Oslo universitetssykehus HF har i flere runder, også i 2014, blitt pålagt å motta flere kandidater enn ønsket fra klinikkenes side. Klinikkenes kapasitet begrenses av både veiledningskapasitet, hensiktsmessig pasientgrunnlag i forhold til læringsutbytte og økonomi. Kandidatene mottar full lønn fra sykehuset i turnusperioden, mens tilskuddet til sykehuset pr kandidat er svært lite.

## Basiskompetanse i arbeidslivet (BKA) – kurs for ansatte

### Avslutning BKA - 2013/14.

Kurs for ansatte i norsk lese- og skriveferdigheter ble avsluttet i februar. Kursdeltakerne, deres ledere og lærere fra Voksenopplæringen Skullerud ble invitert til tapaslunsj på Søsterhjemmet. Til sammen 40 deltakere, fordelt på tre grupper, deltok på kurset, som strakk seg over 120 timer fra mars 2013 til februar 2014.

### Oppstart ny runde med BKA 2014/15.

Oslo universitetssykehus HF har fått innvilget nye BKA-midler fra VOX (Nasjonalt fagorgan for kompetansepolitikk) til videre kursing av ansatte i norsk skrivning, lesing, data og hverdagsmatematikk.

Voksenopplæringen Skullerud fortsetter som faglig ansvarlig for undervisningen. Rekruttering av deltakere og kartleggingsprøve av nye deltakere ble gjort i perioden januar-mars. Nye kurs startet opp i midten av mars. Totalt 55 deltakere deltar, fordelt på 4 grupper med undervisning á 4 timer én dag per uke. Undervisningen strekker seg denne gang over 130 timer.

## Kompetanseheving / foredrag

Det er stor interesse for mer kunnskap om temaer knyttet til likeverd og mangfold. Under er et utsnitt av hva som er gjort så langt i år:

Hvor - Sted	Målgruppe	Tema	Type
Lovisenberg – Tøyen DPS	Ansatte i DPS	Flerkulturell kommunikasjon og likeverdig helsetjeneste	Fagmøte/foredrag
Batteriet - Fredensborgveien	Ansatte	Flerkulturell forståelse og likeverd	Fagmøte/foredrag
Helsedirektoratet	Ansatte	Erfaringer med samtalepartnere i Tro&Livssyn	Fagmøte/foredrag
Nettverk for kommunale tolketjenester	Kommunale tolkeformidlere	Tolkesentralen	Foredrag
Grunnkurs i	Ansatte i psykiatri	Likeverdig helsetjenester	Foredrag

Hvor - Sted	Målgruppe	Tema	Type
transkulturell psykiatri/Psykologi – Gaustad			
Grunnkurs i transkulturell psykiatri/Psykologi – Gaustad	Ansatte i psykiatri	Tolkesentralen – bruk av tolk	Foredrag
NSH – konferanse om minoritetshelse. Oslo kongressenter	Nasjonal konferanse	Tolkesentralen og bruk av tolk	Foredrag
RH – transplantasjon	Ansatte	Åndelig og eksistensiell omsorg	Fagmøte
Søsterhjemmet	Ansatte + alle	Sykehusets møte med pasienter og ansatte med nedsatt funksjonsevne - om kropp, sårbarhet og likeverdig tilgjengelighet	Frokostmøte
Barnekirurgisk sengepost	Ansatte	Flerkulturelle familier/tolk	Foredrag
Søsterhjemmet	Kulturveileder-nettverket	Psykisk helse og innvandrere	Fagdag
Klinisk kompetanseprogram	Sykepleiere	Likeverdig helsetjeneste	Foredrag
Kontorfaglig nettverk	Helsesekretærer	Mangfold på OUS	Foredrag – 3 timer
Betanien – Akersbakken 37	Tros- og livssynssamfunn og kommune	Samtalepartnere og beredskap	Foredrag på fagdag
Oslo Medtech – Forskningsveien	Private næringsdrivende – potensielle kunder	”Skulle ønskeshadde...” – behov for Tolkesentralen	Behovspresentasjon, utveksling og nettverkbygging
Søsterhjemmet	Kulturveileder-nettverket	Presentasjoner/Kommunikasjon	Fagdag
Søsterhjemmet	Kulturveileder-nettverket	Ernæring og legemiddelbruk	Fagdag

Tabell 9. Utvalg innlegg i regi av seksjon for likeverdig helsetjeneste

## Kulturveiledernetverket

Det er nå 75 ansatte i Oslo universitetssykehus HF som har tatt Videreutdanning i Veiledning i flerkulturelt helsearbeid. Disse inngår i et kulturveiledernetverk.

Deltakelse og aktivitetsnivå i kulturnettverket og på egen arbeidsplass varierer. Våren 2014 har nettverket hatt tilbud om to fagdager der tema var henholdsvis ”Innvandrere og psykisk helse”, og ”Ernæring og legemiddelbruk”. I tillegg har nettverksdeltakerne fått tilbud om å være med på en heldags workshop om presentasjonsteknikk og formidling til kollegaer. De får også videreformidlet tilbud om andre aktuelle kurs og tilbud der de kan lære mer om fagområdet.

Høstens kull i videreutdanning i Veiledning i flerkulturelt helsearbeid ved Høgskolen i Oslo og Akershus er nå fulltegnet.

## **6. Forskning og utvikling**

### **Om rapporteringen for 1. tertial 2014 - endringer**

Rapportering av forskningstall for 1. tertial vil heretter erstattes av en mer kvalitetssikret gjennomgang av årstall for foregående år, enn de som ble presentert i rapport for 3. tertial. Dette skyldes at tall som fremlegges for styret for 3. tertial og i sykehusets årsrapport, hentes ut av databaser (nasjonale og internasjonale) tidlig på året, før disse er tilstrekkelig kvalitetssikret. Isolerte tall for 1. tertial har også begrenset fortolkningsverdi som følge av små tall i mange klinikker og naturlige aktivitetssvinginger. Doktorgradstall må innhentes ved manuell rapportering fra Universitetet i Oslo, som ikke følger samme tertialvise rapporteringsfrekvens. Dette har hittil gjort 1. tertialrapporteringen ekstra arbeidskrevende.

Akkumulerte tall pr tertial vil, som tidligere, bli presentert i 2. og 3. tertial.

På aggregert nivå viser foreløpige publikasjonstall en aktivitet på linje med tidligere år, med 572 publikasjoner i 1. tertial 2014.

### **6.1 Vurdering av forskningsaktivitet i 2013**

Akkumulerte tall for 2013 viser en aktivitet på nivå med 2011, men en reduksjon sammenlignet med 2012. Dette kan enten være tilfeldige variasjoner, eller også et tegn til reelt redusert aktivitet. Dette er det for tidlig å si noe om.

Noe redusert publikasjonsaktivitet kan være en konsekvens av det som fremgår av risikoanalyser: vedvarende press på tid, utstyr, IKT-systemer og arealer til forskning.

Effektene av dette vil vise seg over tid. Utviklingen diskuteres med den enkelte klinikk, basert på de ulike indikatorene og lokal kjennskap til forskningen. Hver klinikk har også en handlingsplan for sin forskningsaktivitet.

I det Helse- og omsorgsdepartementets nasjonale poengberegningssystem for helseforetakene, basert på databasen CRISTin, er det innført flere endringer fra og med 2013 (blant annet ekstra uttelling for internasjonalt samarbeid og for interregionalt samarbeid med andre helseforetak, samt at nivå 2a-tidsskrifter er slått sammen med nivå 2). I denne rapporten har en valgt å benytte egen database (Publika) og samme beregningsmåte som i tidligere tertialrapporter.

Årsrapporter basert på ny regnemåte vil bli laget senere, når nødvendige justeringer er gjort i Publika.

## Antall publiserte vitenskapelige artikler, akkumulert pr 3. tertial

Klinikk	2011	2012	2013
Klinikk psykisk helse og avhengighet	118	136	117
Medisinsk klinikk	290	316	283
Klinikk for kirurgi- og nevrofag	218	258	259
Kvinne- og barneklubben	219	209	185
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben	530	521	522
Hjerte-, lunge- og karklubben	124	152	132
Akuttklubben	56	65	67
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	471	517	466
Oslo sykehuservice og Direktørens stab	90	88	76
TOTALT (unike artikler)	1586	1699	1608

Tabell 10. Antall publikasjoner i perioden er målt via søk mot PubMed og Web of Science (WOS) som løpende oppdaterer sykehusets database [www.publika.no](http://www.publika.no). Denne er basert på registrerte forskningsaktive personer ved Oslo universitetssykehus og adressering av artikler med Oslo universitetssykehus eller liknende. Kun kategoriene vitenskapelige artikler og vitenskapelige oversiktsartikler (reviews) inngår i tabellen. Tallene er tatt ut 7.5.2014. Merk at artikler telles hos flere klubber når det er forfattere fra flere klubber. I tallet for TOTALT er hver artikkel kun talt én gang, og dette er dermed lavere enn summen av klubbertallene.

Antall registrerte artikler, akkumulert pr. 3. tertial 2013, er noe lavere enn foregående år, men litt høyere enn i 2011. Utviklingen er forskjellig i ulike klubber.

## Antall publikasjonspoeng, akkumulert pr 3. tertial

Klinikk	2011	2012	2013
Klinikk psykisk helse og avhengighet	61,3	76,4	82,8
Medisinsk klinikk	138,3	142,9	128,9
Klinikk for kirurgi- og nevrofag	112,1	143,1	133,3
Kvinne- og barneklubben	97,5	84,9	74,2
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben	315,9	322,5	299,4
Hjerte-, lunge- og karklubben	66,1	72,0	56,4
Akuttklubben	33,6	29,3	35,0
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	238,6	257,2	218,2
Oslo sykehuservice og Direktørens stab	30,0	26,6	31,5
TOTALT	1084,1	1150,1	1089,9

Tabell 11. Tall er hentet fra sykehusets database [www.publika.no](http://www.publika.no) pr 7. mai 2014. NIFUs beregningsmetode for helseforetak fra 2012 benyttes: Nivåinndeling 1,2 og 2A, (henholdsvis 1, 3 og 10 poeng), 100 % ekstra for internasjonalt samarbeid.

Antall publikasjonspoeng viser en nedgang totalt, hovedsakelig som følge av reduksjon i det totale antall artikler, eventuelt også noe på grunn av reduserte forfatterandeler. Når flere institusjoner samarbeider om en artikkel, reduseres den enkelte institusjons artikkelpoeng. Det er faglig ønsket med bredt samarbeid, men det er flere økonomiske disinsentiver i systemet. En reduksjon i poeng pr artikkel må derfor ikke tolkes isolert som et tegn på redusert kvalitet.

Det er ikke spesielt poengtap på tidsskriftsnivå eller utenlandsk medforfatterskap, jf. nedenfor.



## Andel av artiklene som inkluderer utenlandsk forfatteradresse

Klinikk	2011	2012	2013
Klinikk psykisk helse og avhengighet	47,5 %	36,8 %	39,8 %
Medisinsk klinikk	43,1 %	42,4 %	42,1 %
Klinikk for kirurgi- og nevrofag	33,0 %	41,1 %	41,3 %
Kvinne- og barneklubben	49,8 %	39,2 %	34,7 %
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben	42,1 %	46,3 %	45,5 %
Hjerte-, lunge- og karklubben	32,3 %	36,8 %	38,7 %
Akuttklubben	16,1 %	26,2 %	41,1 %
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	42,7 %	39,8 %	42,5 %
Oslo sykehuservice og Direktørens stab	20,0 %	21,6 %	25,0 %
TOTALT (unike artikler)	44,5 %	44,9 %	45,8 %

Tabell 3. Tall er basert på sykehusets database [www.publika.no](http://www.publika.no) pr 7. mai 2014.

Underliggende tall viser at også antall artikler med utenlandsk medforfatter har gått ned, men reduksjonen er mindre enn for det totale antall artikler, slik at andelen med utenlandsk medforfatter øker.

## Andel av artiklene som er publisert i tidsskrifter på nivå 2.

Klinikk	2011	2012	2013
Klinikk psykisk helse og avhengighet	23,7 %	22,8 %	29,9 %
Medisinsk klinikk	22,4 %	21,2 %	22,3 %
Klinikk for kirurgi- og nevrofag	19,7 %	22,1 %	20,8 %
Kvinne- og barneklubben	19,2 %	16,7 %	21,1 %
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben	23,2 %	25,5 %	27,4 %
Hjerte-, lunge- og karklubben	24,2 %	23,0 %	16,7 %
Akuttklubben	17,9 %	9,2 %	14,9 %
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	24,4 %	21,7 %	20,8 %
Oslo sykehuservice og Direktørens stab	20,0 %	18,2 %	23,7 %
TOTALT (ut fra unike artikler)	22,4 %	21,9 %	24,4 %

Helse- og omsorgsdepartementets målesystem for forskningsresultater er basert på en nivåinndeling av vitenskapelige tidsskrifter, ut i fra et nasjonalt publiseringsutvalgs og nasjonale faggruppers vurdering av kvaliteten på tidsskriftene:

- Nivå 2: Ledende tidsskrifter som utgir omtrent 20 % av publikasjonene. Vekt 3
- Nivå 1: Alle andre tidsskrifter som inngår i målesystemet. Vekt 1

Underliggende tall viser at også antallet artikler på nivå 2 har økt.

## Antall doktorgrader, akkumulert pr 3. tertial

Klinikk	2011	2012	2013
Klinikk psykisk helse og avhengighet	10,0	10,0	17,0
Medisinsk klinikk	13,0	15,0	17,0
Klinikk for kirurgi- og nevrofag	13,0	16,0	13,0
Kvinne- og barneklubben	15,5	14,5	11,0
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben	35,5	37,5	48,0
Hjerte-, lunge- og karklubben	9,0	13,0	10,0
Akuttklubben	0,5	5,0	5,0
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	25,0	39,0	28,0
Oslo sykehusservice og Direktørens stab	1,0	1,0	0,0
TOTALT	122,5	151,0	149,0

Tabell 5. Tallene for 2013 er nå basert på NIFU sin liste over godkjente doktorgrader.

Antall doktorgrader, med arbeid hovedsakelig utført ved Oslo universitetssykehus, flater ut i 2013, noe som kunne forventes ut fra en gradvis vridning av ekstern finansiering bort fra doktorgradsstipend og over mot postdoktorstipend og annen støtte, samt fagmiljøenes veiledningskapasitet.

## 6.2 Innovasjon

Alle patenterbare ideer/oppfinnelser vurderes og håndteres av selskapet Inven2, som eies av Oslo universitetssykehus HF og Universitetet i Oslo. Inven2 har sendt inn 7 patentsøknader fra Oslo universitetssykehus HF i 1. tertial. Den interne Idépoliklubben mottar og viderefører ikke-patenterbare ideer knyttet til produkt-, prosess- og tjenesteinnovasjoner. Idépoliklubben bistår også andre sykehus i regionen

### Nye innmeldte oppfinnelser (DOFI) til Inven2 og ideer til Idépoliklubben ved Oslo universitetssykehus

Klinikk	1. tertial 2014		Totalt 2013	
	Inven2	Idépoliklubben	Inven2	Idépoliklubben
Klinikk psykisk helse og avhengighet		3	2	6
Medisinsk klinikk			5	1
Klinikk for kirurgi og nevrofag	1	1	7	3
Kvinne- og barneklubben	2	1	5	2
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben	7	1	17	3
Hjerte-, lunge- og karklubben	3		6	4
Akuttklubben		1	14	10
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	10	1	30	5
Oslo sykehusservice og Direktørens stab		6	2	4
Totalt	23	14	88*	39

Tabell 12. Nye innmeldte oppfinnelser (DOFI) til Inven2 og ideer til Idépoliklubben ved Oslo universitetssykehus

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

Nye innmeldte ideer til Inven2 og Idepoliklinikken ligger omtrent på linje med 1. tertial de to foregående årene (30/11 i 1. tertial 2013 og 23/11 i 1. tertial 2012).

Oslo universitetssykehus HF er tilfreds med nivået og kvaliteten på ideene, tatt i betraktning at flere klinikker melder om vedvarende tidspress og kapasitetsproblemer når det gjelder ressurser til forskning og innovasjon. Dersom sykehuset skal få til et innovasjonsløft og økt innovasjonaktivitet, slik Helse- og omsorgsdepartementet ønsker, kreves derimot nye tiltak og ressurser.

### Pågående innovasjonsprosjekter pr 1.tertial 2014

Klinikk	Innovasjonsprosjekter hos Inven2	Innovasjonsprosjekter ved Idépoliklinikken
Klinikk psykisk helse og avhengighet	1	1
Medisinsk klinikk	2	1
Klinikk for kirurgi og nevrofag	2	1
Kvinne- og barneklirikken	1	1
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken	18	5
Hjerte-, lunge- og karklinikken	5	1
Akuttklinikken	5	1
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	17	2
Oslo sykehusservice og Direktørens stab	3	2
Totalt	54	15

Tabell 13. Pågående innovasjonsprosjekter pr 1.tertial 2014

Antall aktive/pågående innovasjonsprosjekter (uavhengig av når ideen er innmeldt) er relativt stabilt, og er i realiteten en funksjon av kapasiteten til Inven2 og Idépoliklinikken.

Alle prosjektene håndteres i en strukturert prosess i fasene konseptualisering, verifisering/pilotering og implementering/lisensiering.

### Andre viktige innovasjonsaktiviteter 1. tertial:

Idépoliklinikken er i prosess med å videreføre handlingsplanens intensjon om bygge opp et nettverk med innovasjonskontakter fra klinikken i sykehuset. Innovasjonskontaktene skal være bindeleddet mellom Innovasjonsseksjonen og klinikkledelsen, og gjennom idéportalen [www.idepoliklinikken.no](http://www.idepoliklinikken.no) være oppdatert på innovasjonsaktiviteten i den enkelte klinikk.

Arbeidet med e-læringsprogrammet innovasjon i et sykehusperspektiv har tatt noe lenger tid enn forventet, men er nå inne i avslutningsfasen.

En samarbeidsavtale om en felles "Idépoliklinikk" med Helseetaten i Oslo kommune ligger klar til signering.

Sykehuset deltar sammen med representanter fra det nasjonale innovasjonsnettverket for universitetssykehusene i en arbeidsgruppe som skal bistå NIFU i utarbeidelsen av nye nasjonale innovasjonsindikatorer.

## 7. Arbeidsmiljø (Helse Miljø Sikkerhet)

### 7.1 Brudd på arbeidstidsbestemmelser

Det er i perioden januar- april 2014 registrert 10.806 brudd på arbeidstidsbestemmelsene. Det er 519 færre brudd enn tredje tertial 2013, tilsvarende 4,5 % nedgang. Tabellen nedenfor viser antall brudd på arbeidstidsbestemmelsene første tertial 2014 sortert på type brudd og fordelt på klinikk.

KLINIKK	Dag	Uke	4-ukers	Årsregel	Sum brudd
Klinikk psykisk helse og avhengighet	553	263	234	0	1050
Medisinsk klinikk	728	274	213	0	1215
Klinikk for kirurgi og nevrofag	887	313	307	0	1507
Kvinne- og barneklubben	901	262	212	0	1375
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben	556	293	212	0	1061
Hjerte-, lunge- og karklubben	461	308	264	0	1033
Akuttklubben*	1310	716	822	0	2848
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	133	165	102	6	406
Oslo sykehusservice	72	159	80	0	311
Totalt	5601	2753	2446	6	10806

Tabell 14. Brudd på arbeidstidsbestemmelsene 1. tertial 2014.

Sammenliknet med tredje tertial 2013 ser man nedgang i brudd på dag- og ukesregelen med henholdsvis 190 og 177 brudd, tilsvarende 3,2 % og 6 %. Brudd på fireukersregelen øker med 75 brudd.

Klinikk psykisk helse og avhengighet, Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben, Akuttklubben og Klinikk for diagnostikk og intervensjon går alle ned i antall brudd. De to sistnevnte viser størst nedgang med henholdsvis 26,4 % og 34,4 %. I Kvinne- og barneklubben og Hjerte-, lunge- og karklubben er situasjonen tilnærmet lik uendret.

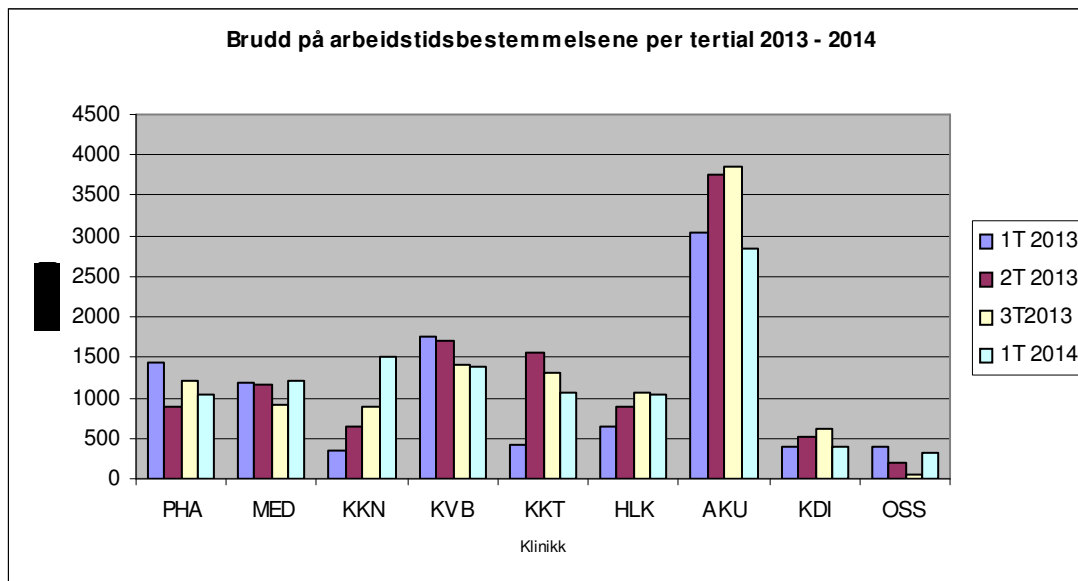
Klinikk for diagnostikk og intervensjon har seks brudd på årsregelen som i hovedsak skyldes mangel på radiografer i beredskapsvakt. Det rekrutteres flere radiografer med kompetanse til beredskapsvakter for MR for å bedre situasjonen.

Medisinsk klinikk, Klinikk for kirurgi og nevrofag og Oslo sykehusservice har en relativt stor økning i antall brudd.

Medisinsk klinikk har hatt høyere sykefravær enn forventet en periode i vintermånedene som gir utslag i stigende overtidsbruk og flere brudd. I mars og april er imidlertid antall brudd tilbake på et lavere nivå.

I Klinikk for kirurgi og nevrofag er en kvalitetsforbedring i rapportering og registrering i GAT i hovedsak forklaringen på økt antall brudd. Det fokuseres nå på registrering av dispensasjoner for å eliminere det som ikke er reelle brudd.

Oslo sykehusservice har hatt utfordringer med mange brudd i Teknisk avdeling. Her er det inngått avtale om ny turnus. I tillegg har mangelfull registrering i GAT tidlig i perioden utløst ikke-reelle brudd og dette er utbedret. Det forventes derfor en bedring til neste rapportering.



Figur 12

Sammenliknet med tilsvarende periode i 2013 ser man en økning på om lag 10 %. Økningen har vært ventet etter kvalitetsforbedringer og bedre kontroll etter overgangen til ett ressursplanleggingsystem. Dette var tendensen gjennom hele 2013 da GAT ble innført og er omtalt i Ledelsens gjennomgang i styresak 3/2014.

### 7.1.1 Arbeidstilsynets tilsyn med arbeidstid

Arbeidstilsynet har varslet tilsyn med arbeidstid ved Oslo universitetssykehus HF. Tilsynet omfatter Medisinsk klinikk, Kvinne- og barneklubben, Akuttklubben, Klinikk psykisk helse og avhengighet, Klinikk for kirurgi og nevrofag og Oslo sykehusservice. Det er et omfattende tilsyn hvor alle yrkesgrupper i de enheter som er underlagt tilsyn skal inkluderes i rapporten.

Tilsynet gjennomføres i to perioder på åtte uker, vår og høst. Rapportene til Arbeidstilsynet skal også inneholde en vurdering av tiltak og en tiltaksplan.

I forbindelse med tilsynet iverksettes det ekstra oppfølging og bistand fra Direktørens HR-stab og Seksjon for personal- og ressursplanlegging i Oslo sykehusservice. Leveransene til Arbeidstilsynet skjer i samarbeid med tillitsvalgte og vernetjenesten på alle nivåer.

Se også Kapittel 1.3.2

### 7.1.2 Innføring av GAT

Første tertial 2014 er den første hele rapporteringsperioden hvor alle ansatte er registrert i samme ressursplanleggingsystem.

Det arbeides med registrering av villighetserklæringer og dispensasjonsavtaler i ressursplanleggingsystemet. Det gjelder for flere klinikker under rapporteringen første

terial 2014 at manglende registrering har generert ikke-reelle brudd. Dette utbedres av klinikkene fortløpende. Akuttklinikken har nylig korrigert om lag 400 slike ikke-reelle brudd for en av sine avdelinger.

### ***7.1.3 Tiltak for å unngå overtid og brudd***

Årsaker til overtid er mange og sammensatte. Kompetansekrav i kombinasjon med høy aktivitet fremheves som hovedårsak til at tilfeller av brudd på arbeidstidsbestemmelsene øker, sammen med et bedre rapporteringsgrunnlag som omtalt tidligere.

Foruten tiltakene som er nevnt i de foregående avsnitt fortsetter Oslo universitetssykehus HF å ha høyt fokus på;

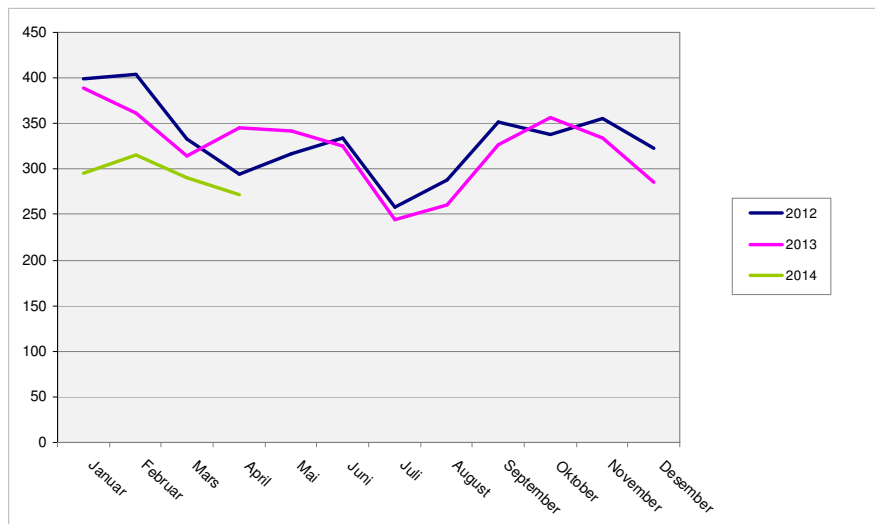
- Kvalitetssikring og utvikling av aml-rapporter i GAT i samarbeid med leverandør
- Tett oppfølging fra sentral HR-stab i klinikker med avdelinger som har store utfordringer
- Strategisk rekruttering og videreutdanning av spesialkompetanse
- Målrettede tiltak innen ressursplanlegging og turnusplanlegging i utsatte enheter
- Sykefraværsoppfølging og forebygging av sykefravær
- Kompetanseheving innen ressursplanlegging og regelverk hos ledere i linjen

Oslo universitetssykehus HF har fortsatt tett samarbeid med Arbeidstilsynet hvor brudd er tema, og da spesielt tilsynet sykehuset nå er underlagt. Samarbeidet mellom HR-direktør og foretakstillitsvalgte, hvor målet er en overordnet diskusjon rundt felles tiltak for å unngå overtid og brudd fortsetter i 2014.

## 7.2 Helse Miljø Sikkerhet (HMS) avvik

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

### Registrerte HMS-avvik

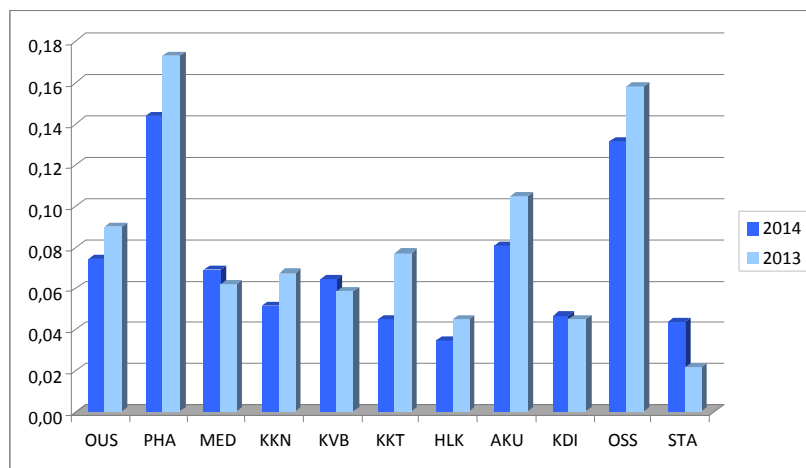


Figur 13. Oversikt over utviklingen i melding av HMS-avvik for perioden 1. tertial 2012 - 1. tertial 2014.

Det ble meldt 1.173 HMS-avvik i 1. tertial 2014 sammenliknet med 1.410 HMS-avvik i samme periode i 2013, hvilket er en nedgang på 17 %. Noe av reduksjonen kan forklares med at Sterilavdelingen har gått over fra å melde HMS-avvik til å melde driftsavvik. Utover dette er det vanskelig å forklare nedgangen.

I den klinikkvise rapporteringen er det generelt nedgang i alle klinikker utenom Oslo sykehus service, som får overført mange avvik fra andre klinikker.

### Registrerte HMS-avvik / årsverk

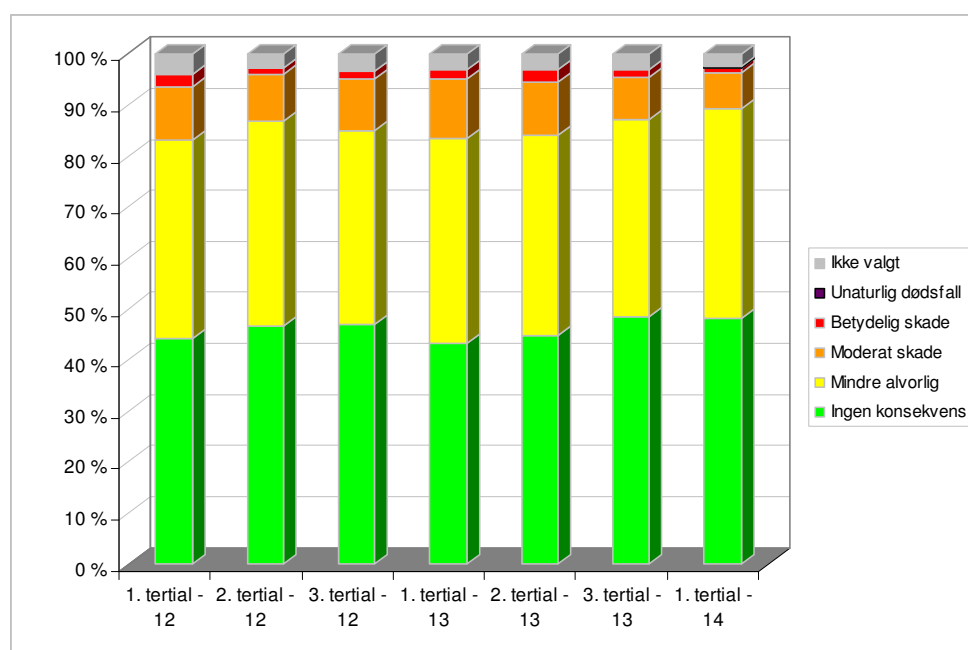


Figur 14. Totalt antall registrerte HMS-avvik/årsverk i 1. tertial 2014 sammenliknet med samme periode i 2013.

Tertialsnittet har sunket fra 0,09 avvik/årsverk til 0,07 avvik/årsverk. Det er ganske store variasjoner klinikkene imellom. Fra 0,14 (Klinikk psykisk helse og avhengighet) til 0,03 (Hjerte-, lunge- og kar-klinikken). Forskjellene klinikkene imellom representerer i noen grad forskjellige arbeidsmiljøutfordringer, men sannsynligvis i hovedsak forskjeller i meldekultur og i det daglige systematiske HMS-arbeidet. Unntaket er Oslo sykehuservice som er litt kunstig forhøyet fordi klinikkene overfører ansvaret for enkelte avvikstyper til dem (eksempelvis bygningstekniske avvik, smittevern, brann og renhold).

## Reell konsekvens

For hele Oslo universitetssykehus HF:



Figur 15. Forholdsmessig fordeling av konsekvens innen de fem gradene: ingen konsekvens, mindre alvorlig konsekvens, moderat skade, betydelig skade, og unaturlig dødsfall. 1 HMS-avvik medførte unaturlig dødsfall / katastrofal faktisk konsekvens. Kilde: Achilles.

Det registrerte dødsfallet var ved helikopterulykken på Sollihøgda der legen var ansatt i Oslo universitetssykehus HF.

Ca. 89 % av de registrerte HMS-avvikene i 1. tertial 2014 er vurdert av ansatt/leder å ha ingen eller mindre alvorlig reell konsekvens (grønn + gul). 1. tertial 2013 var tilsvarende prosentandel 85 %.

1 HMS-avvik medførte død, og 13 HMS-avvik ble vurdert av melder til å ha betydelig faktisk skade/konsekvens (rød).



Tiltaksstatus for disse er gjennomgått:

Avvikstype	Lukket Adekvate tiltak implementert	Lukket Ingen tiltak	I arbeid Adekvate tiltak igangsatt	I arbeid Ingen tiltak
Tekniske anlegg			1	
Belysning			1	
Muskel / skjelettskader		5	1	
Bemanning	1			
Fysisk vold	1			
Personlig info på avveie			1	
Annen akutt skade		1		
Arbeidspress	1			
Luftambulanseshavari	1			

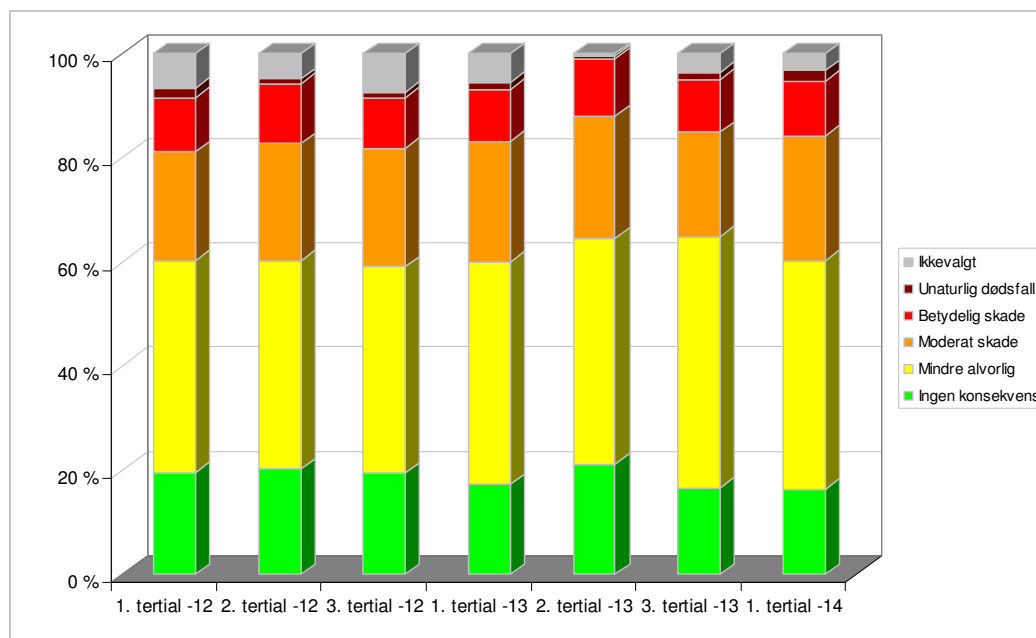
Tabell 15. Tiltaksstatus for HMS-avvik med betydelig faktisk skade/konsekvens.

Noen skader har ulykkeskarakter, og hvor det ikke er aktuelt med tiltak. Eksempelvis når man snubler i sine egne ben og faller.

80 HMS-avvik ble vurdert av melder til å ha moderat faktisk skade/konsekvens. De fordeler seg med 39 avvik innen avviksgruppen "Skade på ansatt" og hvor 15 "Muskel/skjelettskade" er den største undergruppen. Det er 24 avvik innen avviksgruppen "Arbeidsmiljø".

### Potensiell konsekvens

For hele Oslo universitetssykehus HF :



Figur 16. HMS-avvik. Potensiell konsekvens. Kilde: Achilles.

Skadepotensialet er større enn den reelle/faktiske skaden. Som for reell konsekvens er profilen ganske lik klinikkene imellom.

For reell konsekvens summerer oransje, rød og mørkerød seg til 11 %, mens for potensiell konsekvens summerer det seg opp til 36 %. Det er omtrent det samme som i 1. tertial 2013.

23 avvik ville i verste fall kunne medført unaturlig dødsfall / katastrofal skade. 87 % av disse avvikene er vurdert av melder til å ha ingen eller ubetydelig faktisk konsekvens, men de har altså et stort skadepotensiale. Tiltaksstatus for disse er gjennomgått:

<b>Avvikstype</b>	<b>Lukket</b> Adekvate tiltak implementert	<b>Lukket</b> Ingen tiltak	<b>I arbeid</b> Adekvate tiltak igangsatt	<b>I arbeid</b> Ingen tiltak
Tekniske anlegg	1		2	1
Brann / Branntilløp	1			
Branntekniske anlegg	1			
Rømningsveier	1			
Trusler	1			
Tekniske utstyr	1			
Informasjon / samhandling			1	
Stikkskader	1			1
Fysisk vold			1	
Inventar				1
Annen akuttskade		1		
Trevelt	1			
Bemannings	1			
Teknisk utstyr	1			1
Bygninger	1			
Usikret område	2			
Luftambulanseshavari	1			

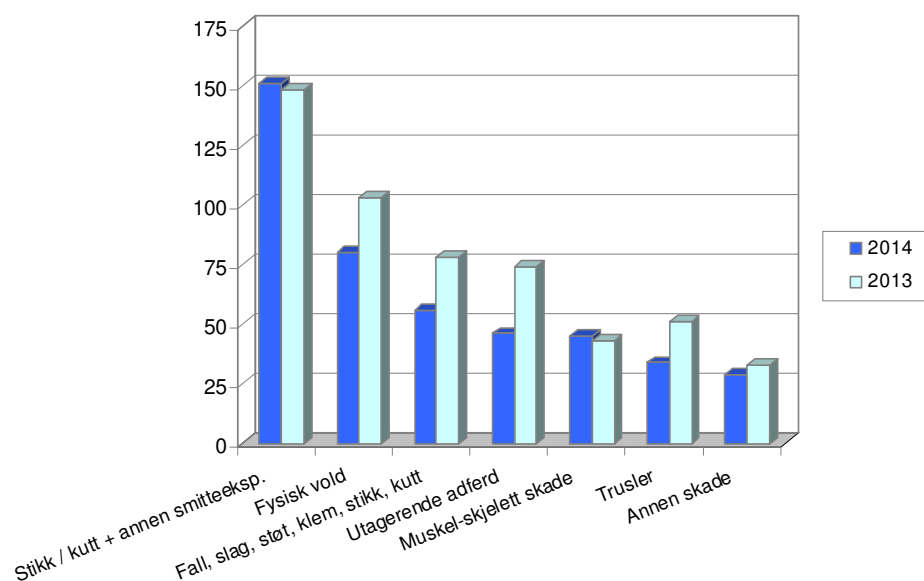
Tabell 16. Tiltaksstatus for HMS-avvik med betydelig potensiell skade/konsekvens.

145 avvik kunne ført til betydelig skade. De største avvikstypene er:

- "Stikk / kutt med smitterisiko" med 17 avvik
- "Fall / slag / støt / klem / stikk / kutt" med 12 avvik
- "Fysisk vold" med 11 avvik
- "Smittevern" med 11 avvik

Noen skader har ulykkeskarakter, og hvor det ikke er aktuelt med tiltak.

## De hyppigst meldte HMS-avvikene



Figur 17. De hyppigst meldte HMS-avvikene. Kilde: Achilles.

### Skade på ansatte

Totalt ble det registrert 444 avvik i hovedgruppen "Skade på ansatte" i 1. tertial 2014. Det er 80 avvik mindre enn i samme periode i 2013. Den største avviksgruppen var:

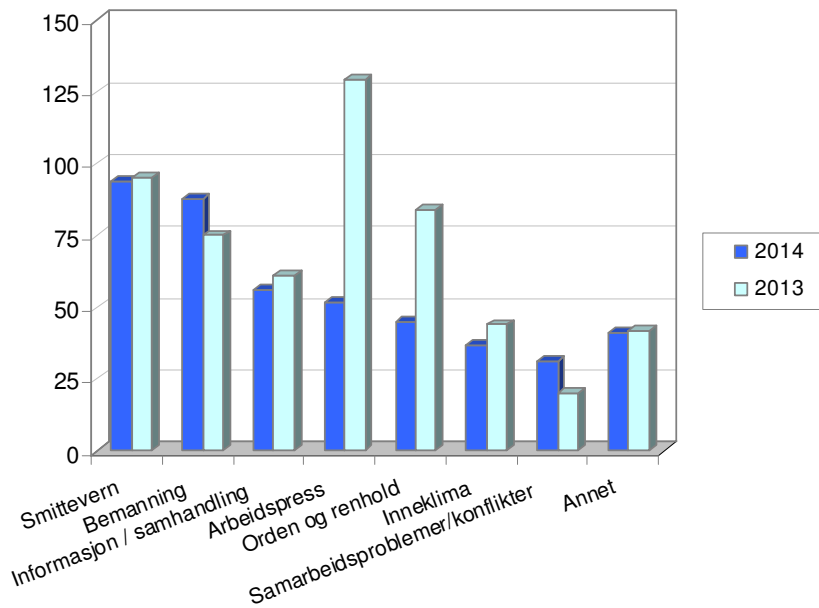
- "Stikk / kuttskader + Annen smitteeksponering" med 151 avvik
- "Fysisk vold med" med 80 avvik
- "Fall, slag, støt, klem, stikk, kutt" med 56 avvik.

Fysisk vold/trusler/utagerende adferd/trusler reflekterer til sammen et betydelig antall hendelser hvor ansatte ble utsatt for eller stod i fare for å bli skadet - primært fra pasienter innen psykiatri og rus (Klinikk psykisk helse og avhengighet). Avviksgruppen er økende også i andre klinikker. Hendelsene er en stor belastning for mange av de ansatte som regelmessig utsettes for slike forhold.

Stikkskadene har ofte sammenheng med feil rutineutførelse, høy arbeidsmengde og tidspres som gir risiko for flere feilhandlinger.

I "Annen skade" inngår kjemikalieeksponering, stråleeksponering, hudskader, støyskader, lungeskader, allergier, eksem, øyeskader, tannskader.

## Arbeidsmiljø



Figur 18. De hyppigst meldte Arbeidsmiljø avvikene. Kilde: Achilles.

Totalt ble det registrert 444 avvik i hovedgruppen "Arbeidsmiljø" i 1. tertial 2014 mot 550 i samme periode i 2013, hvilket utgjør en nedgang på 19 %. Noe skyldes som tidligere nevnt Sterilavdelingens endring i praksis, men utover dette er Arbeidsmiljøavdelingen ikke kjent med at det er noen vesentlige endringer i arbeidsmiljøet.

Den største avviksgruppen i 1. tertial 2014 er "Smittevern" med 94 avvik, omtrent det samme som i samme periode i 2013. Eksempler på avvikstitler er:

- urene instrumenter
- mangelfullt smitteregime
- manglende informasjon om smitte
- ikke smittevasket

Nest største avviksgruppe er "Bemanning" med 88 avvik – 20 % økning sammenliknet med 2013. Eksempler på avvikstitler er:

- underbemanning
- manglende kompetanse
- mangel på ressurser
- for få ansatte på vakt
- stor arbeidsbelastning
- overtid
- dobbeltvakt
- samtidighetskonflikt

Tredje største avviksgruppe er "Informasjon/samhandling" med 56 avvik. Eksempler på avvikstitler er:

- telefoner ikke besvart
- ikke gitt beskjed om endringer
- mangelfull informasjon
- mangelfull kommunikasjon
- mangelfulle rutiner
- ikke fått assistanse
- manglende samarbeid
- uklar arbeidsfordeling
- mangelfulle opplysninger
- feil i bestilling

Denne avviksgruppen inneholder mange avvik som medfører plunder / heft og irritasjon i hverdagen.

Dernest følger "Arbeidspress" (52), "Orden og renhold" (45), "Inneklima" (37) og "Samarbeidsproblemer/konflikter" (31).

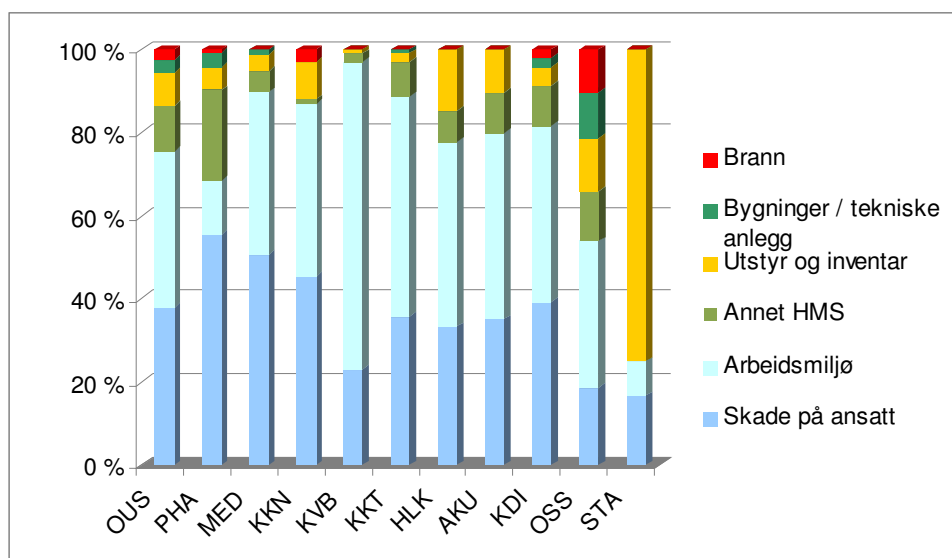
I "Annet" inngår: Dagslys og belysning, ergonomi, kjemikalier, ledelse, omstilling, plassforhold, støy, bygninger med tilhørende tekniske anlegg, brann, utstyr og inventar, avfall, ytre miljø, annet HMS.

### Klinikkvis meldeprofil

	Totalt	Skade på ansatt	Arbeidsmiljø	Annet HMS	Utstyr og inventar	Bygninger/ tekniske anlegg	Brann
Oslo universitetssykehus HF	1173	444	444	128	91	37	29
Klinikk psykisk helse og avhengighet	270	150	35	59	15	9	2
Medisinsk klinikk	79	40	31	4	3	1	0
Klinikk for kirurgi- og nevrofag	101	46	42	1	9	0	3
Kvinne- og barne-klinikken	104	24	77	2	1	0	0
Kreft-, kirurgi- og transplantasjons-klinikken	106	38	56	9	2	1	0
Hjerte-, lunge- og kar-klinikken	27	9	12	2	4	0	0
Akuttklinikken	165	58	74	16	17	0	0
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	94	37	40	9	4	2	2
Oslo sykehusservice	215	40	76	26	27	24	22
Direktørens stab	12	2	1	0	9	0	0

Tabell 17. Oversikt over hvordan HMS-avvikstypene fordeler seg på hovedkategorier i klinikkene i 1. tertial 2014. Kilde: Achilles.

Tabellen er i figuren nedenunder fremstilt grafisk, og viser forholdsmessig fordeling av avvikstypene i de enkelte klinikkene:



Figur 19. Oversikt over hvordan HMS-avvikstypene fordeler seg på hovedkategorier i klinikkene i 1. tertial 2014. Kilde: Achilles.

Figuren avspeiler forskjellige arbeidsmiljøutfordringer, forskjellig avvikkultur og forskjellig meldekultur i klinikkene.

Klinikk	De største avviksgruppene
Klinikk psykisk helse og avhengighet	Fysisk vold, brudd på sikkerhetsrutiner, utagerende adferd, trusler, bemanning
Medisinsk klinikk	Stikkskader, fysisk vold, smittevern
Klinikk for kirurgi- og nevrofag	Stikkskader, smittevern, samarbeidsproblemer/konflikter, muskel/skjelettskader
Kvinne- og barne-klinikken	Bemanning, arbeidspress, stikkskader
Kreft-, kirurgi- og transplantasjons-klinikken	Stikkskader, informasjon/samhandling, bemanning, smittevern
Hjerte-, lunge- og kar-klinikken	Stikkskader, samarbeidsproblemer/konflikter, informasjon/samhandling
Akuttklinikken	Stikkskader, smittevern, informasjon/samhandling, arbeidspress, fall/slag/støt/klem/stikk/kutt
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	Stikkskader, smittevern
Oslo sykehusservice	Orden/renhold, inneklima, fall/slag/støt/klem/stikk/kutt, smittevern
Direktørens stab	IT-utstyr / IT-system

Tabell 18. De største avviksgruppene i hver klinikk. Kilde: Achilles.

## Tiltaksstatus

I 1. tertial 2014 ble det totalt registrert 342 HMS-tiltak i avvikssystemet (Achilles) på 1.173 avvik. Dette representerer langt ifra alle gjennomførte tiltak da mange ledere bruker systemets kommentarfelt til å beskrive tiltak, og dette kan telles opp av rapportfunksjonen.

For det totale systematiske HMS-arbeidet og hvor HMS-avvik er en mindre bit, kan en bruke eHMS for å innhente status om sakstyper; både på planlagte og gjennomførte tiltak.

Tiltaksstatus i eHMS pr. 20.05.14 er:

Det er registrert 4.562 tiltak i 467 HMS-handlingsplaner.

Det vil si at hver handlingsplan i snitt inneholder ca. 10 tiltak hvorav:

- 24 % er gjennomført (1.076)
- 34 % er i arbeid (1.554)
- 42 % ikke er påbegynt (1.932)

"10 på topp" for planlagte tiltak etter HMS-runden høsten 2013:

- 598 Arbeidslokaler / fellesarealer
- 290 Faglig utvikling
- 249 Inneklima
- 240 Forbedringer – avvik, feil, gjøre ting bedre
- 220 Ergonomi
- 192 Arbeidsbelastning
- 175 Sosialt samspill
- 171 Verdier – kvalitet, trygghet, respekt
- 144 Arbeidsglede
- 143 Brannvern

Effekten av de tiltakene som faktisk er gjennomført er vurdert i eHMS.

Gjennomsnittlig risikovurdering før tiltak var 0,81 = gul, og etter gjennomføring av tiltak 0,10 = grønn.

Dette betyr at de gjennomførte tiltak har hatt god effekt. Dette gjelder alle temaer.

Siden hele 76 % av tiltakene ikke er gjennomført, er det sett på hva slags tiltak dette er.

Ikke gjennomførte tiltak etter HMS-runden pr. 20.05.14:

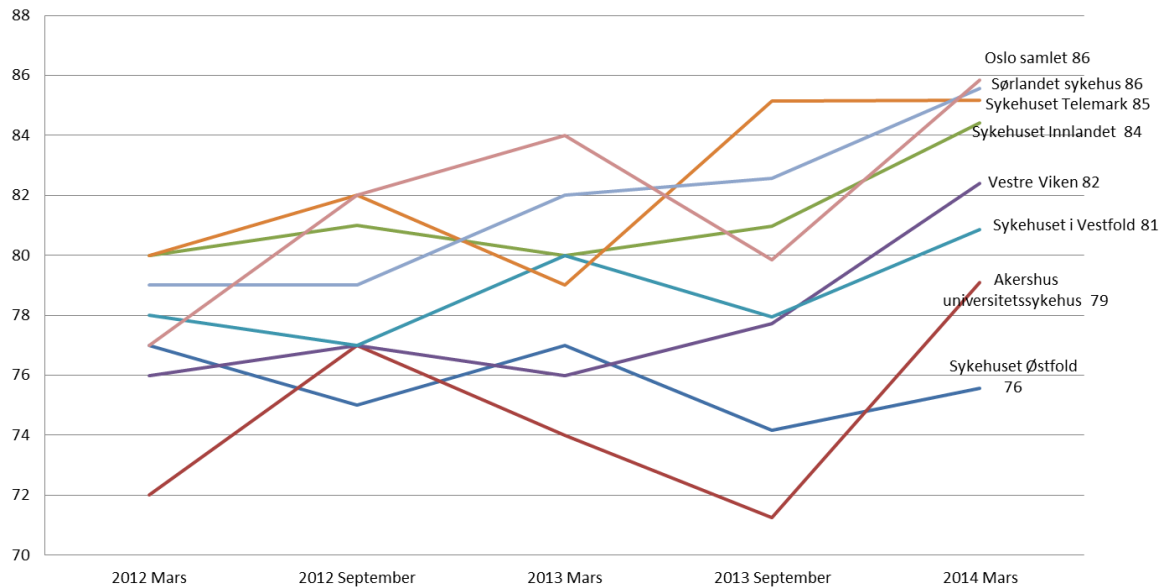
- 386 Arbeidslokaler og fellesarealer
- 234 Faglig utvikling
- 187 Forbedringer
- 166 Inneklima
- 155 Ergonomi
- 146 Arbeidsbelastning
- 137 Verdier (kvalitet, trygghet og respekt)
- 134 Sosialt samspill

Det er i stor grad de samme tiltakene som på "10 på topp".

## 8. Kommunikasjon og omdømme

### 8.1 Omdømme

Helse Sør-Øst RHF gjennomfører omdømmeundersøkelser i hele regionen i mars og september hvert år. Den er delt inn i sykehusområder, og i Oslo.



Figur 20. Andel som har meget eller ganske stor tiltro til spesialisthelsetjenesten

Undersøkelsen for vår 2014 viser en bedring på samtlige måleområder, for Oslo. Områder der Oslo universitetssykehus HF skiller seg særlig ut:

- Befolkningen i Oslo totalt har regionens høyeste tillit til at de får den hjelpen de behøver hvis de behøver sykehusbehandling (Oslo totalt har en score på 75, Oslo universitetssykehus HF alene har en score her på 76 av 100).
- Det området der Oslo universitetssykehus HF utmerker seg mest i positiv retning, er påstanden om at sykehuset er en interessant arbeidsplass. Der har Oslo universitetssykehus HF en score på 78 poeng (mot 75 for Oslo totalt), opp 6 fra i fjor, og høyest i regionen.
- Oslos befolkning er noe mer i tvil om sykehuset har god ledelse – der scores Oslo universitetssykehus HF fem poeng høyere enn i fjor, men fortsatt lavt med 55 av 100 poeng, og i nedre halvdel av gruppen. Den samme tendensen gjelder organiseringen ved sykehuset; 55 for Oslo universitetssykehus HF og opp med 7 poeng fra i fjor.

Enkeltresultater i undersøkelsen, inkludert sammenstilling av resultatene for alle sykehusene i regionen, er lagt til bakerst i kapittel 9.3.



## 8.2 Internett

Sykehusets primære målgruppe er pasientene og deres pårørende. Den viktigste kommunikasjonskanalen overfor disse, i tillegg til den direkte pasientkontakten, er internett. Det er her all informasjon til pasienter og befolkning skal finnes i oppdatert versjon. Andre kanaler, som brosjyrer, plakater, sosiale medier og tradisjonell media er også viktige kanaler til informasjon om sykehusets mange oppgaver, roller og behandlinger.

Oslo universitetssykehus HF er en aktiv samarbeidspartner og bidragsyter inn mot Norges offentlige helseportal helsenorge.no (Helsedirektoratet) og sitter både i operativt og strategisk redaksjonsråd.

I perioden ble arbeidet med å pilotere regionens nye internettløsning på Sharepoint 2013 fullført. Oslo universitetssykehus HF er første foretak på i Helse Sør-Øst. Fortsatt finnes det feil og mangler i løsningen, men i all hovedsak formidles informasjon til befolkningen på en god måte, mer stabilt enn på gammel løsning.

Mål med ny løsning er todelt: En mer stabil driftssituasjon (ved fjerning av det forstyrrende og skreddersydde elementet "emnekart" som forårsaker mye nedetid) og en revidering av sidens grafiske elementer og oppbygning. Opplæring av sykehusets lokale redaktører i den nye publiseringsløsningen skjer fortløpende (og for annen gang ettersom selve løsningen har vært såpass forsinket).

Oslo universitetssykehus HF har totalt ca 500 lokale redaktører. Redaktørene opplever løsningen som enklere å bruke. Det regionale prosjektet som løser feil er dessverre alt for lavt bemannet, noe som fører til at alvorlige feil kan ta opptil en og en halv måned å rette.

Status for det fagstoffet som er publisert ved utgangen av første tertial 2014 på nettsiden er:

- 393 diagnoser
- 173 undersøkelser
- 215 behandlinger

En har ingen god, enkel måte å få ut tallet på antallet kliniske studier i den nye internettløsningen, men sykehuset tar et initiativ regionalt for å få dette til så snart som mulig.

501 enheter (klinikker, avdelinger, seksjoner og sentre (nasjonale tjenester og regionale fag-, behandlings- og kompetansemiljøer)) presenterer seg på nett.

Oslo universitetssykehus HF deltar også i det nasjonale prosjektet Felles nettløsning for spesialisthelsetjenesten – én helseportal, i regi av landets fire RHFer.

### **8.3 Kvalitet på nett**

Kommunikasjonsstaben oppdaterer kvalitetsinformasjon på sykehusets internettsider hvert tertial på bakgrunn av tall fra helsenorge.no og sykehusets egne tall. Det samarbeides med Stab kvalitet og pasientsikkerhet om publisering av 3-3 meldinger (uønskede hendelser). I første tertial ble det publisert en ny læringssak (3-3 melding).

Resultater fra sykehusets egen brukerundersøkelse publiseres også hvert tertial. Som et ledd i økt brukermedvirkning ble også et utvalg pasientkommentarer, hentet fra sykehusets brukerundersøkelse, publisert. Det arbeides videre med økt synliggjøring av Oslo universitetssykehus HF sin egen brukerundersøkelse, blant annet ved at undersøkelsen og resultatene er gitt større fokus på forsiden av internett.

Det jobbes med videreutvikling av kvalitetssidene, blant annet med sikte på å presentere kvalitetstall fordelt på klinikk/fagområde. Blant annet er det inngått et samarbeid med Hjerte-, lunge- og karklinikken om publisering av kvalitetsregistre.

Kommunikasjonsstaben har prioritert utviklingsprosjekter 1. tertial 2014, og har blant annet søkt Helse Sør-Øst RHF og Extrastiftelsen om midler til utvikling av mobile applikasjoner for henholdsvis barn/ungdom på sykehus og barn/ungdom som pårørende.

"Meg også - bok for barn og ungdom som opplever sykdom i familien", er solgt i over 2000 eksemplarer via Universitetsforlaget (april 2014). Internt opplag brukes aktivt over store deler av sykehuset. Kommunikasjonsstaben har søkt om eksterne midler til utvikling av en iPad-applikasjon med utgangspunkt i boka.

Presentasjonsfilm om sykehuset på norsk og engelsk er utarbeidet i samarbeid med ITV og publisert på nettidene.

### **8.4 Intranett**

Intranettet er sykehusets primære kanal for informasjon til medarbeiderne, for debatt og for kulturbygging. En ukentlig oppsummering av nyheter fra intranettet blir sendt ut på e-post hver fredag.

Sykehuset har i perioden arbeidet videre med en ny og bedre søkemotor for intranettet, inkludert bedre søk på personer, enheter og telefonnumre. Det nye søket er imidlertid ikke satt i produksjon enda.

Alle enheter kan, og oppfordres til å, etablere egne sider på intranettet. Flere klinikker og avdelinger bruker intranettet mer aktivt, og en kan se at flere er i ferd med å finne løsninger på intranettet som kan erstatte gamle lokale løsninger.

Intranettet er også inngang til ulike systemer og verktøy i sykehuset.

Mest brukte verktøysider/informasjonsider 1. januar – 30. april 2014 (antall besøk på sida):

	Type	Antall besøk
Avvikssystemet	Verktøy	336377
E-post på tvers av sykehus og PC'er	Infoside	67487
Pasientreiser	Infoside	22328
Tjenester, systemer og andre nyttige ressurser	Infoside	15783
HR og Personal	Infoside	14777

Tabell 19. Mest brukte verktøysider/informasjonsider 1. januar – 30. april 2014 (antall besøk på sida)

Mest leste nyheter/meldinger 1. januar – 30. april 2014 (antall besøk på sida):

	Type	Antall besøk
TV-serie fra OUS starter 13. januar	Nyhet	6682
Kondolanseprotokoller for Anders Rostrup Nakstad	Nyhet	4301
Forstår du alle linjene på lønnslippen din?	Melding	3609
Ny felles pasientkurve i papir	Nyhet	3388
Tannlege, teater og trening - mange gode tilbud til ansatte	Melding	2578

Tabell 20. Mest leste nyheter/meldinger 1. jan – 30. apr 2014 (antall besøk på sida)

Mest leste temaer i diskusjonsforumet 1. januar – 30. april (antall besøk på sida):

	Type	Antall besøk
Etterlysning	Diskusjon	5173
Andedammen	Diskusjon	2454
Låste balkonger???	Diskusjon	1979
Morgenyoga?	Diskusjon	1865

Tabell 21. Mest leste temaer i diskusjonsforumet 1. jan – 30. apr (antall besøk på sida)

Mest aktive diskusjoner 1. januar – 30. april:

	Antall innlegg i perioden
Etterlysning	23
Morgenyoga?	18
Andedammen	15
Ansatte i pasienttøy	13

Tabell 22. Mest aktive diskusjoner 1. januar – 30. april

## 8.5 Nyhetsbrev

I perioden har sykehusets ledelse gitt ut tre nyhetsbrev. I tillegg har klinikkene og staber gitt ut egne nyhetsbrev:

Klinikk	Antall
Klinikk for psykisk helse og avhengighet	1
Medisinsk klinikk	2
Klinikk for kirurgi og nevrofag	1
Hjerte-, lunge- og karklinikken	1
Kvinne- og barneklubben	-
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken	1
Akuttklubben	Ingen nyhetsbrev, men ukesrapporter
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	1
Oslo sykehuservice	1

Tabell 23. Antall nyhetsbrev ugitt pr. klinikk

### Informasjonskontaktmøter

Alle klinikkene har en fast klinikkontakt i kommunikasjonsstaben. Det er også en dedikert informasjonskontakt i hver klinikk. I nettverket med informasjonskontaktene har kommunikasjonsstaben arrangert fire informasjonskontaktmøter.

### Åpen dag

Kommunikasjonsstaben har arrangert tre åpne dager for medarbeidere i sykehuset i denne perioden. Tilbudet inneholder grunnkurs i internettpubliseringskurs og webcafé.

Totalt har rundt 20 ansatte gått på internettpubliseringskurs i regi av Åpen dag, og 41 medarbeidere har deltatt på webcaféen. Det har blitt innhentet tilbakemeldinger fra deltagerne via verktøyet Questback. Av de som har svart er mellom 60 og 85 prosent tilfreds eller svært tilfreds med webcaféen. Mellom 60 og 100 prosent av de som har svart er tilfreds med kursinnholdet på internettpubliseringskurset.

## 8.6 Politiske besøk til sykehuset i perioden

Det har vært ni politiske besøk ved sykehuset i perioden:

- Helseminister Bent Høie 7. januar 2014. Sykehustale m/oppdragsdokumenter og nye styrever.
- Barne- og familieminister Solveig Horne 11. februar 2014. Kjønnslemlestelse. Orienteringer ved Kvinne- og barneklubben.
- Barne- og familieminister Solveig Horne 16. januar 2014. Åpning av Pediatridagene
- Olaus Bollestad og Hans Olav Syversen fra Kristelig folkeparti 10. mars 2014. Orientering om Oslo universitetssykehus HF: Adm.dir + Akuttmottak + Medisinsk klinikk + Kreft-, kirurgi- og transplantasjons-klinikken + Klinikk psykisk helse og avhengighet.
- Statssekretær Anne Grethe Erlandsen 10. mars 2014. Orientering om Oslo universitetssykehus HF: Adm. dir + Akuttmottak + Medisinsk klinikk + Kreft-, kirurgi- og transplantasjons-klinikken + Klinikk psykisk helse og avhengighet.

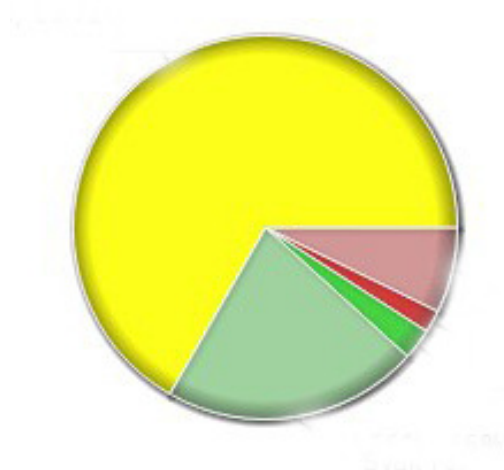
- Helseminister Bent Høie og statssekretær i Helsedepartementet Cecilie Bræin 11. mars 2014, Seksjon for Rusbehandling. Orientering ved Anne Beate Sætrang
- Helseminister Bent Høie 13. mars 2014. Lansering av lovforslag om forbud mot laserpekere
- Torgeir Michaelsen m/Arbeiderpartiets fraksjon på Stortinget 24. mars 2014. Generell innføring om Oslo universitetssykehus HF.
- Stortingsrepresentant (H) Tone Wilhelmsen Trøen 28. mars 2014. Psykosebehandling ved Oslo universitetssykehus HF v/Peter Andreas Ringen

### 8.7 Overordnede prosjekter med særlig kommunikasjonsfokus i perioden

- Nytt akuttbygg – åpnet i slutten av februar
- Campus Oslo – kommunikasjonsplan for idefase
- Gjennomføringsprosjektet
- Regional utvikling av pasientbrev inkludert godt forståelig informasjon om rettigheter (Fritt sykehusvalg)
- Implementering av brukerundersøkelse blant pasienter ved Oslo universitetssykehus HF.
- EPJ-prosjekter – kommunikasjon og endringsledelse

### 8.8 I media

Sykehuset har hatt 596 registrerte henvendelser fra 1.januar til 30.april 2014 – inklusive meldinger om pasientskade. Dette er noe flere enn i forrige periode. Antall saker i mediene økte fra 4177 i tredje tertial 2013 til 5305 saker i første tertial 2014.



Sakene i første tertial 2014 ble vektet slik:

- Den gule andelen viser nøytrale saker (67 %)
- De grønne andelen viser positive saker (24 %)
- De røde andelen viser negative saker (9 %)

Figur 21

Andelen svakt positive og positive saker har økt litt fra forrige tertial (1 %), mens andelen svakt negative og negative saker har gått ned med ni prosent sammenlignet med forrige periode. Alle saker er sykehusets personell uttaler seg i kraft av sin ekspertise er vektet som svakt positivt.

I de 484 negativt vektete sakene dominerer følgende temaer:

- Brudd på arbeidsmiljøloven
- Mer uro rundt nyfødtintensiv
- Tvangsmulkt i forbindelse med responstid på AMK
- Kø for CT-skanning på Radiumhospitalet
- Overtidsarbeid blant leger

I de 1282 positivt vektete sakene dominerer følgende temaer:

- Behandlingstilbud til overgrepsutsatte barn
- Pasienter som har gode erfaringer fra sykehuset
- Ekspertuttalelser
- Transplantasjoner, lunge
- Behandlingstilbud til kjønnslemlestedede kvinner
- Nytt akuttmottak på Oslo universitetssykehus, Ullevål

De 3539 nøytralt vektete sakene handler om svært mange ulike temaer. I mange av dem er sykehuset nevnt uten å spille noen sentral rolle. Omtale av skadde pasienter brakt til Oslo universitetssykehus HF, helikopterulykken på Sollihøgda, AMK-sentralen i Østfold og rekordstore erstatningsutbetalinger i helse-Norge er også nøytralt vektet.

## 8.9 Sosiale medier

Kommunikasjonsstaben har holdt flere innlegg for grupper av medarbeidere om sosiale medier i perioden. Ønsket om og behovet for en høyere bevissthet rundt bruk av enheters, ansattes og pasienter/pårørendes bruk av sosiale medier er åpenbart.

Kommunikasjonsstaben holder foredrag om, og har laget tre veiledninger i e-håndboken om dette:

- Veileder for enheter i sosiale medier
- Veileder for ansatte i sosiale medier
- Veileder når medarbeidere opplever seg trakassert i sosiale medier.

Kommunikasjonsstaben har i tillegg startet opp arbeidet med et sett husregler for pasienter og pårørende som særlig berører fotografering, filming og lydopptak til privat publisering i sosiale medier, for å sikre at lovverk følges, og for å anmode om respekt for både medarbeideres arbeidssituasjon og pasienters personvern på sykehuset.

På Facebook har sykehuset 1832 følgere og tallet øker jevnt.

På Twitter (@oslounivsykehus) har sykehuset i perioden fått 509 nye følgere og har nå 4371 til sammen. Sykehuset har også mange aktive medarbeidere på Twitter som twitrer fag og deltar i samfunnsdebatten. På twitter deltar medarbeidere i debatter om spørsmål som berører sykehuset og formidler nyheter om forskning og behandling.

Det som har generert mest oppmerksomhet på sykehusets Facebook-side er en video fra akuttmottaket som ble laget i forbindelse med åpningen av nytt akuttbygg. Videoen fikk raskt oppmerksomhet og er i dag sett av nesten 60 000.

Det temaet som har generert mest aktivitet på sykehusets Twitterkonto i perioden er meldinger knyttet til TV-serien "På liv og død" som gikk på TVNorge i januar. Svært mange positive tilbakemeldinger, men også noe kritikk som gikk på om man skal gjøre andres ulykke til TV-underholdning.

Av egenproduserte meldinger som har fått mye oppmerksomhet, kan nevnes:

- 4.april: "Gi blod nå! Blodbanken mangler 3000 blodgivere. Påsken er høysesong for trafikkulykker og behovet for blod er stort." (17 retweets, 1 favoritt)
- 28.mars: "I Lindmo på NRK1 i morgen kl.21.35 kan du treffe Luftambulansen og se hvordan de jobber." (11 retweets, 7 favoritter)
- 5.mars: "Høyesterett forkaster Dagbladets anke i Schjenken-saken. Vi gratulerer vår kollega med Høyesteretts avgjørelse." (19 retweets, 6 favoritter)
- 10.februar: "OUS Ullevål tar i dag i bruk et flunkende nytt akutthbygg med mange viktige funksjoner" (10 retweets, 9 favoritter)

## 9. Referansetabeller

### 9.1 Eksterne tilsyn gjennomført i 1. tertial 2014

Tilsynsdato	Tilsynsetat	Tittel - tema	Org. enhet	Antal avvik gitt	Antal avvik lukket	Frist	Kommentar - status	Avvik i forhold til internkontroll-krav								
								Mål, organisering, ansvar, myndighet	Arbeidstakeres kunnskap, ferdigheter, medvirkning	Brukererfaringer, medvirkning	Fare for svikt / lovbrudd, risikovurdering/-styring	Avvik, avdekte, rette opp, forebygge	Nødv. rutiner, dokumenter, dokumentstyring	Intern revisjon, gjennomgang av system	Bygg-/anlegg/utstyr	
04.04.	Arbeidstilsynet	Tilsyn med arbeidstid ved ulike klinikker	HR og personal			07.07. 21.11	Oppfølging. I arbeid				1		1			
17.03.	Branntilsyn	Branntekniske og organisatoriske krav	OSS Brannvernseksjonen	0	0		Lukket									
20.02.	Branntilsyn	Lørenskog, avtalt ordinært branntilsyn	OSS Brannvernseksjonen	0	0		Lukket									
11.03.	Fylkesmannen helseavdeling	Landsomfattende tilsyn: Undersøke om HF gjennom systematisk styring og ledelse sikrer barn og unge forsvarlig psykisk helse	BUP Oslo Nord	1	0	20.06	I arbeid				1		1			
16.01.	Fylkesmannen miljøavdeling	Kontrollrapporter fyringsanlegg	Tek Teknisk Adm Radiumhospitalet	6	4	31.12	Lukket	1					1			1
29.04.	Mattilsynet	Detaljomsetning og servering av mat og drikke	Hovedkjøkken Rikshospitalet	0	0		Lukket									
13.03.	Mattilsynet	Uanmeldt inspeksjon mattilsyn	Oslo sykehusservice KVB føde/barsel A Ullevål	3	2	01.09	I arbeid				1		1			1
13.03.	Mattilsynet	Uanmeldt inspeksjon mattilsyn	Oslo sykehusservice KVB føde/barsel B Ullevål	2	2	17.06 28.05.	Besvart				1		1			
19.02.	Mattilsynet	Detaljomsetning og servering av mat og drikke,	KKT sengepost A6 - Radiumhospitalet	2	2	28.05	Besvart				1					
24.01.	Mattilsynet	Uanmeldt mattilsyn Diettkjøkken	Hovedkjøkken Rikshospitalet	1	1		Lukket				1					1
23.04.	Riksrevisjonen	Utvidet kontroll: Testing av helseopplysninger i elektroniske pasientjournaler	Oslo universitetssykehus	0	0		Lukket									
25.02.	Statens strålevern	Temarettet tilsyn	HLK kard angio-lab RH seksjon	2	0	01.07 31.08	I arbeid		1			1				
<b>Totalt</b>		<b>12 tilsyn tilsammen</b>		<b>17</b>	<b>11</b>			<b>1</b>	<b>1</b>		<b>6</b>	<b>1</b>	<b>5</b>			<b>3</b>

Tabell 24. Tilsynsbesøk i 1. tertial 2014.



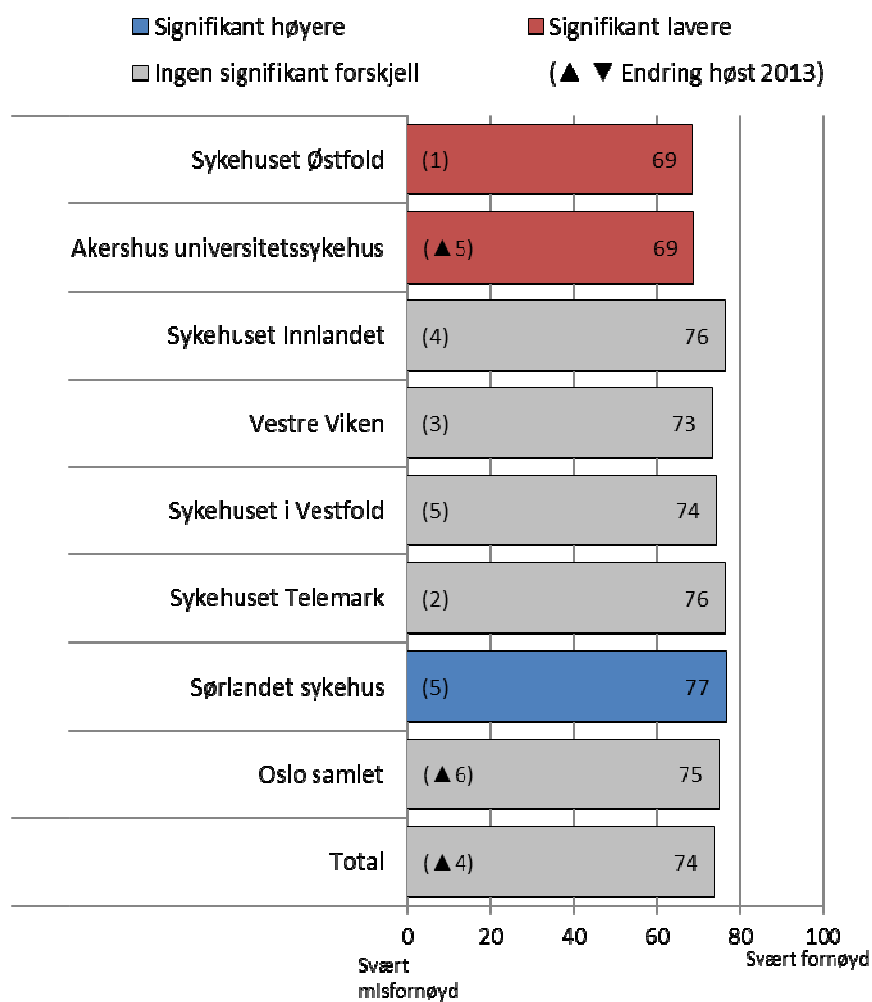
## 9.2 Eksterne tilsyn fra tidligere perioder - fortsatt under arbeid

Tabell 25. Ikke avsluttede avvik/pålegg fra tidligere tilsyn.

Tilsyns-dato	Tilsynsetat	Tittel - tema	Org. enhet	Antall avvik gitt	Antall avvik lukket	Frist	Kommentar - status
15.06.11	Arbeidstilsynet	Tilsynsrapport fra statusmøte. Bygningsmessige forhold og kjemikaliehåndtering.	Oslo universitetssykehus HF	10			Det er etablert samarbeid med jevnlig dialogmøter med Arbeidstilsynet. Det er utarbeidet handlingsplan med langvarig tidsplan som følges opp i tett dialog med tilsynsmyndighet
21.10.13	Direktoratet for samfunnsikkerhet og beredskap	Tilsynet vil verifisere at de tiltakene OUS har tilbakemeldt, lukket avvikene gitt etter revisjon i 2012	Oslo universitetssykehus HF	2	2		Avviket gitt med bakgrunn i tidligere risikovurdering som viste uakseptable forhold. Sykehuset har betalt tvangsmulkt på 450.000 kr. pr. mnd. siden 01.09.13. Mulkten er opphevet fra 31.03.14.
05.11.12	Direktoratet for samfunnsikkerhet og beredskap	HMS/kvalitet, MTU opplæring avvik	Oslo universitetssykehus HF	6	6		Tiltak gjennomført i henhold til handlingsplan. Sykehuset har ikke mottatt tilbakemelding på vårt brev av 11.04.14. Må sees i sammenheng med tilsynet 21.10.13 (se ovenfor).
08.10.12	Fylkesmannen helseavd.	Håndtering og vurdering av henvisninger og utredning av pas med tykk- og endetarmskreft	Oslo universitetssykehus HF	2	1	15.05.14.	Avviket har tatt tid pga. mangler i sykehuset EPJ-system. Dette er ordnet, men praktiseringen har likevel ikke vært tilfredsstillende. Nødvendig tiltak beskrevet i plan som var oversendt innen fristen.
25.11.13	Mattilsynet	Revisjon av postkjøkken på OUS-RH HLK	HLK Thoraxkir. intensivpost 1 Rikshospitalet. Prosjekt.	1	1	31.12.14	Midlertidig løsning iverksatt, men permanent løsning avhengig av bygningsarbeider.
09.12.13	Statens helsetilsyn	Bloodbankvirksomheten ved OUS	IMM Bloodbanken felles	1	0	21.06.14	Nødvendig tiltak gjennomføres innen fristen.
22.10.13	Statens legemiddelverk	NOPHO-ALL 2008: Hensikt er å påse at den kliniske utprøvingen gjennomføres iht gjeldne regelverk	Barnemedisinsk avd	17	14	01.07.14 01.10.14 01.11.15	Handlingsplan er oversendt 15.05.14.
29.10.13	Statens strålevern	Uønsket hendelse med pasient som fikk feilaktig stråledose og behandling i feil posisjon.	Avdeling for medisinsk fysikk	2	2	26.05.15.	Krav om interne revisjoner. Svar oversendt 26.05.14.

### 9.3 Omdømmeundersøkelsen

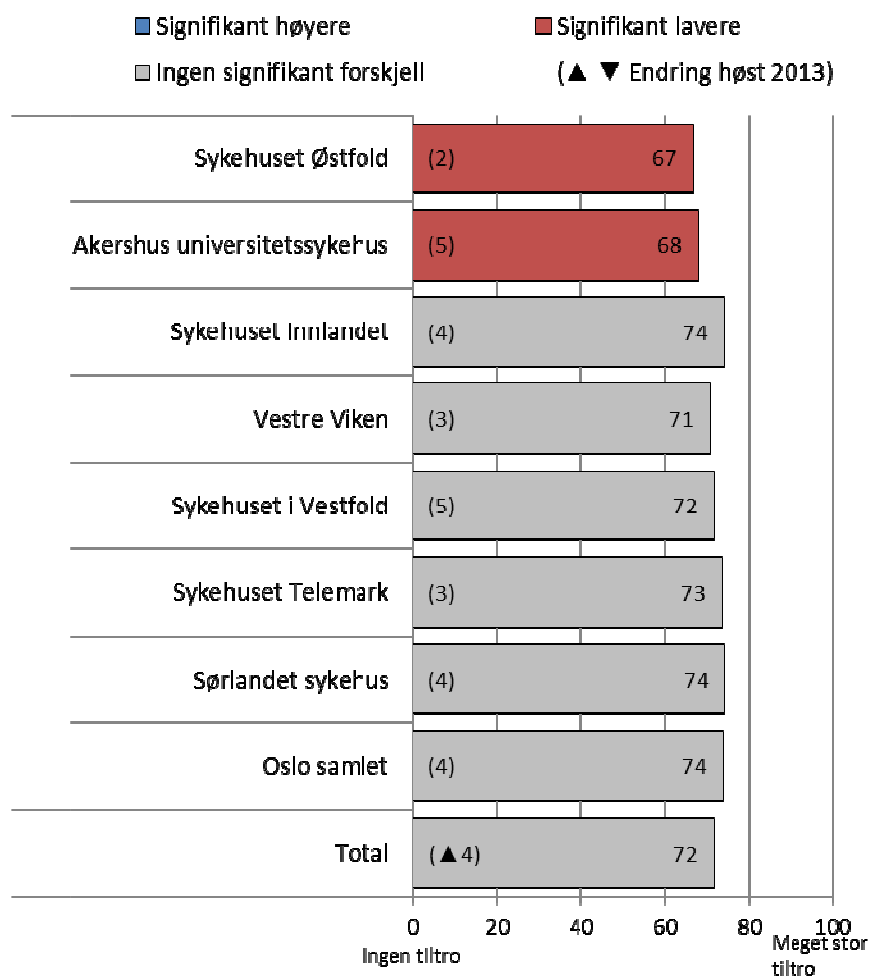
#### Hvor fornøyd er du med det samlede sykehusstilbudet?



Figur 22

Oslo universitetssykehus HF trekker dette snittet noe opp, med en bedring fra høst-13 på 5-, til 76 poeng

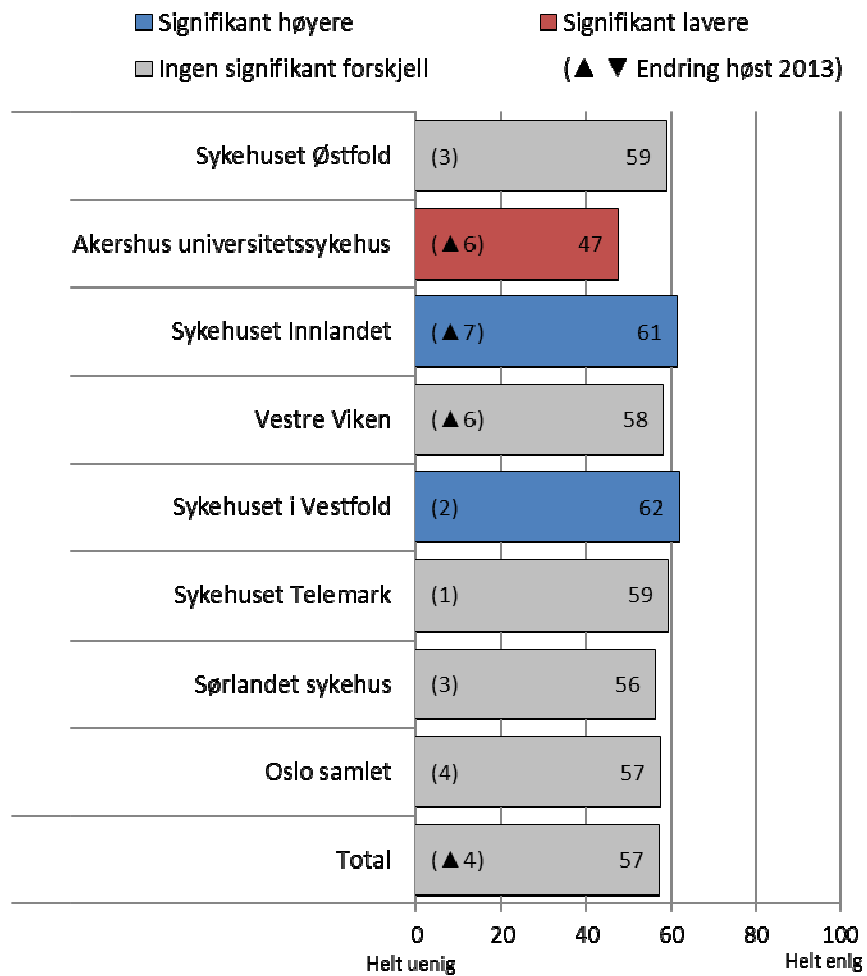
## Hvor stor tiltro har du til at du får den hjelpen du trenger hvis du skulle bli syk/skadet og behøve sykehusbehandling?



Figur 23

Her har Oslo universitetssykehus HF alene en poengsum på 76, og økning på 4 fra høst-13.

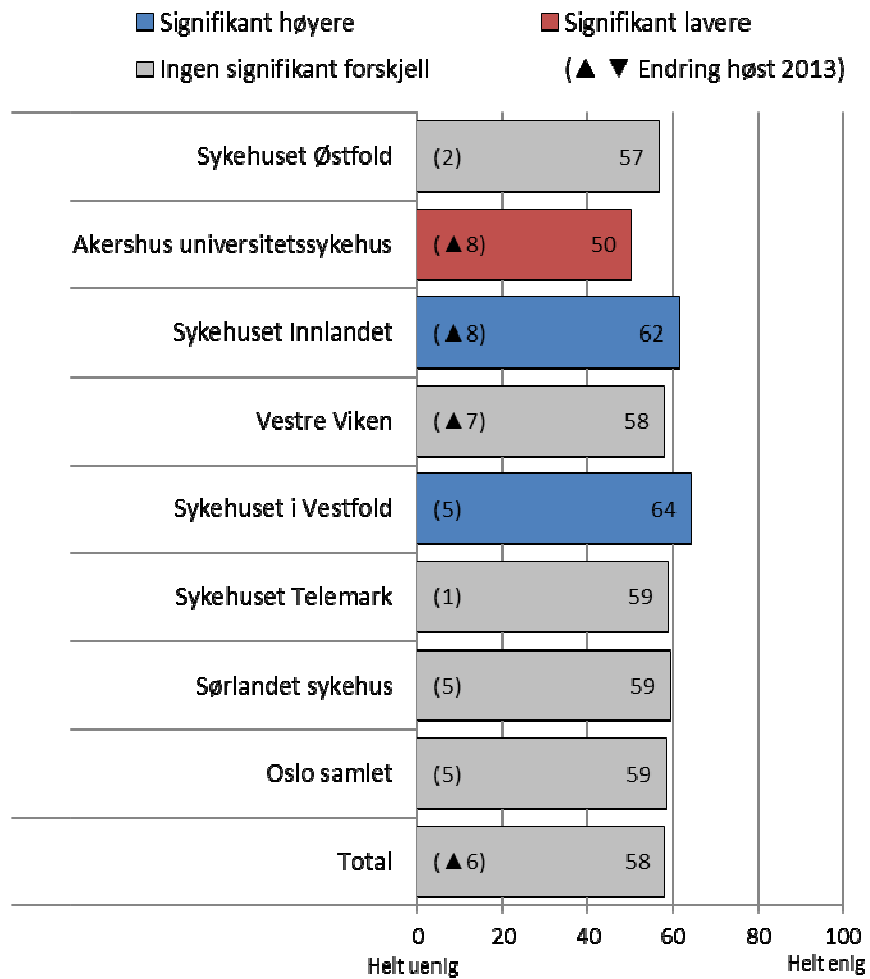
## Sykehuset har god ledelse:



Figur 24

Her trekker Oslo universitetssykehus HF snittet ned, med 55 poeng. Dette er en signifikant økning på 7 poeng fra høst-13.

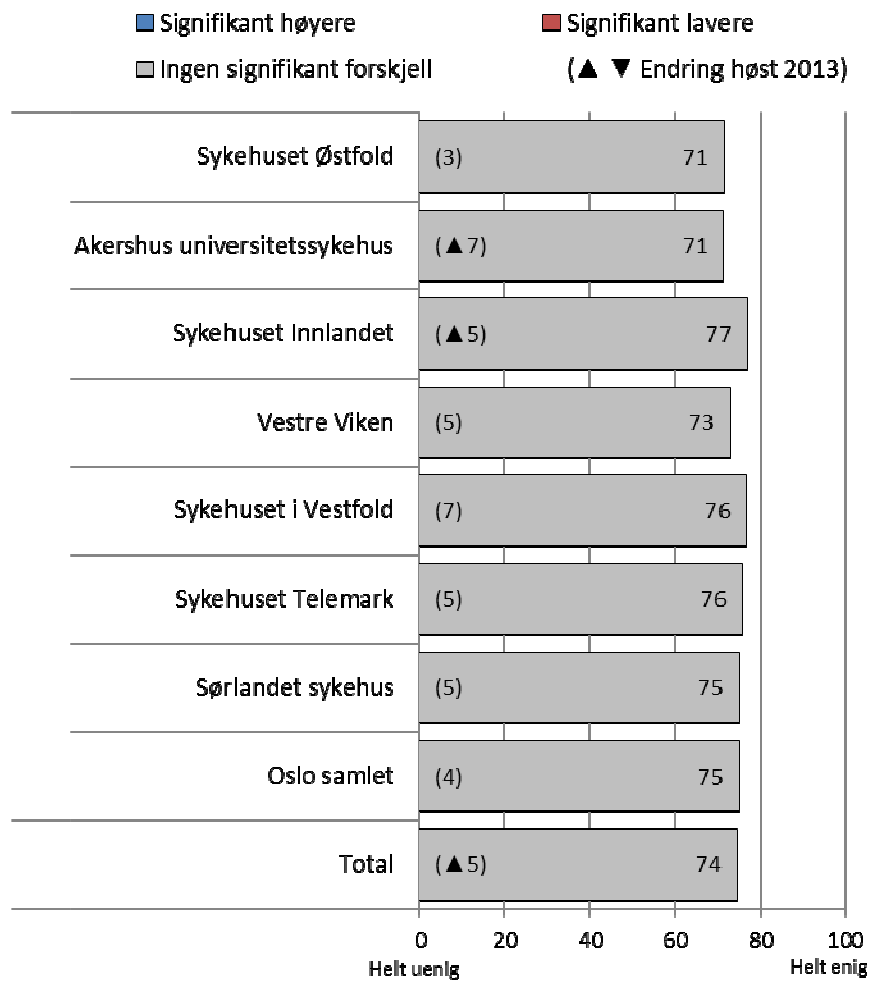
## Sykehuset er godt organisert:



Figur 25

Her trekker Oslo universitetssykehus HF snittet ned for området – med det signifikant lave 55 poeng – dog også her med en signifikant oppgang siden i fjor høst, på 7 poeng.

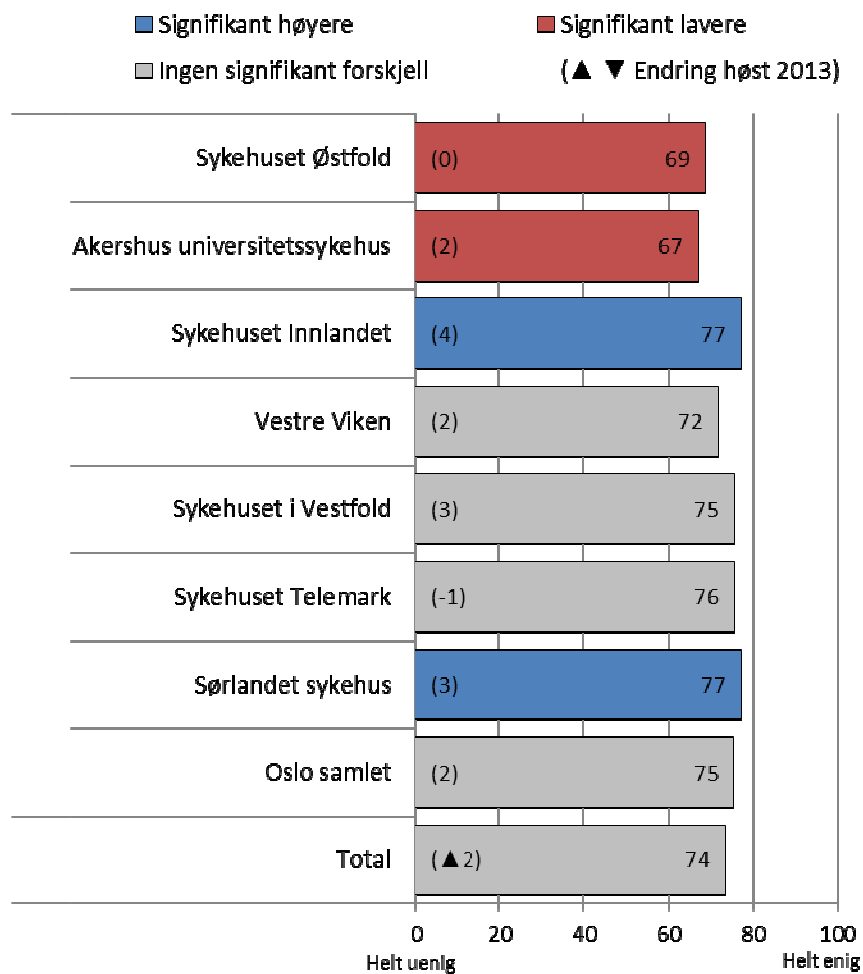
## Sykehuset er en interessant arbeidsplass:



Figur 26

Det er det området i undersøkelsen der Oslo universitetssykehus HF utmerker seg mest i positiv retning, med 78 poeng og økning med 6 poeng fra i fjor. Oslo universitetssykehus HF ligger høyest i Helse Sør-Øst på dette spørsmålet.

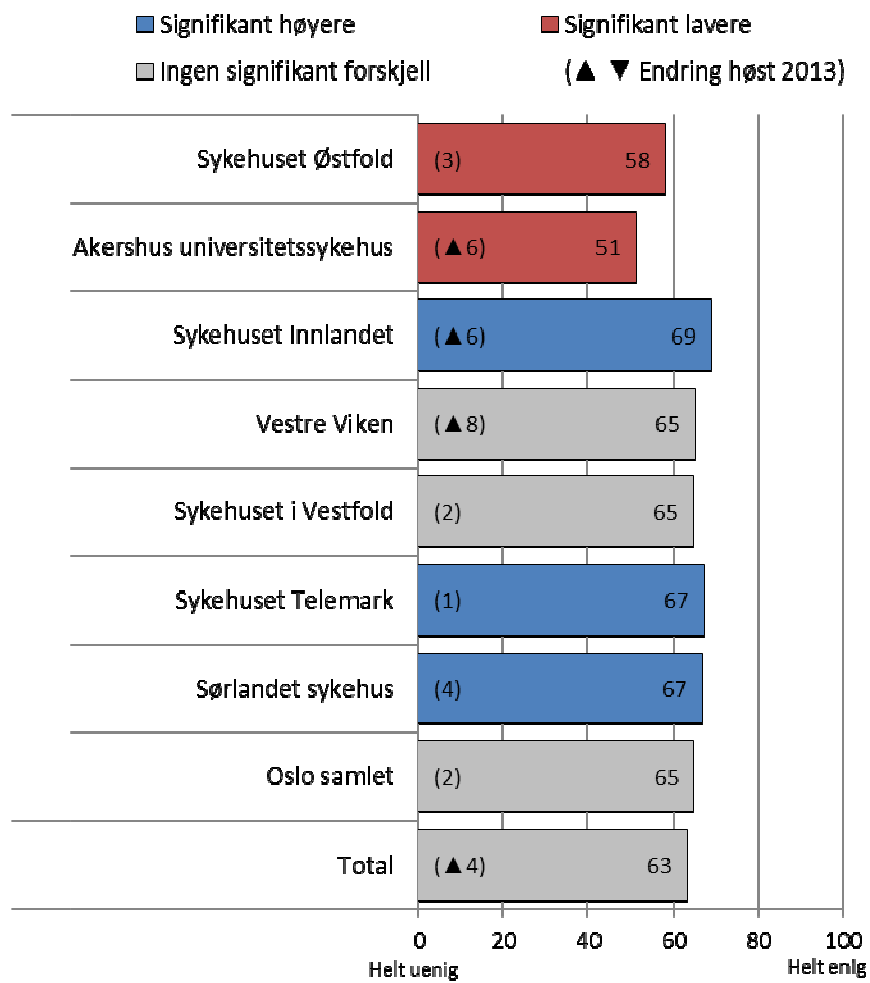
## Sykehuset yter god pasientbehandling:



Figur 27

Her gis Oslo universitetssykehus HF en score på 76 poeng, og en økning på 3 fra i fjor.

Sykehuset nyter stor tillit blant folk:

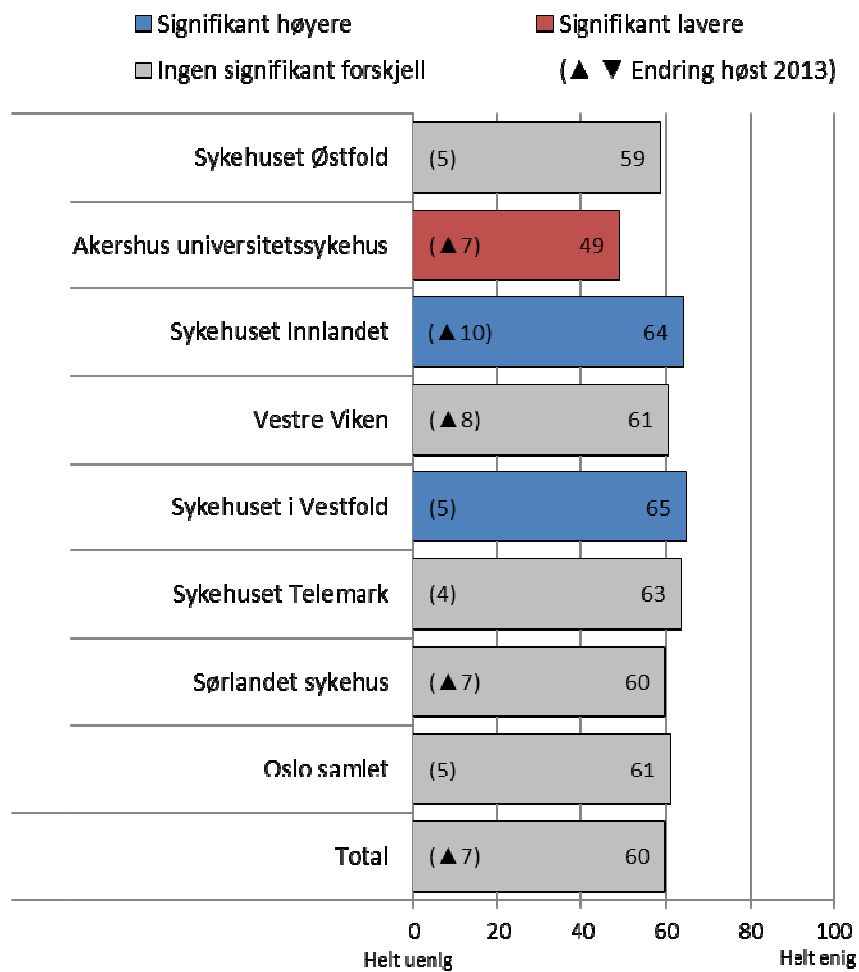


Figur 28

Her har Oslo universitetssykehus HF en score på 64 og en økning fra høst 2013 med 6 poeng.



## Sykehuset fremstår troverdig i media:



Figur 29

Her ligger Oslo universitetssykehus HF midt på treet med 60 poeng – og en signifikant økning fra høst 2013 med 9 poeng.

Målgruppe: Foretaksstyret – Styresak 33/2014.  
Faglig ansvarlig: Stabsdirektør Eva Bjørstad, Stab pasientsikkerhet og kvalitet  
Dato: 13. juni 2014  
Fil/versjon: - LGG-1- 2014 Indikatorer v30.doc

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 26. juni 2014

Saksbehandler: Viseadministrerende direktør økonomi og finans  
Viseadministrerende direktør medisin, helsefag og utvikling

Vedlegg: Tabellvedlegg

---

### **SAK 34/2014 RAPPORTERING PER MAI 2014**

#### **Forslag til vedtak:**

*Styret tar rapporteringen for mai 2014 til orientering.*

Oslo, den 19. juni 2014

Bjørn Erikstein

## 1. Sammendrag

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

- Samlet aktivitet innenfor somatikken er 0,7 pst høyere enn aktivitetsmålet i Oppdrag og bestilling fra Helse Sør-Øst RHF. Det styrevedtatte budsjettet forutsetter imidlertid høyere aktivitet innenfor somatikken i 2014 enn måltallet fra Helse Sør-Øst RHF, og målt mot periodisert aktivitetsbudsjett er det et negativt avvik på 0,6 pst.
- Innenfor psykisk helsevern er liggedøgn og poliklinisk aktivitet høyere enn de periodiserte måltallene både for voksne og for barn/unge.
- Det er registrert færre liggedøgn enn budsjettert innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling, og den polikliniske aktiviteten hittil i år er lavere enn periodisert måltall. Isolert for mai er imidlertid den polikliniske aktiviteten innenfor rusområdet bedre enn tidligere måneder.
- Gjennomsnittlig ventetid til avvikling (start helsehjelp) var i mai 83 dager, hvilket er noe lengre enn i mai 2013. Så lenge arbeidet med avvikling av langtidsventende pågår må man forvente at gjennomsnittlig ventetid til avvikling vil være høy og variere til dels betydelig fra periode til periode. Ventetid for ventende pasienter er redusert fra 238 dager ved utgangen av mai 2013 til 171 dager ved utgangen av mai 2014.
- Tallet på langtidsventende (ventet i mer enn ett år) er sterkt redusert det siste året. Fra utgangen av mai 2013 til utgangen av mai 2014 er antall langtidsventende redusert fra om lag 4 400 til om lag 2 200.
- Av antall avviklede pasienter i mai, var det oppstått fristbrudd for 592 pasienter (14 pst) før tidspunkt for start helsehjelp. Antall fristbrudd for ventende pasienter var ved utgangen av mai på 1 021 (11 pst), hvilket er en reduksjon på 439 (30 pst) fra samme periode i 2013.
- Økonomisk resultat for mai var 1 million kroner bedre enn budsjettert. Til og med mai er det et negativt avvik i forhold til periodisert budsjett på nærmere 3,5 millioner kroner.
- Antall brutto månedsverk er i juni 17 773 og i gjennomsnitt hittil i 2014 er det 17 560 brutto månedsverk. Det er i gjennomsnitt for 2014 utført 498 flere månedsverk enn i samme periode 2013 og 151 flere enn budsjettert.
- Sykefraværet er til og med april 2014 på 7,1 pst. Dette er 1,4 pst lavere enn i samme periode i 2013.

## 2. Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

Administrerende direktør er fornøyd med at aktiviteten innenfor somatikken er økt og at avvik i forhold til interne måltall er redusert. Det er imidlertid fortsatt behov for å øke aktiviteten på flere områder for å nå budsjettmålene for 2014 innenfor somatikken. Det arbeides med sikte på å oppnå budsjett, både for å sikre at helseforetaket leverer det omfang av tjenester som er forutsatt, og for å nå de resultatene som er lagt til grunn for budsjettet når det gjelder økonomi- og produktivetsforbedring.

Budsjettet for 2014 forutsetter en økt aktivitet uten tilsvarende økning i ressursbruken i de somatiske klinikkene. Selv om det er bedre aktivitet i mai er det hittil i år lavere aktivitet enn forutsatt i flere av klinikkene samtidig som bemanningen samlet sett er noe for høy i

forhold til det som ble lagt til grunn i budsjettet. Innleie av arbeidskraft har også vært betydelig høyere enn forutsatt. Det vil derfor fortsatt være oppmerksomhet om å gjennomføre en stram bemanningsstyring i hele organisasjonen.

Innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling har aktiviteten i siste måned vært høyere enn tidligere måneder. Selv om det fortsatt er negative avvik innenfor dette området per utgangen av mai, har administrerende direktør tro på at igangsatte tiltak for å øke oppmøtet blant pasientene og bedre pasientrømmene, vil kunne bidra godt til at det for 2014 leveres en aktivitet som budsjettert innefor både psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Administrerende direktør etablerte høsten 2012 en tett oppfølging av ventelister og fristbrudd i sykehuset. Dette har gitt resultater, og gjennom det siste året har det vært en betydelig reduksjon av antall langtidsventende og fristbrudd av ventende pasienter. Antall fristbrudd av ventende pasienter reduseres imidlertid ikke så raskt som ønskelig, selv om det er utarbeidet detaljerte klinikkvise planer for å nå målet om null fristbrudd per utgangen av 2014. Det vil derfor være ytterligere oppfølging av dette fremover og planlagte tiltak for å øke utnyttelsen av kapasitet på poliklinikkene forventes å gi resultater både ifht økt aktivitet og reduksjon i antall fristbrudd.

### 3. Pasientbehandling

#### 3.1. Aktivitet somatikk

Per mai er antall rapporterte DRG-poeng 0,7 pst (omlag 700 DRG-poeng) over periodiserte måltall satt i Oppdrag og bestilling fra Helse Sør-Øst RHF. Internt er det imidlertid et negativt avvik på om lag 0,6 pst som følge av at det er budsjettert med en noe høyere aktivitet internt enn det som følger av oppdragsdokumentet. Flere av klinikkene har hatt en god aktivitetsutvikling i mai samtidig som etterregistreringen av aktivitet for 1. tertial var omlag 300 DRG-poeng høyere enn forutsatt i rapporteringen per april. Effekt av etterslep i registrering av medisinsk informasjon (diagnoser og prosedyrer) er estimert å utgjøre 150 DRG-poeng for mai og er inkludert i rapportert aktivitet. Sammenlignet med samme periode i 2013 viser interne beregninger at aktiviteten innenfor somatikken reelt sett er økt med om lag 2,9 pst. Det er flere årsaker til aktivitetsavviket etter mai, og de viktigste er:

- Høy aktivitet på enkelte områder (fødslar, kreftbehandling, gastro- og barnekirurgi, revmatologi, hud og infeksjon)
- Forsinkelser i levering av medisinskteknisk utstyr (MTU)
- Relativt mild vinter som har medført færre skader og akuttinnleggelser enn normalt (særlig innenfor ortopedi)
- Redusert pasienttilgang innen åpen hjertekirurgi og færre transplantasjoner enn i 2013
- Omlegging fra døgn- til dagbehandling innenfor Medisinsk klinikk (NSTEMI)
- Forsinkelser i gjennomføring av tiltak for økt aktivitet innenfor Klinikk for kirurgi og nevrofag.

Rapporterte aktivitetstall per mai 2014 er korrigert ned med 625 DRG-poeng knyttet til beregnet effekt av feil rapportering av flere konsultasjoner samme dag.

Under gis en kort beskrivelse av status i forhold til periodisert budsjett for hver av klinikkene:

Medisinsk klinikk har om lag 2,5 pst lavere aktivitet enn budsjettert hittil i år. Sammenlignet med april er det negative aktivitetsavviket noe redusert. Akkumulert avvik skyldes at det er gjennomført noen færre trachostromier enn budsjettert, omlegging av NSTEMI-sløyfe fra døgnbehandling til dagbehandling og færre øyeblikkelig-hjelp-innleggelser enn forutsatt i budsjettet.

Klinikk for kirurgi og nevrofag har en aktivitet som er 2,4 pst lavere enn budsjettert. Det negative aktivitetsavviket er noe redusert fra forrige rapportering. Sammenlignet med 2013 er det økt aktivitet i de fleste avdelingene, samtidig er det negative avvik i forhold til budsjett for de fleste avdelingene. Nedenfor gis en kort beskrivelse av årsak til avvik for avdelingene med størst negative avvik ifht periodisert budsjett:

- For Ortopedisk avdeling har den relativt sett milde vinteren medført færre skader enn tidligere vintre. Avdelingen fikk høsten 2013 økt operasjonsstuekapasitet til øyeblikkelig-hjelp-aktivitet. Det vurderes nå om denne kapasiteten kan brukes på en mer effektiv måte. Fra 1. mai er det iverksatt tiltak for å utnytte kapasiteten på poliklinikk bedre.
- Innenfor Plastikk-kirurgisk avdeling er ikke aktiviteten økt som forventet. Dette skyldes i hovedsak mangel på operasjonssykepleiere ved Rikshospitalet. Avdelingen arbeider med å utnytte operasjonsstuekapasiteten bedre. Dette forventes å gi en mer effektiv drift og redusere antall strykninger fra operasjonsprogrammet.
- Innenfor Nevrokirurgisk avdeling er noen av tiltakene som skulle gi økt aktivitet forsinket. Dette gjelder bedre stueutnyttelse på Rikshospitalet som følge av mangel på operasjonssykepleiere. Utover planlagte tiltak har oppsigelser og fravær på sengepost ført til redusert aktivitet. På Ullevål har det vært forsinkelser i levering av utstyr. Mikroskop er nå levert mens C-buen er på plass tidligst rett over sommerferien.
- Innenfor ØNH-avdelingen er det gjennomført færre Cochleaimplantasjoner enn tilsvarende periode i 2013 og færre enn forutsatt i budsjett. Dette forventes å jevnes ut i løpet av året.

Det jobbes for å sikre gjennomføring av tiltak som planlagt og det forventes derfor en ytterligere økning i aktiviteten innen disse områdene utover i 2014.

Kvinne- og barneklubben har hittil i år en aktivitet som er 2 pst høyere enn budsjettert, og nærmere 4 pst høyere enn i 2013. Isolert for mai var aktiviteten høyere enn budsjettert for de fleste avdelingene. Veldig høyt antall fødsler og utskrivning av to pasienter etter utførte stamcelletransplantasjoner og en hjertetransplantasjon bidrar til at klinikkens aktivitet i mai er høyest hittil i 2014. Aktiviteten ved Nyfødtintensiv avdeling er vesentlig lavere enn budsjettert mens aktiviteten er høyere enn budsjettert innenfor Barnemedisinsk avdeling og ved Barneavdeling for nevrofag i tillegg til Fødeavdelingen.

Kreft-, kirurgi og transplantasjonsklubben har hittil i år en aktivitet som er 1,1 pst høyere enn budsjettert og 2,5 pst høyere enn i 2013. Isolert for mai har aktiviteten i klubben vært lavere enn budsjettert og lavere enn i samme periode i 2013. Avviket i mai gjelder Avdeling for kreftbehandling og Avdeling for gastro- og barnekirurgi. Akkumulert er det variasjoner mellom avdelingene. Avdeling for kreftbehandling, Avdeling for gastro- og barnekirurgi, Avdeling for revmatologi, hud og infeksjon samt Avdeling for blodsykdommer har alle aktivitet klart over plan hittil i år. Avdeling for urologi har en aktivitet som er noe økt sammenliknet med 2013 mens Avdeling for

transplantasjonsmedisin har en aktivitet som er klart lavere enn planlagt hittil i 2014 og i forhold til samme periode i 2013. Redusert aktivitet i transplantasjonsmedisin så langt i 2014 henger sammen med tilgang på donorer.

Hjerte-, lunge- og karklinikken har over 4 pst lavere aktivitet enn budsjettet. Dette knyttes i hovedsak til Thoraxkirurgisk avdeling (TKA) og Kardiologisk avdeling. Ved TKA er hovedårsaken til redusert aktivitet en redusert pasienttilgang til åpen hjertekirurgi. Hittil i år er det et fall i antall åpne hjertekirurgi på 71 operasjoner og det er gjennomført 14 færre transplantasjoner enn i samme periode 2013. Det er gjennomført 22 flere lukkede operasjoner innenfor hjertekirurgi i 2014 sammenlignet med 2013. Det sees nå på en mulig sammenslåing av de to sengepostene ved TKA ved Rikshospitalet for mer effektiv ressursutnyttelse. Ved Kardiologisk avdeling er det planlagt økning med to nye senger og reåpning av et laboratorium som ikke er gjennomført ennå. Økningen i antall senger er forsinket grunnet at bestilt overvåkningsutstyr ikke er levert. Dette medfører at Kardiologisk avdeling ikke kan bruke sengene optimalt før i oktober. Forsinkelsen kompenseres noe ved bruk av senger fra Thoraxkirurgisk sengepost 2 hvor det er telemetriutstyr.

Sykehusledelsen har igangsatt flere tiltak for å sikre et aktivitetsnivå som planlagt for 2014. De samme tiltakene skal også sikre markant nedgang i fristbrudd, avvikling av langtidsventende og en generell reduksjon i ventetid til vurdering, utredning og behandling. Dette inkluderer blant annet følgende:

- Tiltaksgruppe som gjennomgår avdelinger med utfordringer og analyserer hele driften ved disse. Gruppen rådgir klinikkleder om tiltak som må iverksettes og rapporterer i tillegg til administrerende direktør
- Kirurgisk driftsstyre og driftsråd ble etablert i 2013 og har fokus på det kirurgiske området for å bedre koordinering og ressursutnyttelse av operasjonsstuekapasiteten og postoperativ/intensivkapasiteten i helseforetaket
- Bedre ressursutnyttelse på poliklinikk med fokus på å få ned andel pasienter som ikke møter, gjennomgang av kontrollrutiner og bedret logistikk samt reduksjon av flaskehals. Dette er et område som også er prioritert høyt av Helse Sør-Øst RHF.
- Bedret tilgang på styringsdata om aktivitet innenfor operasjon, sengeposter og poliklinikker.
- Det planlegges for innføring av utredningspakker for 6 store kreftområder som vil sikre bedre forløpstider, mindre flaskehals og bedre logistikk

### **3.2. Aktivitet innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling**

Innenfor voksenpsykiatrien er det hittil i år skrevet ut 145 flere pasienter (21,8 pst) enn plantall og antall liggedøgn er 5 pst (1 635 liggedøgn) høyere enn budsjettet. Sammenlignet med 2013 er antall utskrevne pasienter økt med 95 (13,3 pst), mens antall liggedøgn døgntilrettelagt er redusert med 4 784 liggedøgn. Økningen i antall utskrevne døgntilrettelagte pasienter knytter seg til både DPS og sykehusavdelinger (hovedsakelig akuttbehandling og regional enhet for spiseforstyrrelser). En stor del av reduksjonen i antall liggedøgn knyttes til avvikling av kjøp av døgnplasser fra private fra 2. halvår 2013. Frem til dette tidspunktet kjøpte Oslo universitetssykehus HF døgnplasser fra Kirkens bymisjon. Bakgrunnen for at avtalen med Kirkens bymisjon ble sagt opp var at tilbudet ikke kunne defineres som spesialisthelsetjeneste. Pasientene som på avviklingstidspunktet bodde ved institusjonen, har i tråd med intensjonen i samhandlingsreformen blitt overført

til et bo- og omsorgstilbud i sin respektive bydel. Til en viss grad får denne pasientgruppen også tilbud om døgnebehandling på DPS. Videre kan det nevnes at pasientene ved ettervernshjemmene kom fra hele Oslo og at relativt mange tilhørte Lovisenberg, Vinderen og Grorud DPS. Antall polikliniske konsultasjoner er 3,5 pst (1 231 konsultasjoner) høyere enn plantall og 1,3 pst (460 konsultasjoner) høyere enn i samme periode 2013.

Den polikliniske aktiviteten innenfor *barne- og ungdomspsykiatrien* er hittil i år 2,2 pst (460 konsultasjoner) høyere enn plantall. Sammenlignet med 2013 er antall polikliniske konsultasjoner økt med 898 (4,4 pst). Satsning på pasientflyt og stabil bemanning har hittil i år gitt gode resultater ved enkelte av enhetene. Det arbeides videre med dette innenfor Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling. Det er hittil i år skrevet ut 19 flere pasienter (48,7 pst) enn budsjettert og antall liggedøgn er 217 (11,9 pst) høyere enn budsjettert. Høyere aktivitet enn budsjettert gjenspeiler stor pågang av pasienter særlig ved to av enhetene. Sammenlignet med samme periode i 2013 er det en økning i antall utskrevne pasienter på 27 (87 pst), mens antall liggedøgn er redusert med 54 (2,6 pst). Volumet er lite innenfor dette området, så små endringer mellom månedene kan gi store prosentvise avvik/endringer og må ikke tillegges for stor vekt.

Innenfor *TSB (tverrfaglig spesialisert rusbehandling)* er det hittil i år skrevet ut 39 færre pasienter (3,2 pst) fra døgnebehandling enn plantall. Dette er en reduksjon på 17 utskrivninger (1,4 pst) fra 2013. For antall liggedøgn er det hittil i år et negativt avvik i forhold til budsjett på 12,6 pst (1.461 liggedøgn). Avvikene for døgnavvikene skyldes lav innsøkning. Antall polikliniske konsultasjoner er 5,5 pst (233 konsultasjoner) lavere enn budsjettert, hvilket er en økning på 3,0 pst (116 konsultasjoner) fra samme periode i 2013. Aktiviteten innenfor TSB har vært høyere i mai enn tidligere måneder, og da særlig knyttet til antall polikliniske konsultasjoner. Avdelingen arbeider med ulike former for oppsøkende aktivitet for å fange opp unge pasienter med rusproblemer som ikke fanges opp og henvises til utredning og behandling av primærhelsetjenesten. Arbeidet med å rekruttere pasienter og å nå ut til brukere som ikke selv oppsøker hjelp, har vært høyt prioritert. Formalisert samarbeid har kommet på plass med flere instanser, blant annet private tjenesteytere, annen offentlig spesialsitelse og kommunen. Avdelingen planlegger å være tilstede på ulike arenaer for å møte unge rusavhengige. Gjennom individuelt tilrettede og differensierte behandlingsforløp arbeides det for å legge til rette for økt oppmøte og økt gjennomføring av planlagte behandling. Dette sammen med øvrige tiltak knyttet til pasientstrøm i hele avdelingen skal bidra til å lukke avvik rundt aktivitet for 2014.

### **3.3. Ventelisteutvikling**

#### *Ventetid*

Administrerende direktør har en tett oppfølging av ventelister og fristbrudd i sykehuset.

Gjennomføringsprosjektet ble avsluttet våren 2013, og sluttrapport fra prosjektet ble presentert for styret i sak 27/2013. Prosjektet har bidratt til en betydelig reduksjon i antall langtidsventende og generelt en bedring i andre styringsparametre. Videre har prosjektet bidratt til en markant bedring i kvaliteten på registrerte data i de pasientadministrative systemene gjennom en betydelig kompetanseheving i foretaket med fokus på lover, regler, prosedyrer og pasientadministrative rutiner og –system. Foretaket har nå oppdaterte styrende dokumenter for hele henvisningsperioden og det er økt fokus på elektroniske arbeidsprosesser. Pasienters rettigheter og interesser blir således bedre ivaretatt.



Gjennomføringsprosjektet har vært fulgt opp med handlingsplan som ble vedtatt av styret og med interne revisjoner basert på verifikasjon av utvalgte parametre i det pasientadministrative systemet PasDoc (punktrevisjoner). Det ble gjort funn med avvik som har dannet grunnlag for videre forbedringsarbeid.

Alle klinikkene følges opp på implementering av tiltak som skal sikre at pasientenes rettigheter og flyt i pasientforløpene er tilfredstillende ivarettatt. Ansvar for oppfølging på foretaksnivå er lagt til Stab medisin, helsefag og utvikling.

I månedlig oppfølging av ventelister og fristbrudd inngår følgende parametre:

- Antall ventende
- Langtidsventende (12 måneder eller mer)
- Gjennomsnittlig ventetid til avvikling
- Gjennomsnittlig ventetid for ventende
- Fristbrudd
- Forløpstider for enkelte kreftforløp

#### *Antall ventende pasienter*

Antall ventende ved Oslo universitetssykehus HF er per utgangen av mai 21 300, herav er antall som har ventet mer enn 1 år 2 200 (dvs at langtidsventende utgjør om lag 10 pst av alle ventende). Gjennom det siste året har det vært en reduksjon både i totalt antall ventende og antall langtidsventende. Totalt antall ventende er redusert med omlag 4 100 fra mai 2013 til mai 2014. Inkludert i dette er en reduksjon i antall langtidsventende på 2 200. Som en del av Gjennomføringsprosjektet ble det utført både maskinelle og manuelle rettinger av tidligere feilregistreringer mv slik at ventelistene nå viser et mer riktig bilde enn tidligere. I tillegg er kapasiteten økt innen noen fagområder samtidig som det i enkelte avdelinger fortsatt pågår et arbeid knyttet til rettinger og ajourføring av ventelister.

#### *Langtidsventende*

Som det fremkommer ovenfor har det vært en betydelig reduksjon i antall langtidsventende ved Oslo universitetssykehus HF. Fra mai 2013 til mai 2014 er antall langtidsventende halvert (redusert fra 4 400 til 2 200). Fra starten av 2012 er antall pasienter som har ventet 12 måneder eller mer redusert fra omlag 11 000 til nå 2 200. Dette er et resultat av målrettet og systematisk arbeid over lang tid, og da i hovedsak som resultat av Gjennomføringsprosjektet. De siste månedene har den største reduksjonen vært innenfor fagområdene ortopedi, nevrologi, medisinsk genetikk og øyesykdommer. De fleste langtidsventende er pasienter uten rett til prioritert helsehjelp. Det er utarbeidet periodiserte måltall for nedgang i antall langtidsventende for alle fagområdene, som reflekterer bl.a planlagt aktivitetsøkning og overføring av pasienter til andre foretak. Per utgangen av 2014 skal det i henhold til de periodiserte måltallene kun gjenstå langtidsventende innenfor plastikk-kirurgi, ortopedi og øyesykdommer.

Det er særskilt oppfølging av de fagområder som fortsatt har langtidsventende (over 20), og hvor det er avvik i forhold til planlagt avvikling av langtidsventende. Sykehusets viktigste tiltak for å redusere antallet som venter lenge på utredning eller behandling er:

- a) Øke aktiviteten, både operativ aktivitet og poliklinisk aktivitet. God utnyttelse av operasjonsstuen og god ressursutnyttelse på poliklinikk inngår i dette.
- b) Løpende oppfølging av kvalitet i ventelistedata samt oppfølging av revisjoner
- c) Kartlegge hvilke pasienter som kommer inn på helseforetakets ventelister, for å sikre at pasienter som burde vært henvist til andre sykehus blir henvist til disse direkte

uten å gå via Oslo universitetssykehus' ventelister. Dette gjøres primært ved at alle fagområder utarbeider tydelig, skriftlig og nettbasert informasjon om hvilke pasienter som bør henvises til Oslo universitetssykehus HF og hvilke som med fordel kan henvises til andre sykehus (offentlige eller private) eller private spesialister pga begrenset kapasitet ved Oslo universitetssykehus.

Innenfor ortopedi pågår det et samarbeidsprosjekt med Kontoret for fritt sykehusvalg, for å arbeide for overføring av langtidsventende til foretak som har ledig kapasitet innen dette fagområdet. Som en del av dette overføres det kompetanse fra kontoret for Fritt sykehusvalg til ansatte i helseforetaket, slik at man raskere kan henvide aktuelle pasientene videre. Det er videre etablert en samarbeidsavtale med Martina Hansens Hospital for å avlaste ventelistene innenfor ortopedi og nevrokirurgi. Avtalen omfatter inntil 600 pasienter for første halvår 2014 og overføring av pasienter er startet. Innenfor nevrokirurgi overføres også enkeltpasienter til vurdering og behandling ved St. Olavs hospital.

Når det gjelder plastikk-kirurgi er det fortsatt utfordring med mange langtidsventende. Her vil det fremover være særskilt fokus på overføring av pasienter til andre helseforetak, men mange av pasientene vil stå på venteliste ved Oslo universitetssykehus HF.

#### *Gjennomsnittlig ventetid til avvikling*

For 2014 er målet at gjennomsnittlig ventetid til helsehjelpen starter skal reduseres til 65 dager. Gjennomsnittlig ventetid (for pasienter både med og uten rett til prioritert helsehjelp) er i mai 83 dager og noe høyere enn i samme periode 2013. Så lenge arbeidet med avvikling av langtidsventende pågår må man forvente at gjennomsnittlig ventetid til avvikling vil være høy og variere til dels betydelig fra periode til periode. Reduksjon i antall som har ventet mer enn 1 år er også knyttet til ikke-ordinær avvikling fra venteliste. Ikke-ordinære avviklinger påvirker ikke gjennomsnittlig ventetid til avvikling.

#### *Gjennomsnittlig ventetid for ventende*

Ventetid for de som venter på start helsehjelp følges også tett opp. Ved utgangen av mai 2014 er ventetid for alle ventende 171 dager, hvilket er en reduksjon på 28 pst fra samme periode i 2013 (238 dager i mai 2013). Det forventes ytterligere reduksjon i ventetid for ventende som resultat av at langtidsventende pasienter avvikles. Det er stor forskjell i ventetid for ventende med og uten rett til prioritert helsehjelp (79 dager for ventende med rett til prioritert helsehjelp og 240 dager for ventende uten rett til prioritert helsehjelp). Reduksjonen i ventetid for ventende pasienter gjelder for pasienter både med og uten rett til prioritert helsehjelp.

Tiltak i arbeidet med å redusere ventetid til helsehjelpen starter er bedre planlegging av aktivitet i avdelingene og mer aktiv bruk av ventelistene i løpende planlegging av driften. I tillegg arbeides det med tiltak for å bedre kapasiteten innenfor enkelte fagområder, og fagområder med lang ventetid er prioritert i forbindelse med aktivitetsøkning for 2014 (konf over). Det regionale helseforetaket har dessuten nedsatt midlertidige fagråd/regionale prosjekt for ortopedi, nevrologi, øre-, nese- og halssykdommer, øyesykdommer og plastikk-kirurgi som bl.a. skal se på kapasitetsutnyttelsen i regionen. Dette er alle fagområder hvor Oslo universitetssykehus HF har lange ventelister. Innenfor øyesykdommer har det kommet tilbakemeldinger om at enkelte helseforetak har redusert kapasiteten. Oslo universitetssykehus HF har på bakgrunn av dette stilt spørsmål om hvordan det regionale fagrådet følger opp behovet for økt kapasitet for dette fagområdet.

Generelt er det også et økt fokus på hvordan bedre samarbeid med andre foretak i regionen kan sikre at pasienter som nærmer seg fristbrudd og behovspasienter som har stått lenge på venteliste, kan få tilbud ved sykehus med ledig kapasitet.

Gjennom Helse Sør-Øst-prosjektet "Ingen fristbrudd og kortere ventetider gjennom bedre ressursutnyttelse på poliklinikkene" skal det også ses på driften i enkelte av poliklinikkene ved Oslo universitetssykehus HF.

### 3.4. Fristbrudd

For 2014 er målet at pasientene ikke skal oppleve fristbrudd. Dette gjelder både for avviklede og ventende pasienter. For å få til dette følges sykehuset enheter opp på følgende indikatorer:

- Antall og andel fristbrudd for pasienter hvor utredning/behandling er påstartet eller avsluttet (igangsatt helsehjelp/avviklede pasienter)
- Antall og andel fristbrudd for pasienter som fortsatt venter
- Ventetid etter fristbrudd oppstår
- Fristbrudd som forfaller de neste månedene

Antall avviklede pasienter (pasienter som fikk helsehjelp påstartet) med fristbrudd var i mai 592 (14 pst av samlet antall pasienter med påstartet helsehjelp) mens antall fristbrudd av ventende pasienter ved utgangen av mai var 1 021 (11 pst). Fristbrudd for ventende pasienter er betydelig redusert gjennom det siste året. Nivået er imidlertid fortsatt for høyt, og det arbeides målrettet med en markant reduksjon av dette i 2014. De viktigste virkemidlene er å bedre forholdet mellom kapasitet og antallet pasienter som mottas på ventelister (jf omtale av langtidsventende), bedret systematikk rundt hvilke frister som settes, samt kontinuerlig overvåkning og oppfølging av ventelistene.

Det er variasjoner i antall fristbrudd mellom klinikker og fagområder. De fire fagområdene med flest fristbrudd av ventende ved utgangen av mai er ortopedi (238), nevrokirurgi (134), plastikk-kirurgi (112) og øre- nese-halssykdommer (96) – alle innenfor Klinikk for kirurgi og nevrofag. Innenfor nevrokirurgi knytter fristbruddene seg i hovedsak til nakkepasienter med rett til helsehjelp som venter på utredning og her var det en økning i antall fristbrudd i mars etter at det i januar og februar ble gjennomført ekstra kveldspoliklinikker som gav midlertidig økt poliklinisk kapasitet. Innenfor dette fagområdet er det imidlertid en reduksjon i antall fristbrudd de siste to månedene.

For å nå målsettingen om null fristbrudd er det utarbeidet periodiserte måltall med tiltaksplaner for alle avdelinger/fagområder med mer enn 20 registrerte fristbrudd av ventende pasienter, som innebærer at det ikke skal være fristbrudd av ventende pasienter ved utgangen av 2014. Samtidig med fokus på reduksjon av antall fristbrudd av ventende pasienter følges det opp tid fra utløp av frist til tidspunkt for start helsehjelp, for å sikre at helsehjelpen starter før nye fristbrudd oppstår. Dette vil også bedre andel fristbrudd av avviklede pasienter.

Som det fremkommer ovenfor er det flest fristbrudd innenfor Klinikk for kirurgi og nevrofag. Eksempler på tiltak for å redusere antall fristbrudd innenfor denne klinikken er:

- Økt utnyttelsesgrad av poliklinikker på dagtid, inkludert benyttelse av ekstra rom
- Ekstra kveldspoliklinikker
- Økt legekapasitet innenfor nevrologi
- Økt operasjonskapasitet innen nevrokirurgi og ortopedi

- Bedre koordinering og ressursutnyttelse knyttet til operasjonskapasitet og postoperativ/intensiv-kapasitet
- Overføring av pasienter til andre helseforetak
- Bedre oppfølging av ventelister som inkluderer at pasientene får time før det oppstår fristbrudd
- Utvidet samarbeid mellom spesialiteter for pasienter med tverrfaglige problemstillinger (feks nakke og rygg)

### **3.5. Gjennomsnittstid fra mottak av henvisning til vurdering av henvisningen er fullført**

Gjennomsnittstid fra mottak av henvisning til vurdering av henvisningen er fullført var 5,0 dager i mai 2014, og 5,7 dager hittil i år. Resultat for samme periode i 2013 var 7,0 dager. Det gjøres oppmerksom på at det pasientadministrative systemet PasDoc ikke kan fremstille data som viser hvilke henvisninger som er viderehenvisninger fra andre sykehus, slik at sekundærhenviste pasienter inngår i rapporteringen. Videre er det slik at foretaket fortsatt har utfordringer med å få opplysninger om rettighetsvurderinger som er foretatt på andre sykehus ved viderehenvisning. Tiltak for å redusere vurderingstiden har inngått i Gjennomføringsprosjektet.

I forbindelse med innføringen av DIPS som PAS/EPJ i Oslo universitetssykehus HF vil det også innføres et sentralt henvisningsmottak i foretaket. Dette vil sikre "en dør inn" for alle henvisninger og rask elektronisk videreformidling til aktuelle avdeling. I tillegg vil dette tilrettelegge for at foretaket i fremtiden kan motta elektroniske henvisninger. Dette vil være viktige tiltak for å få vurderingstiden ytterligere ned.

### **3.6. Timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning**

Oslo universitetssykehus HF arbeider for at flest mulig pasienter får informasjon om time for utredning/behandling samtidig som det gis informasjon om vurderingen av henvisningen. Per dags dato har ikke Oslo universitetssykehus HF data på hvor stor andel pasienter som får tidspunkt for helsehjelp i samme brev som det gis informasjon om henvisningsvurderingen på grunn av begrensninger i det pasientadministrative systemet (PasDoc). Foretaket innfører DIPS som nytt felles PAS/EPJ i oktober 2014, og videreutvikling av PasDoc vil være svært begrenset i denne perioden. Rapportering av andel pasienter som får bekreftelse på mottatt henvisning og tidspunkt for time til helsehjelp i samme brev vil derfor ikke kunne gjøres før DIPS er tatt i bruk i hele helseforetaket.

I forbindelse med fokus på opplæring og kompetanseheving knyttet til henvisningshåndtering og ventelistedministrering i Gjennomføringsprosjektet, ble også målet om at pasienter skal få tidspunkt for helsehjelp sammen med informasjon om henvisningsvurderingen vektlagt. Etableringen av timebøker minst 12 måneder fremover i tid vil muliggjøre en positiv utvikling på dette området.

### **3.7. Andel korridorpasienter**

For 2014 er målet at det ikke skal være korridorpasienter. Andelen korridorpasienter hittil i år er 0,8 pst. Gjennomsnittlig andel korridorpasienter i samme periode 2013 var 1,0 pst.

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

### 3.8. Utskrivningsklare pasienter

#### *Somatikk*

Hittil i år er det rapportert 133 utskrivningsklare pasienter (371 liggedøgn). Andelen liggedøgn for utskrivningsklare pasienter er 0,2 pst. For samme periode i 2013 var andelen liggedøgn for utskrivningsklare pasienter innenfor somatikken 0,5 pst.

#### *Psykisk helsevern for voksne*

Hittil i år er det rapportert 84 utskrivningsklare pasienter (1.868 liggedøgn). Andelen liggedøgn for utskrivningsklare pasienter er 5,9 pst. For samme periode i 2013 var andelen liggedøgn for utskrivningsklare pasienter innenfor psykisk helsevern 6,5 pst.

#### *Tverrfaglig spesialisert rusbehandling*

Hittil i år er det rapportert 13 utskrivningsklare pasienter (198 liggedøgn). Andelen liggedøgn for utskrivningsklar pasienter er 2,0 pst. For samme periode i 2013 var andelen liggedøgn for utskrivningsklare pasienter innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2,1 pst.

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

## 4. Økonomi

### 4.1. Resultat per mai

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

Det økonomiske resultatet for Oslo universitetssykehus HF viser etter mai et regnskapsmessig overskudd på 33,3 millioner kroner mot et budsjettert overskudd på 36,8 millioner kroner. Dette gir et negativt avvik på nærmere 3,5 millioner kroner. Etter april rapporterte Oslo universitetssykehus HF et negativt avvik i forhold til budsjett på 4,4 millioner kroner, slik at periodens resultat er forbedret med nærmere 1 million kroner, dvs at resultatet for mai samlet er om lag som budsjettert.

I akkumulert budsjettavvik inngår om lag 18 millioner kroner i gevinst fra salg av eiendom (Montebello Terrasse 15), og tilbakebetaling fra Sykehuspartner av for mye fakturert i 2013 med 5,5 millioner kroner.

Pensjonskostnaden er bokført ut fra NRS-beregninger (aktuarberegninger) benyttet i budsjettet for 2014, og disse er ikke oppdatert med nye økonomiske forutsetninger gjeldende for 2014. Ut fra informasjon fra Helse Sør-Øst RHF legges det nå til grunn at oppdaterte NRS-beregninger ikke vil foreligge før høsten 2014. Inntil videre vil derfor pensjonskostnad resultatføres i takt med budsjett.

Sum driftsinntekter viser et positivt avvik på 90 millioner kroner (1,0 pst). Øremerkede inntekter er 41 millioner kroner høyere enn budsjettert, og avvik knyttet til sum driftsinntekter for ordinær drift er dermed om lag 50 millioner kroner. De største avvikene på driftsinntekter for ordinær drift omfatter følgende:

- Gevinst fra salg av eiendom med 18 millioner kroner
- Refusjon av kostnader til Ipilimumab (kreftlegemiddel til behandling av pasienter med føflekkreft) for pasienter utenom studie utgjør 5 millioner kroner.
- Refusjon for utleie av personell til DIPS-innføringsprosjektet mv er 23 millioner kroner høyere enn budsjettet
- Lavere inntekter som følge av at aktiviteten innenfor somatikken er noe lavere enn interne måltall så langt i 2014

Sum driftskostnader viser en merkostnad i forhold til budsjett på 105 millioner kroner, hvorav 41 millioner kroner relateres til prosjekter med øremerket finansiering. Hoveddelen av øvrig merforbruk skyldes noe høyere kostnader enn budsjettet innenfor flere områder. En stor del av dette er knyttet til kostnader som refunderes og som inngår i avvik for sum driftsinntekter (utleie av personell og kostnader til Ipilimumab). Videre er konserninterne gjestepasientkostnader nærmere 13 millioner høyere enn budsjettet. Netto finans bidrar positivt i forhold til det økonomiske resultatet med om lag 13 millioner kroner som følge av at rentekostnadene er lavere enn budsjettet og større inntekt fra Sophies Minde AS enn budsjettet.

#### Avvik for ulike inntekts- og kostnadstyper

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

Kostnad / inntekt	Per mai 2014			
	Resultat	Bud	Avvik	Kommentarer
Basisramme	4 848	4 848	0	Basisramme er inntektsført som budsjett.
Aktivitetsbaserte inntekter	3 084	3 071	13	De totale ISF-inntektene er 10,2 mnok lavere enn budsjettet. Inntekt knyttet til budsjettet meraktivitet er budsjettet under Andre inntekter med omlag 5 mnok per måned. Estimert tap knyttet til avregningsutvalgets sak ang. flere konsultasjoner samme dag, inngår i resultatet med om lag 12,6 mnok. Inntekt knyttet til konserninterne gjestepasienter er noe lavere enn budsjettet, mens inntekter knyttet til pasienter fra andre regioner er noe høyere.
Andre inntekter	852	776	76	Inntektsføring av refusjon for legemiddelet Ipilimumab med 13 mnok, inntektsført refusjon for frikjøp til DIPS-prosjektet med om lag 23 mnok (gir tilsvarende økt. Øremerkede midler er 41 mnok høyere enn budsjettet, mens noe lavere aktivitet enn budsjettet (inntekt for budsjettet meraktivitet er budsjettet under andre inntekter), bidrar negativt. I tillegg er det flere små negative og positive avvik, som samlet gir en merinntekt på 76 mnok.
<b>Sum driftsinnt</b>	<b>8 785</b>	<b>8 695</b>	<b>90</b>	
Lønn- og innleiekostnader	6 103	6 059	-45	For de samlede lønns- og innleiekostnadene er det et merforbruk på om lag 45 mnok (tilsvarende 0,7 %). Deler av dette gjelder øremerkede midler og lønnskostnader som refunderes fra DIPS-prosjektet. Innleiekostnadene er om lag 39 mnok høyere enn budsjettet og 10 mnok høyere enn på samme tid i fjor.
Varekostnader	1 123	1 078	-45	Varekostnadene er 10,6 mnok høyere enn budsjettet. I bokførte varekostnader inngår kostnader til behandling av pasienter med føflekkreft med legemiddelet Ipilimumab med omlag 13 mnok. Dette er kostnader som refunderes fra Helse Sør-Øst RHF (merinntekt inngår i andre driftsinntekter). Kjøp av konserninterne helsetjenester er noe høyere enn budsjettet (12,7 mnok).
Andre driftskostnader	1 528	1 511	-17	Avskrivningene er noe lavere enn budsjettet (1,4 mnok). Faktiske avskrivninger henger sammen med tidspunkt for ibrukttagelse. Utover dette er det små avvik på flere poster som gir en total merkostnad på 17 mnok.
<b>Sum driftskostn</b>	<b>8 754</b>	<b>8 648</b>	<b>-106</b>	
<b>Driftsresultat</b>	<b>31</b>	<b>47</b>	<b>-17</b>	
Netto finans	-3	10	13	Avviket skyldes lavere rentekostnader enn forutsatt i budsjettet (7,3 mnok) og positivt bidrag fra datterselskapene (5,8 mnok).
<b>Resultat</b>	<b>33</b>	<b>37</b>	<b>-3</b>	

#### 4.2. Resultatrisiko 2014

For 2014 er det budsjettert med et nullresultat, og som omtalt ovenfor er det etter fem måneders drift kun et mindre negativt avvik i forhold til dette. På årsbasis forventes et resultat i balanse. Det knytter seg imidlertid en resultatrisiko til enkelte momenter i budsjettet:

- For 2014 er det budsjettert med økt aktivitet innenfor somatikken uten tilsvarende økning i ressursbruken.
- Endelige pensjonskostnader for 2014 vil ikke foreligge før høsten 2014. Eventuelle endringer forutsettes finansiert fra eier.
- Fra januar 2014 ble det innført gjestepasientoppgjør innenfor rusområdet i Helse Sør-Øst RHF. Oslo universitetssykehus HF har nå fått informasjon om at gjestepasientkostnader innenfor rusområdet skal betales av Oslo universitetssykehus HF for hele Oslo sykehusområde, dvs for pasienter fra Lovisenberg Diakonale sykehus, Diakonhjemmet sykehus og bydelene Grorud, Stovner og Alna. Dette har ikke vært hensyntatt i budsjettarbeidet. Mottatte fakturer per mai er hensyntatt i rapportert resultat, men det knytter seg noe usikkerhet til om nivået er komplett.
- Det er besluttet endringer i oppgjørsordningen knyttet til fakturering av opphold på sykehotellene for pasienter fra andre regioner. Endringene er ikke effektuert, og det knytter seg usikkerhet til økonomiske utslag av dette. Hittil er det forutsatt at endringen samlet sett vil være økonomisk nøytral for Oslo universitetssykehus HF. For å dekke et eventuelt tap knyttet til utestående krav fra tidligere år er det i tidligere års regnskap, avsatt noe for mulig tap på fordringer.
- DIPS tas i bruk som nytt pasientadministrativt system fra 20. oktober 2014. Kostnader knyttet til det å ta i bruk DIPS, samt beregnet aktivitetsreduksjon i innføringsperioden, er budsjettert. På bakgrunn av prosjektets størrelse og kompleksitet, er det likevel en risiko for at det kan oppstå en negativ økonomisk effekt for resultat 2014, utover den midlertidige aktivitetsreduksjonen som allerede er hensyntatt i budsjettet. Det er imidlertid stor oppmerksomhet knyttet til dette i organisasjonen og tiltak vil bli iverksatt ved behov.

#### 4.3. Gjennomføring av tiltak 2014

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

Klinikkene rapporterer at tiltak for nærmere 15 millioner kroner er gjennomført i mai og hittil i år rapporteres en akkumulert effekt av tiltak på 68 millioner kroner mot budsjettert 102. Dette gir en akkumulert gjennomføringsgrad på 67 pst. Det er ingen vesentlig endring i gjennomføring av tiltak fra tidligere måneder selv om det er en svak økning i gjennomføringsgraden. Avvik per klinikk fremkommer av tabellvedlegget. For flere av de somatiske klinikkene er det avvik i tiltaksgjennomføring som følge av at

aktiviteten av ulike årsaker ikke er økt så mye som forutsatt i budsjettet. Videre er det forsinkelser i gjennomføring av ulike typer tiltak (innleie, varekostnader mv). Klinikken blir fulgt opp på gjennomføring av tiltak som er forsinket.

#### **4.4. Investeringer**

##### *Investeringer til videreføring av drift*

Ved utgangen av mai var det regnskapsført investeringer for 357 millioner kroner, mot budsjettet 524 millioner kroner. Avviket forklares med forsinket gjennomføring av prosjekter (bl.a grunnet tilpasning av fremdrift for å sikre den kliniske driften) og at det tar tid fra en anskaffelse besluttes og til medisinsk-teknisk utstyr er levert.

Finansieringsrammen for 2014 for å erstatte sammenbrudd av medisinsk-teknisk utstyr er benyttet i sin helhet. I styresak 24/2014 ga styret administrerende direktør fullmakt til å inngå avtaler om investeringer i medisinsk-teknisk utstyr for 200 millioner kroner av investeringsrammen for 2015. Per utgangen av mai er det gjort vedtak for om lag 20 millioner kroner av denne rammen.

##### *Omstillingsinvesteringer*

Totalt budsjett (for årene 2011-2015) for omstillingsinvesteringer er 1 575 millioner kroner (2012-kroner), inklusive samhandlingsarena Aker. Ved utgangen av mai er det fattet vedtak om gjennomføring av omstillingsprosjekter for om lag 1 200 millioner kroner. I tillegg er det satt i gang flere utredninger av delprosjekter som det foreløpig ikke er anslått en kostnadsramme for. Dette gjelder spesielt to store virksomhetsendringer, overflytting av av urologisk døgnvirksomhet til Ullevål og etablering av brystsenter ved Radiumhospitalet.

Som en følge av at omstillingsprosjekter er forskjøvet i tid er det vurdert at om lag 100 millioner kroner av budsjetterte omstillingsinvesteringer på 470 millioner kroner for 2014 vil påløpe etter 2014. Den forutsatte finansieringen i 2014 er redusert tilsvarende, slik at det ikke gir noen likviditetseffekt for foretaket.

#### **4.5. Likviditet**

Periodisert kontantstrømsbudsjett for 2014 ble lagt frem for styret i sak 5/2014. Gjennom 2014 er det budsjettert med en svekkelse av likviditeten på om lag 84 millioner kroner, som i hovedsak skyldes høyere pensjonspremie enn pensjonskostnad. Det er ikke budsjettert med endringer i arbeidskapitalen med unntak av endringer i feriepenger og sosiale avgifter. Dette vil gi periodiske avvik mot budsjett gjennom året.

Ved utgangen av mai var benyttet driftskreditt 2 556 millioner kroner mot budsjettet om lag 2 332 millioner kroner. Estimert benyttet driftskreditt ved utgangen av 2014 er økt med om lag 60 millioner kroner, i hovedsak som følge av økt investeringsoverheng fra 2013. Estimert er innenfor bevilget driftskredittramme.

### **5. Bemanning og sykefravær**

#### **5.1 Utvikling månedsverk**

I juni er antall brutto månedsverk 17 773 (økt fra 17 647 i mai) og hittil i år er gjennomsnittlig antall brutto månedsverk 17 560. Per juni er det beregnet 165 innleide



månedsverk, mot budsjettert 90. Den variable komponenten av brutto månedsverk utgjør 7,2 pst så langt i 2014, mot et snitt for 2012 og 2013 på 7,5 pst.

Antall brutto månedsverk hittil i år er 498 flere enn i samme periode i 2013 og omlag 150 høyere enn budsjettert. Deler av økningen fra 2013 er knyttet til økt inntak til videreutdanning av spesialsykepleiere, samtidig som nye deltakere på videreutdanningen fra og med 2014 får lønn som genererer årsverk, mot tidligere stipend som ikke gav årsverk. Dette bidrar til en økning i registrerte årsverk på om lag 60. Videre er det frikjøpt om lag 20 flere månedsverk knyttet til DIPS-prosjektet hittil i år enn i samme periode i 2013. Hittil i år er det i gjennomsnitt frikjøpt om lag 59 månedsverk knyttet til DIPS. Månedsverk finansiert av investeringer er ikke budsjettert, og avviket i forhold til budsjett må derfor ses i forhold til dette. Klinikken har fått resultatmessig kompensasjon for dette, men årsverkene er ikke korrigeret. Øvrig endring i brutto årsverk relateres i stor grad til prioriteringer som er innarbeidet i budsjettet for 2014. Dette omfatter blant annet:

- Etablering av økt kapasitet ved Regional seksjon for spiseforstyrrelser (RASP)
- Oppbemanning ved Nyfødtintensivavdeling for å sikre god drift
- Midlertidig økning i antall brutto månedsverk ved Fødeavdelingen i forbindelse med innføring av Partus (elektronisk fødejournal)
- Økning i bemanning knyttet til økt aktivitet ved enkelte avdelinger, herunder økt operasjonsstuekapasitet og økt anestesikapasitet
- Ved Prehospitalt Senter er antall stillinger ved AMK og Ambulanse økt blant annet etter pålegg fra arbeidstilsynet
- Økt kapasitet innenfor Avdeling for radiologi og nukleærmedisin og ved Avdeling for medisinsk genetik
- Styrking av kapasitet innenfor Oslo sykehuservice innen blant annet personalformidling (vikarpool), seksjon for arbeidskontrakter, innkjøpsområdet, portørtjeneste og renhold.

Månedsverk med ekstern finansiering inngår i brutto månedsverk med 1 152 hittil i år, og 1 182 i juni. Dette er en reduksjon på 16 fra samme periode i 2013 og 10 lavere enn budsjettert for perioden januar – juni. Hittil i år er andel månedsverk med ekstern finansiering 6,6 pst og i juni 6,7 pst. Til sammenligning var gjennomsnittlig andel for 2013 6,8 pst og i 2012 6,9 pst. Finansieringen av nasjonal behandlingstjeneste for hørsel og psykisk helse ble endret fra 2013 til 2014 ved at midlene som tidligere var bevilget som øremerket tilskudd fra staten fra 2014 ble lagt inn i basisrammen. Dette påvirker forholdet mellom månedsverk med ekstern finansiering og brutto månedsverk eksklusive ekstern finansiering tilsvarende.

## 5.2 Utvikling i årsverk på stillingsgrupper

Den enkelte stillingskategoris andel av totalt antall månedsverk, ligger så langt i 2014 om lag slik de lå ved utgangen av 2013.

På lengre sikt viser gruppene *Pasientrettede stillinger* og *Helsefagarbeider/hjelpepleier* en fallende trend. *Diagnostisk personell* og *Ambulansepersonell* øker tilsvarende. Øvrige grupper er ikke gjenstand for tydelige trender.

## 5.3 Sykefravær

Per april 2014 er sykefraværet 7,1 pst, fordelt på 2,5 pst korttidsfravær og 4,7 pst langtidsfravær. Sammenliknet med perioden januar – april i 2013, er det totale

sykefraværet gått ned fra 7,9 pst, en nedgang på om lag 10 pst. Kort- og langtidsfraværet viser lik prosentvis nedgang.

Sykefraværet er som forventet lavere enn vintermånedene. Mars og april måned gir synkende sykefraværstall med henholdsvis 7,5 pst og 5,9 pst i totalt sykefravær. Denne tendensen er gjennomgående for foretakene i Helse Sør-Øst. Korttidsfraværet i april var 1,9 pst mens langtidsfraværet var 4,0 pst og begge viser nedgang på opp mot 20 pst sammenlignet med sykefraværet for april måned 2013.

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

Evaluering av arbeidet med inkluderende arbeidsliv ved Oslo universitetssykehus HF viser at inkluderende arbeidsliv er godt integrert i virksomheten. Tiltaksplanen på sentralt nivå har i perioden 2011-2013 gitt positiv effekt og foretaket viser god måloppnåelse. Dette gir et godt grunnlag i det pågående arbeidet med handlingsplaner for den nye avtaleperioden.

# Styresak 34/2014 Tabellvedlegg

Oslo universitetssykehus HF  
OUS HF

Månedsrappport mai 2014 (bemanning per juni)

# Tabellvedlegg

Rapporten viser enkelte indikatorer for driften ved Oslo universitetssykehus HF

## 1 Innhold i tabellvedlegg

### 2 Pasientbehandling

2.1 Aktivitet

2.2 Ventelisteutvikling

2.3 Fristbrudd avviklede og ventende

### 3 Økonomi og finans

3.1 Økonomisk resultat

3.2 Kommentarer til avvik per ØBAK-linje

3.3 Økonomisk resultat - per klinikk

3.4 Kommentarer til klinikkens avvik

3.5 Avvik og endring hovedkostnadsgrupper

3.6 Tiltaksrapportering

3.7 Likviditet

## 4 Bemanning

4.1 Bemanningsutvikling

4.2 Bemanningsindikatorer, inkl. innleie fra vikarbyrå

4.3 Brutto månedsverk (eks. e.f.) på Stillingsgrupper

4.4 Bemanningsutvikling per klinikk

4.5 Sykefravær totalt og fordelt på kort- og langtidsfravær

4.6 Sykefravær per klinikk

Definisjoner årsverksindikatorer

## Følgende klinikkbetegnelser er brukt i tabeller/grafar:

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

## Andre forkortelser og begrep:

HIÅ: Hittil i år

Status per mnd: Akkumulerte tall

PHV: Psykisk helsevern

VOP: Voksenpsykiatri

BUP: Barne- og ungdomspsykiatri

TSB: Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

## 2.1 Aktivitet somatikk

RAPPORTERINGSPERIODE: MAI	BUDSJETT	Denne periode		HITTIL I ÅR		SAMMENLIGNING 2013 (aktivitet utført i OUS)	
		Avvik	Avvik i %	Avvik	Avvik i %	Endring	i %
<b>Klinikk</b>	<b>2014</b>						
Medisinsk klinikk	26 817	-32	-1,4 %	-286	-2,5 %	104	0,9 %
Klinikk for kirurgi og nevrofag	63 600	41	0,8 %	-677	-2,4 %	1 265	5,1 %
Kvinne- og barneklubben	36 952	202	6,4 %	317	2,0 %	605	3,9 %
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben	58 803	-313	-6,0 %	268	1,1 %	695	2,8 %
Hjerte-, lunge- og karklubben	32 547	89	3,1 %	-608	-4,3 %	-64	-0,5 %
Akuttklubben	4 717	105	22,5 %	-179	-9,7 %	-89	-5,0 %
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	151	-2	-14,3 %	2	2,9 %	2	2,9 %
Estimert etterregistrering		150		150		150	
<b>Sum interne måltall</b>	<b>223 713</b>	<b>286</b>	<b>1,5 %</b>	<b>-544</b>	<b>-0,6 %</b>	<b>2 658</b>	<b>2,9 %</b>
<b>Måltall HSØ</b>	<b>220 825</b>	<b>537</b>	<b>2,8 %</b>	<b>694</b>	<b>0,7 %</b>		

### Kommentarer:

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

## 2.1 Aktivitet – psykisk helsevern

Rapporteringsperiode: Mai	Denne periode				Hittil i år				2014 mot 2013			
Oslo universitetssykehus HF	Resultat	Budsjett	Awik	%	Resultat	Budsjett	Awik	%	HiÅ 2014	HiÅ 2013	Endring	%
<b>Psykisk helsevern - voksen</b>												
Antall utskrevne pasienter døgntil behandling	180	135	45	33,3 %	811	666	145	21,8 %	811	716	95	13,3 %
Antall liggedøgn døgntil behandling	6 167	6 215	-48	-0,8 %	31 849	30 214	1 635	5,4 %	31 849	36 633	-4 784	-13,1 %
Antall oppholdsdager dagbehandling	0	3	-3	-100 %	30	18	12	66,7 %	30	115	-85	-73,9 %
Antall polikliniske konsultasjoner	7 640	7 091	549	7,7 %	35 949	34 718	1 231	3,5 %	35 949	35 489	460	1,3 %
<b>Psykisk helsevern - barn og unge</b>												
Antall utskrevne pasienter døgntil behandling	13	9	4	44,4 %	58	39	19	48,7 %	58	31	27	87,1 %
Antall liggedøgn døgntil behandling	484	380	104	27,4 %	2 048	1 831	217	11,9 %	2 048	2 102	-54	-2,6 %
Antall oppholdsdager dagbehandling	264	267	-3	-1,1 %	1 322	1 366	-44	-3,2 %	1 322	1 368	-46	-3,4 %
Antall polikliniske konsultasjoner	4 549	4 492	57	1,3 %	21 488	21 028	460	2,2 %	21 488	20 590	898	4,4 %
<b>TSB</b>												
Antall utskrevne pasienter døgntil behandling	247	242	5	2,1 %	1 169	1 208	-39	-3,2 %	1 169	1 186	-17	-1,4 %
Antall liggedøgn døgntil behandling	2 131	2 372	-241	-10,2 %	10 145	11 606	-1 461	-12,6 %	10 145	9 997	1 148	11,5 %
Antall oppholdsdager dagbehandling	24	44	-20	-45,5 %	139	246	-107	-43,5 %	139	312	-173	-55,4 %
Antall polikliniske konsultasjoner	906	830	76	9,2 %	3 967	4 200	-233	-5,5 %	3 967	3 851	116	3,0 %

## 2.1 Aktivitet radiologi per modalitet

Modalitet	2013 MAI		2014 MAI		HiÅ 2013		HiÅ 2014		%vis ending 2013-2014 MAI		%vis ending 2013-2014 HiÅ	
	H	TS	H	TS	H	TS	H	TS	H	TS	H	TS
Angio	242	1	275	2	1 283	19	1 325	22	13,6%	100,0%	3,3%	15,8%
CT	4 920	1 139	5 434	1 223	23 505	5 803	24 650	6 404	10,4%	7,4%	4,9%	10,4%
MG	627	8	654	8	3 687	54	3 235	35	4,3%	0,0%	-12,3%	-35,2%
MR	2 311	708	2 666	868	11 622	3 886	12 950	4 205	15,4%	23,5%	11,4%	8,2%
NM	696	21	613	24	3 410	106	3 135	129	-11,9%	14,3%	-8,1%	21,7%
PET	351	12	340	25	1 881	50	1 961	88	-3,1%	108,3%	4,3%	76,0%
RG	14 673	234	15 119	321	72 226	1 395	70 485	1 463	3,0%	37,2%	-2,4%	4,9%
Ukjent	5	0	3	0	38	2	19	0	-40,0%	#DIV/0!	-50,0%	-100,0%
UL	3 524	65	3 584	81	16 390	430	16 983	431	1,7%	24,6%	3,6%	0,2%

H = henvisninger

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

TS = tilsendte

MG = mammografi

NM = nukleærmedisin

RG = konvensjonell røntgen

## 2.1 Aktivitet Oslo sykehuservice

5 Aktivitetsdatarapport for 2014 Oslo sykehuservice									
Produksjon	Måleenhet	Mai		Endring 2013 - 2014		Sum		Endring 2013-2014	
		i fjor	i år	periode	periode i %	i fjor	i år	i år	i år i %
Kostnader pr. liggedøgn	Kr	3 372	3 586	214	6,3 %	3 677	3 948	271	7,4 %
Kostnader pr. liggedøgn m/dagbeh.	Kr	2 943	3 116	173	5,9 %	3 202	3 340	138	4,3 %
Arealer	Kvm	953 169	1 007 711	54 542	5,7 %	993 871	1 007 489	13 618	1,4 %
Forbruk av energi	KWH	22 330 000	22 680 000	350 000	1,6 %	141 750 000	140 960 000	-790 000	-0,6 %
Forbruk av tekstiler	Tonn	278	282	4	1,4 %	1 465	1 402	-63	-4,3 %
Middager	Antall	59 127	58 634	-493	-0,8 %	306 191	301 790	-4 401	-1,4 %
Sengevask/reing	Antall	12 743	16 237	3 494	27,4 %	57 313	65 262	7 949	13,9 %
Hotellbelegg Pasienthotellet	%	1	86,6 %	3,2 %	3,8 %	83,9 %	85,2 %	1,3 %	1,5 %
Hotellbelegg Sykehotellene	%	1	80,0 %	0,3 %	0,4 %	76,5 %	77,0 %	0,5 %	0,6 %
Portøroppdrag	Antall	39 151	43 630	4 479	11,4 %	199 540	207 519	7 979	4,0 %
Faktura forfall u.anvisning	%	20,0 %	19,0 %	-1,0 %	-5,0 %	18,6 %	23,1 %	4,5 %	24,2 %
Antall bur i forskningsprosjekter/uke	Antall -snitt	2 819	2692	-127	-4,5 %	2 544	2 618	74	2,9 %
BHM - antall søknader	Antall	303	320	17	5,6 %	267	278	10	3,8 %
- pasienttilstrømning	Antall	96	122	26	27,1 %	503	445	-58	-11,5 %
- utlån MTU	Antall	333	328	-5	-1,5 %	1 515	1 554	39	2,6 %
<b>Kvalitet</b>									
Avvik	Antall	116	135	19	16,4 %	753	711	-42	-5,6 %
Personskader	Antall	7	6	-1	-14,3 %	62	34	-28	-45,2 %
Tilsynsavvik	Antall	0	1	1	#DIV/0!	3	6	3	100,0 %
Klagesaker	Antall	0	0	0		0	6	6	
<b>OUS aktivitetsdata</b>									
Opphold dgr dagbehandling	Antall	6 171	6 541	370	6,0 %	30 367	32 389	2 022	6,7 %
Liggedøgn somatikk	Antall	42 312	43 272	960	2,3 %	204 599	204 002	-597	-0,3 %

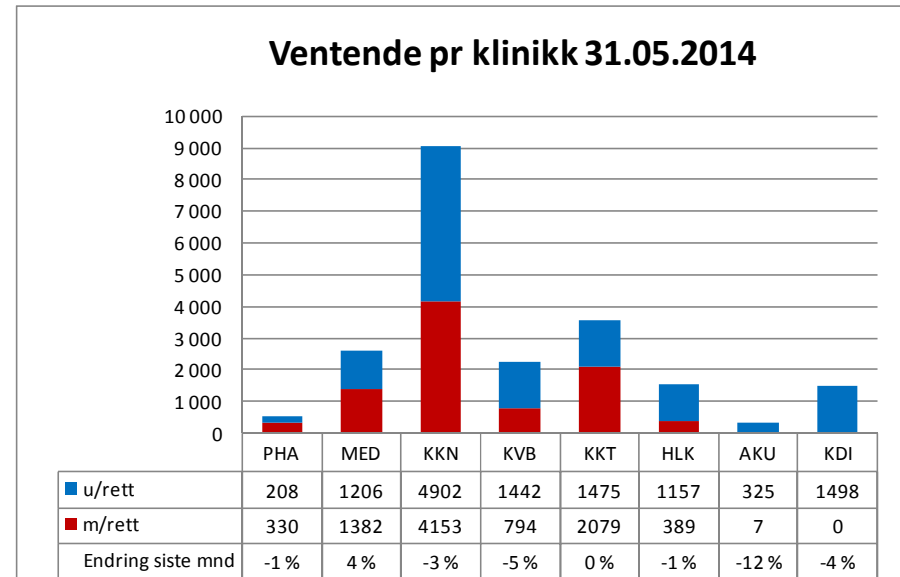
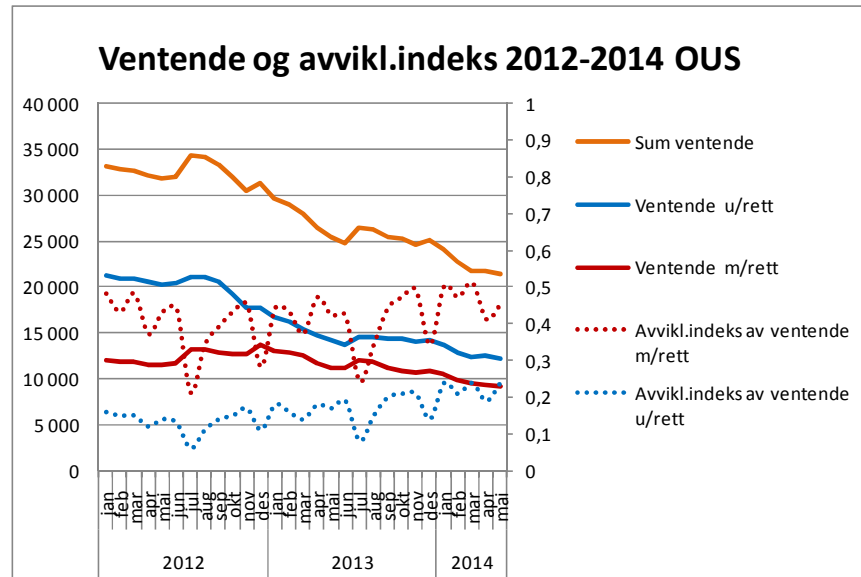


## 2.1 Aktivitet PO/Intensiv Akuttklinikken

Klinikk	Aktivitet	Mai 2014	Akkumulert aktivitet Mai 2014	Mai 2013	Akkumulert aktivitet Mai 2013	Akkumulert endring 2013-2014	Endring 2013-2014 i %
	Antall intensivpasienter	281	1 256	276	1 335	-79	-5,9 %
	Antall intensivdøgn	1 175	5 784	1 195	5 921	-137	-2,3 %
	<b>Antall respiratordøgn:</b>						
	Generell Intensiv UL	154	767	195	804	-37	-4,6 %
	Nevrointensiv, Ullevål	82	438	77	519	-81	-15,6 %
	Generell int 1, RH	199	975	194	1 104	-129	-11,7 %
	Barneintensiv, RH	108	447	85	404	43	10,6 %
	Generell int 2, RH	84	484	106	568	-84	-14,8 %
	PO, Aker	1	6	1	15	-9	-60,0 %
	PO, RH	0	1	-	-	1	
	PO, Ullevål	17	76	17	85	-9	-10,6 %
	PO, RAD	1	8	-	8	0	0,0 %
	<b>SUM Antall respiratordøgn</b>	<b>646</b>	<b>3 202</b>	<b>675</b>	<b>3 507</b>	<b>-305</b>	<b>-8,7 %</b>

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

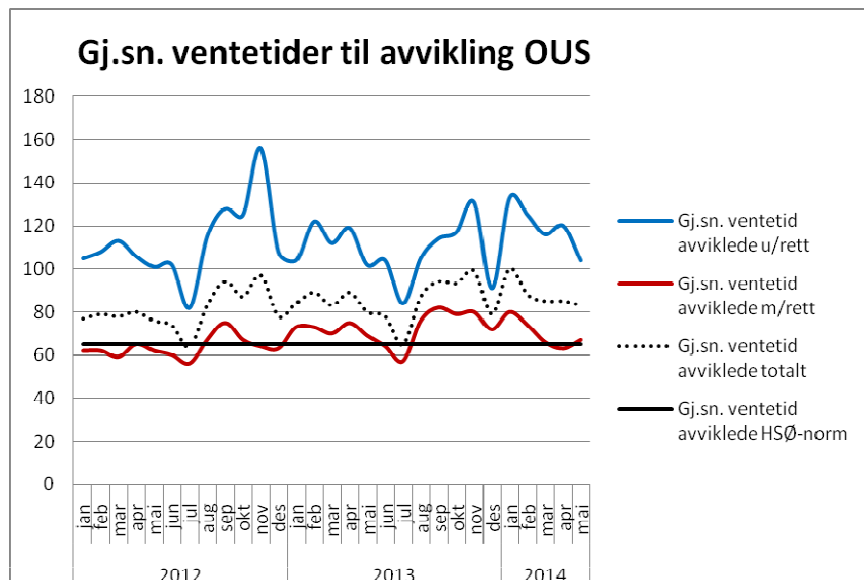
## 2.2 Ventelisteutvikling – antall ventende



Sum ventende	2013				2014			
	feb	mar	apr	mai	feb	mar	apr	mai
PHA	424	491	484	462	400	536	541	538
MED	2 927	2 947	2 917	2 901	2 591	2 424	2 493	2 588
KKN	15 008	15 121	14 030	13 153	10 150	9 503	9 314	9 055
KVB	2 238	2 431	2 365	2 366	2 235	2 306	2 359	2 236
KKT	3 520	3 559	3 450	3 468	3 716	3 488	3 568	3 554
HLK	2 533	2 404	2 282	2 269	1 658	1 606	1 564	1 546
AKU	165	172	163	140	423	425	376	332
KDI	586	720	636	665	1 464	1 441	1 566	1 498
<b>Sum klinikker</b>	<b>27 401</b>	<b>27 845</b>	<b>26 327</b>	<b>25 424</b>	<b>22 637</b>	<b>21 729</b>	<b>21 781</b>	<b>21 347</b>
<b>Diff vs. 2013</b>					<b>-4 764</b>	<b>-6 116</b>	<b>-4 546</b>	<b>-4 077</b>
<b>Diff %</b>					<b>-17%</b>	<b>-22%</b>	<b>-17%</b>	<b>-16%</b>

Antall ventende = ikke avviklede henvisningsperioder

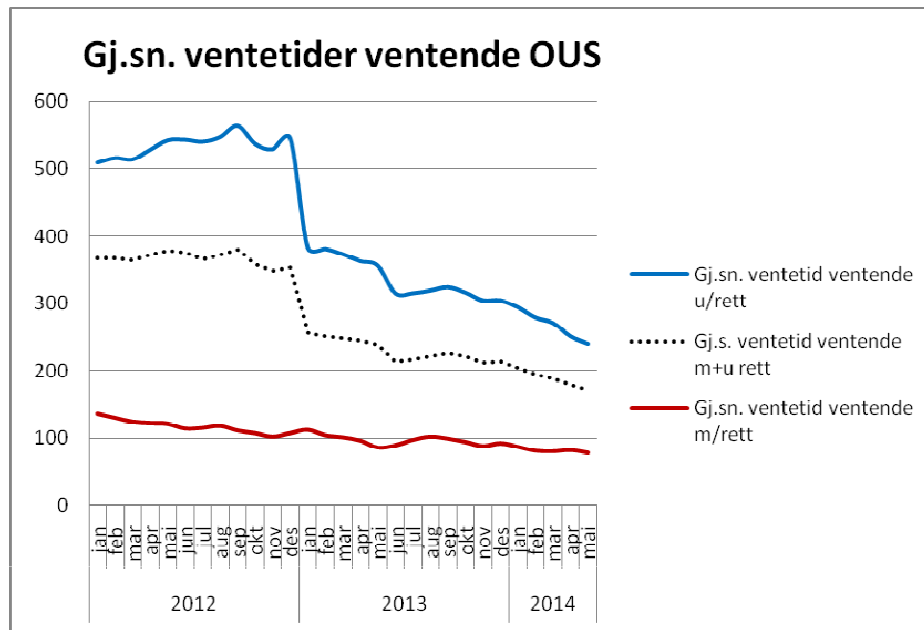
## 2.2 Gjennomsnittlig ventetid til avvikling



Gj.sn. v.tid til avvikling	2013				2014			
	feb	mar	apr	mai	feb	mar	apr	mai
PHA	44	43	45	38	46	43	49	46
MED	52	59	73	55	63	70	67	55
KKN	142	120	124	116	125	110	119	119
KVB	59	57	65	65	58	56	52	52
KKT	59	61	65	59	74	74	73	73
HLK	98	107	100	86	105	112	97	97
AKU	68	70	79	85	85	105	119	123
KDI	49	52	32	26	39	36	40	61
<b>OUS</b>	<b>89</b>	<b>83</b>	<b>89</b>	<b>80</b>	<b>88</b>	<b>85</b>	<b>85</b>	<b>83</b>
<b>Diff vs. 2013</b>					<b>-1</b>	<b>2</b>	<b>-4</b>	<b>3</b>
<b>Diff %</b>					<b>-1 %</b>	<b>2 %</b>	<b>-4 %</b>	<b>4 %</b>

Gjennomsnittlig ventetid er oppgitt i dager.

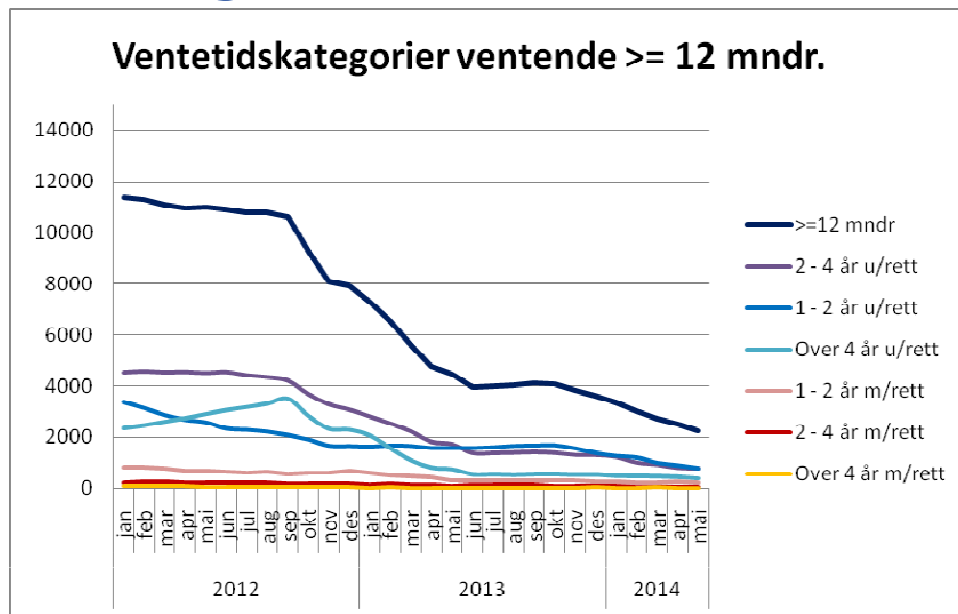
## 2.2 Gjennomsnittlig ventetid for ventende



Gj.sn. v.tid ventende	2013				2014			
	feb	mar	apr	mai	feb	mar	apr	mai
PHA	40	43	42	47	40	68	65	57
MED	82	84	78	78	73	63	61	58
KKN	389	386	388	384	325	323	306	295
KVB	88	86	81	72	69	69	71	79
KKT	62	62	56	59	76	76	76	69
HLK	116	118	111	107	121	111	105	96
AKU	81	100	100	97	89	89	104	117
KDI	125	128	135	143	142	131	133	128
<b>OUS</b>	<b>252</b>	<b>248</b>	<b>245</b>	<b>238</b>	<b>194</b>	<b>189</b>	<b>179</b>	<b>171</b>
<b>Diff vs. 2013</b>					<b>-58</b>	<b>-59</b>	<b>-66</b>	<b>-67</b>
<b>Diff %</b>					<b>-23 %</b>	<b>-24 %</b>	<b>-27 %</b>	<b>-28 %</b>

Gjennomsnittlig ventetid er oppgitt i dager.

## 2.2 Langtidsventende ( $\geq 12$ mnd)



Antall ventet $\geq 1$	2013				2014			
	feb	mar	apr	mai	feb	mar	apr	mai
PHA	2	3	3	3	3	10	13	11
MED	94	86	55	51	44	35	23	14
KKN	6 218	5 284	4 538	4 208	2 670	2 420	2 227	2 057
KVB	41	56	45	36	7	10	9	22
KKT	30	30	22	22	97	91	86	68
HLK	69	77	64	53	43	40	40	26
AKU	2	3	2	3	1	0	0	0
KDI	44	62	34	62	150	87	80	39
Sum	6 500	5 601	4 763	4 438	3 024	2 705	2 487	2 243
Diff vs. 2013					-3 476	-2 896	-2 276	-2 195
Diff %					-53 %	-52 %	-48 %	-49 %

Gjennomsnittlig ventetid er oppgitt i dager.

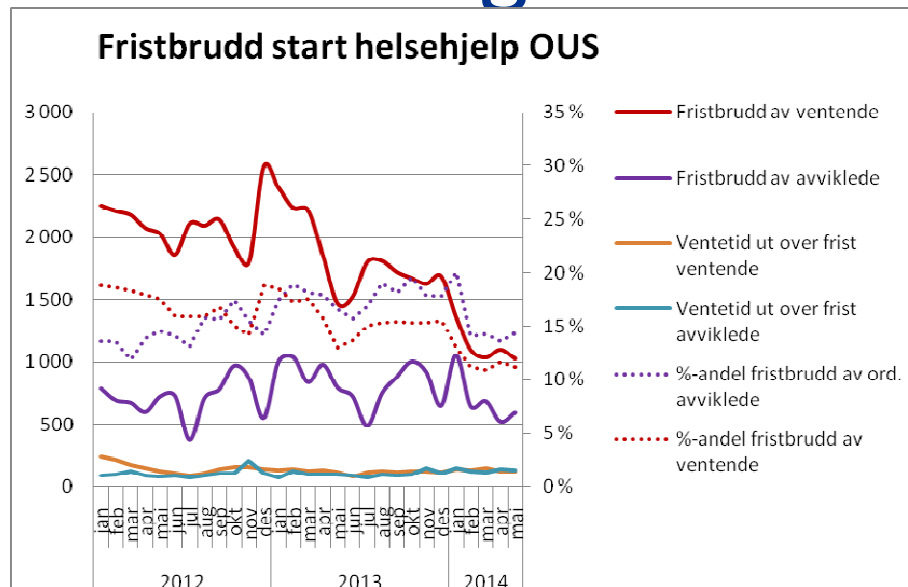
## 2.2 Antall langtidsventende ( $\geq 12$ mnd ) per fagområde

Fagområde	02/14	03/14	04/14	05/14	Måltall	Avvik måltall
	Over 1 år	Over 1 år	Over 1 år	Over 1 år	Mai	Per mai
050 Ortopedisk kirurgi (inkludert revmakirurgi)	979	805	650	546	990	444
070 Urologi	52	53	55	44	-	-44
090 Plastikk-kirurgi	1 182	1 163	1 172	1 174	1 120	-54
100 Nevrokirurgi	25	23	26	22	-	-22
150 Hjertesykdommer (HLK)	25	30	31	23	18	-5
250 Neurologi	224	195	169	126	150	24
290 Øre-nese-hals sykdommer	45	36	44	47	20	-27
300 Øyesykdommer	182	158	124	102	170	68
840 Medisinsk genetikk	150	86	79	39	-	-39
<b>Sum for fagområder med mer enn 20 langtidsventende</b>	<b>2 892</b>	<b>2 570</b>	<b>2 350</b>	<b>2 123</b>	<b>2 468</b>	<b>208</b>
<b>SUM TOTALT</b>	<b>3 025</b>	<b>2 705</b>	<b>2 487</b>	<b>2 243</b>		

Merknad:

Tabellen omfatter kun fagområder med mer enn 20 langtidsventende per 31. mai 2014.

## 2.3 Utvikling fristbrudd



Fristbrudd ordinært avviklede	2013				2014				
	feb	mar	apr	mai	Antall				Andel
	Antall				feb	mar	apr	mai	mai
PHA	12	3	6	8	5	4	4	9	4,5 %
MED	130	108	81	65	71	61	67	65	9,5 %
KKN	587	489	587	454	383	350	277	330	22,1 %
KVB	59	43	53	60	21	38	25	46	9,0 %
KKT	140	115	163	134	125	200	114	113	11,4 %
HLK	112	79	89	73	37	30	32	29	13,1 %
AKU	1	2	2	0	-	1	1	-	0,0 %
KDI	0	0	0	0	1	1	1	0	0,0 %
<b>Sum</b>	<b>1 041</b>	<b>839</b>	<b>981</b>	<b>794</b>	<b>643</b>	<b>686</b>	<b>521</b>	<b>592</b>	<b>14,4 %</b>
<b>Diff vs. 2013</b>					-398	-153	-460	-202	
<b>Diff %</b>					-38 %	-18 %	-47 %	-25 %	

Fristbrudd ventende	2013				2014				
	feb	mar	apr	mai	Antall				Andel
	Antall				feb	mar	apr	mai	mai
PHA	7	8	13	21	2	10	13	13	3,9 %
MED	143	115	58	21	35	57	85	96	6,9 %
KKN	1 753	1 630	1 403	1 067	814	740	766	705	17,0 %
KVB	71	81	71	51	13	19	23	18	2,3 %
KKT	134	199	165	178	160	126	150	146	7,0 %
HLK	116	170	146	122	62	74	57	41	10,5 %
AKU	3	6	7	0	3	1	1	1	14,3 %
KDI	1	1	0	0	1	0	0	0	0,0 %
<b>Sum</b>	<b>2 228</b>	<b>2 210</b>	<b>1 863</b>	<b>1 460</b>	<b>1 094</b>	<b>1 030</b>	<b>1 096</b>	<b>1 021</b>	<b>11,2 %</b>
<b>Diff vs. 2013</b>					-1 134	-1 180	-767	-439	
<b>Diff %</b>					-51 %	-53 %	-41 %	-30 %	

Fristbrudd avviklede: Frist var overskredet på tidspunkt for avvikling.

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

## 2.3 Fristbrudd per fagområde

Antall per fagområde	Febr 2014	Mars 2014	April 2014	Mai 2014	Andel mai	Måltall mai
<b>Total</b>						
050 Ortopedisk kirurgi (inkl. revm. kirurgi)	309	253	256	238	24,2	150
070 Urologi	59	56	46	52	6,2	5
090 Plastikkirurgi	69	72	104	112	35,8	60
100 Nevrokirurgi	151	171	145	134	26,8	
105 Mamma- og para-/tyreoideakirurgi	34	15	34	36	17	
140 Fordøyelsesykdommer	25	41	60	68	20,7	10
150 Hjertesykdommer	46	62	47	35	7,2	80
250 Nevrologi	116	96	73	79	15,7	90
260 Klinisk nevrofysiologi	21	21	20	24	11,6	
290 Øre-nese-hals sykdommer	98	86	121	96	15,8	60
<b>Sum fristbrudd av ventende pasienter for fagområder hvor det er over 20 fristbrudd</b>	<b>1 004</b>	<b>907</b>	<b>988</b>	<b>874</b>		
<b>Sum fristbrudd</b>	<b>1 090</b>	<b>1 030</b>	<b>1 096</b>	<b>1 021</b>	<b>11,2</b>	<b>475</b>

Merknad:

Tabellen omfatter kun fagområder med mer enn 20 fristbrudd per 31. mai 2014.



## 2.3 Fristbrudd som forfaller

Utløpsliste frist helsehjelp med antall frister forfalt					
	2014-09	2014-08	2014-07	2014-06	Forfalt
<b>SUM</b>	<b>1 081</b>	<b>1 608</b>	<b>1 906</b>	<b>2 143</b>	<b>1 046</b>
Klinikk psykisk helse og avhengighet	2	73	117	117	13
Medisinsk klinikk	210	247	294	299	103
Klinikk for kirurgi og nevrofag	540	579	789	741	716
Kvinne- og barneklirikken	97	167	211	205	18
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken	209	473	414	659	153
Hjerte-, lunge- og karklinikken	23	69	81	115	41
Akuttklinikken				6	1

## 3.1 Økonomisk resultat

Tall i hele 1000 kr	Budsjett 2014	Mai				Hittil i 2014			
		Resultat	Budsjett	Avvik budsjett	Avvik i %	Resultat	Budsjett	Avvik budsjett	Avvik i %
Basisramme	-11 151 802	993 068	993 068	0	0,0 %	4 848 357	4 848 357	0	0,0 %
Aktivitetsbaserte inntekter	-7 160 551	657 816	626 506	31 309	5,0 %	3 084 015	3 070 557	13 458	0,4 %
Andre inntekter	-1 807 922	175 305	165 939	9 366	5,6 %	852 499	776 182	76 317	9,8 %
Sum driftsinntekter	-20 120 275	1 826 188	1 785 513	40 675	2,3 %	8 784 871	8 695 096	89 775	1,0 %
Lønn -og innleiekostnader	13 884 836	1 265 546	1 243 216	-22 330	-1,8 %	6 103 496	6 058 793	-44 703	-0,7 %
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	2 578 750	238 991	223 797	-15 194	-6,8 %	1 122 574	1 077 556	-45 018	-4,2 %
Andre driftskostnader	3 636 059	306 536	302 278	-4 258	-1,4 %	1 528 139	1 511 461	-16 678	-1,1 %
Sum driftskostnader	20 099 645	1 811 072	1 769 290	-41 782	-2,4 %	8 754 209	8 647 810	-106 399	-1,2 %
Driftsresultat	20 630	15 116	16 223	-1 106	-0,1 %	30 661	47 285	-16 624	-0,2 %
Netto finans	20 630	912	-1 056	1 968	186,4 %	2 637	-10 491	13 128	125,1 %
<b>Resultat OUS <sup>1)</sup></b>	<b>0</b>	<b>16 028</b>	<b>15 167</b>	<b>862</b>	<b>0,0 %</b>	<b>33 299</b>	<b>36 794</b>	<b>-3 496</b>	<b>0,0 %</b>

1) Resultat for foretaksgruppen

## 3.2 Kommentarer til økonomisk resultat

Art_ØBAK	Regnskap	Budsjett	Awik	Kommentarer til de største avvikene
Basisramme	4 848 357 000	4 848 357 000	0	Basisramme er inntektsført som budsjett
ISF egne pasienter	1 310 645 540	1 311 987 000	-1 341 460	De totale ISF-inntektene er 10,2 mnok høyere enn budsjettet. Inntekt knyttet til budsjettet meraktivitet er budsjettet under Andre
ISF somatisk poliklinisk aktivitet	200 666 573	194 177 000	6 489 573	inntekter med omlag 5 mnok per måned. Estimert tap knyttet til avregningsutvalgets sak ang. flere konsultasjoner samme dag inngår i resultatet med om lag 12,6 mnok.
ISF-refusjon kommunal medfinansiering	268 120 667	266 258 000	1 862 667	
ISF-inntekt kostnadskrevende	22 526 530	19 309 000	3 217 530	
Utskrivningsklare pasienter	727 660	1 734 256	-1 006 596	Antall utskrivningsklare pasienter er lavere enn forventet, derfor også lavere inntekt.
Gjeste pasienter	258 588 954	255 119 454	3 469 500	Gjestepasientinntekter for pasienter fra andre regioner er 3,5 mnok høyere enn budsjettet.
Salg av konserninterne helsetjenester	788 819 225	790 263 773	-1 444 548	Samlede konserninterne gjestepasientinntekter er om lag 1,5 mnok lavere enn budsjettet. Det er positivt awik på kurdøgn somatikk, poliklinikk somatikk og lab-/røntgenområdet, mens det er negative awik innenfor dag-/døgnbehandling innenfor somatikk og psykiatri.
Polikliniske inntekter	233 919 810	231 708 762	2 211 048	De polikliniske inntektene er 2,2 mnok høyere enn budsjettet. Det er et positivt awik innenfor lab.rtg.-området, mens det er et lite negativt awik innen somatikk og psykiatri.
Øremerkede tilskudd raskere tilbake	16 552 843	17 738 382	-1 185 539	Det er inntektsført noe lavere inntekter enn budsjettet for Raskere tilbake. Awiket skyldes i hovedsak aktivitet innenfor Klinik for kirurgi og nefrologi, Nevrokirurgisk avdeling.
Andre øremerkede tilskudd	466 936 327	437 960 377	28 975 950	Nivå for inntektsføring av øremerkede tilskudd er høyere enn budsjettet. Inntektene føres i takt med faktisk forbruk (kostnadene).
Andre driftsinntekter	369 009 471	320 482 870	48 526 601	Inntektsføring av refusjon for legemiddelet Ipiliumab med om lag 13 mnok, inntektsført refusjon for frikjøp til DIPS-prosjektet med om lag 23 mnok (gir tilsvarende økt lønnskostnad) og gevinst ved salg av eiendom med 18 mnok, bidrar til positivt awik. Noe lavere aktivitet enn budsjettet gir isolert negativt awik.
<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>8 784 870 600</b>	<b>8 695 095 874</b>	<b>89 774 726</b>	
Kjøp av off helse tjenester	21 736 632	17 875 054	3 861 578	Kostnadene til kjøp av offentlige helsetjenester er noe høyere enn budsjettet.
Kjøp av private helsetjenester	101 992 519	91 699 423	10 293 096	Kostnadene til kjøp av private helsetjenester er om lag 10 mnok høyere enn budsjettet og awiket er i hovedsak relatert til kjøp av behandling i utlandet.
Varekostnader	970 533 936	952 400 767	18 133 169	Varekostnadene er noe høyere enn budsjettet. Kostnader til Ipiliumab er ikke budsjettet og inngår med om lag 13 mnok (se også Andre inntekter). Høye kostnader blant annet til medikamenter/cytostatika/medisinske forbruksvarer i enkelte av klinikkene.
Innleid arbeidskraft	80 500 838	41 189 327	39 311 511	Innleiekostnadene er ikke redusert som forutsatt i budsjettet og er nærmere 11 mnok høyere enn for samme periode i 2013. Merforbruket er størst innenfor nevrokirurgisk avdeling, nyfødtintensiv, PO/intensiv og barnemedisin. Det jobbes med tiltak for å redusere innleiekostnadene.
Kjøp av konserninterne helsetjenester	28 311 095	15 581 021	12 730 074	Kjøp av konserninterne helsetjenester er 12,7 mnok høyere enn budsjettet. Awiket er hovedsakelig innenfor psykisk helsevern, voksne.
Lønn til fast ansatte	4 164 560 720	4 184 788 191	-20 227 471	For samlede lønnskostnadene er det et merforbruk på om lag 5,3 mnok. Awiket må ses i forhold til at det er høyere kostnader enn budsjettet for øremerkede midler på omlag 41 mnok, hvorav deler gjelder lønn. Awik for lønn må sees i sammenheng med innleiekostnadene. Det er refundert lønnskostnader til klinikkene knyttet til DIPS-prosjektet med omlag 23 mnok kroner. Pensjon er bokført som budsjettet i påvente av nye NRS-beregninger for 2014.
Overtid og ekstrahjelp	473 696 957	385 805 990	87 890 967	
Pensjon	929 184 686	929 177 407	7 279	
Off tilskudd og ref vedr arbeidskraft	-266 670 019	-221 672 751	-44 997 268	
Annen lønn	722 222 875	739 504 789	-17 281 914	
Avskrivninger	338 315 918	339 740 000	-1 424 082	Avskrivningene er noe lavere enn budsjettet. Faktiske avskrivninger henger sammen med tidspunkt for ibrukttagelse.
Nedskrivninger	57 474	0	57 474	
Andre driftskostnader	1 189 765 494	1 171 721 207	18 044 287	I awik for andre driftskostnader inngår merkostnader knyttet til pasientreiser, vedlikehold av bygg mv, lavere energikostnader enn budsjettet mv. Tilbakebetaling fra Sykehuspartner fra 2013 (for mye fakturert) inngår også med 5,5 mnok.
<b>Sum driftskostnader</b>	<b>8 754 209 125</b>	<b>8 647 810 425</b>	<b>106 398 700</b>	
Finansinntekter	42 708 339	36 882 000	5 826 339	
Finanskostnader	40 071 209	47 373 000	-7 301 791	Awiket skyldes lavere rentekostnader enn forutsatt i budsjettet (7,3 mnok) og positivt bidrag fra datterselskapene (4,8 mnok).
<b>Netto finans</b>	<b>2 637 130</b>	<b>-10 491 000</b>	<b>13 128 130</b>	
<b>TOTALT</b>	<b>33 298 606</b>	<b>36 794 449</b>	<b>-3 495 843</b>	

## 3.2 Økonomisk resultat – per klinikk

Rapportering Mai 2014 tall i hele 1000 kr	Mai				Hittil i år			
	Resultat	Budsjett	Avvik	Avvik i %	Resultat	Budsjett	Avvik	Avvik i %
<b>Økonomisk resultat</b>								
Klinikk psykisk helse og avhengighet	269	0	269	0,2 %	1 790	0	1 790	0,2 %
Medisinsk klinikk	-24	0	-24	0,0 %	-10 577	0	-10 577	-2,1 %
Klinikk for kirurgi og nevrofag	-3 114	0	-3 114	-1,6 %	-41 867	0	-41 867	-4,4 %
Kvinne- og barneklubben	-414	0	-414	-0,3 %	-7 283	0	-7 283	-1,0 %
Klinikk for kreft, kirurgi og transplantasjon	-3 779	0	-3 779	-1,7 %	-7 867	0	-7 867	-0,7 %
Hjerte-, lunge- og karklubben	5 012	0	5 012	5,4 %	-20 330	0	-20 330	-4,3 %
Akuttklubben	-5 037	0	-5 037	-2,4 %	-20 661	0	-20 661	-2,0 %
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	2 337	0	2 337	1,2 %	11 816	0	11 816	1,2 %
Oslo sykehusservice	1 280	0	1 280	0,7 %	4 292	0	4 292	0,5 %
Konsern	911	819	92	-	3 259	-1 573	4 832	-
Fellesposter	14 290	14 348	-58	9,3 %	104 693	38 367	66 326	18,2 %
Direktørensstab	4 298	0	4 298	3,2 %	16 033	0	16 033	2,6 %
<b>Sum OUS</b>	<b>16 028</b>	<b>15 167</b>	<b>862</b>	<b>0,0 %</b>	<b>33 299</b>	<b>36 794</b>	<b>-3 496</b>	<b>0,0 %</b>

## 3.4 Kommentarer til klinikkenes avvik per mai

Klinikk	Avvik i mill kr	Overordnet beskrivelse av avvik
Klinikk psykisk helse og avhengighet	+ 2	Resultat om lag som budsjettert.
Medisinsk klinikk	-11	Nærmere halvparten av avviket er knyttet til lavere aktivitet enn budsjettert (vesentlig øyeblikkelig hjelp- virksomhet, som er vanskelig å styre). Aktiviteten følges nøye. Øvrig avvik skyldes i stor grad høyere lønnskostnader enn budsjettert.
Klinikk for kirurgi og nevrofag	- 42	Klinikkens avvik knyttes i stor grad til lavere aktivitet enn budsjettert. Dette følges tett opp samtidig som det er fokus på avvikling av fristbrudd og langtidsventende. Kostnadene til innleie er hittil i år nesten 11 mnok høyere enn budsjettert .
Kvinne- og barneklubben	- 7	Klinikken har en aktivitet som er noe høyere enn budsjettert. Kostnader til lønn, innleie og varekostnader er høyere enn budsjettert. Noe budsjettmidler vil bli overført til klinikken fra Fellesposter i juni.
Kreft-, kirurgi og transplantasjons-klinikken	- 8	Klinikkens aktivitet hittil i år er 1,2 pst høyere enn budsjettert. Lønnskostnadene er innenfor budsjett, men det er vesentlige avvik på innleid arbeidskraft pga. pleiekrevende pasienter og høy aktivitet i enkelte avdelinger. Varekostnadene er klart høyere enn budsjettert. Den viktigste forklaringen på avviket på varekostnader er merforbruk på medikamenter/cytostatika med 10 mnok. En del av dette gjelder kostnader til medikamentet Ipilimumab som ikke er budsjettert. Det er imidlertid avsatt for viderefakturering av kostnader på 4,8 mnok for pasienter som ikke er inkludert i studie slik at Ipi-kostnadene ikke påvirker klinikkens resultat samlet sett. Det er også vesentlig avvik på instrumenter og medisinske forbruksvarer knyttet til operasjonsaktiviteten i klinikken.
Hjerte-, lunge- og karklinikken	- 20	Hovedårsak til avvik er lavere aktivitet enn budsjettert. Dette skyldes i stor grad forsinkelser i levering av utstyr til Kardiologisk avdeling og nedgang i pasienter til operasjon innenfor hjertekirurgi, samt få transplantasjoner. Nevnte utstyr er under levering.
Akuttklubben	- 21	Klinikken har mindreforbruk av fastlønn, men bruker mer på variable lønnskostnader og innleie. PO/Intensiv og Operasjon har fortsatt problemer med rekruttering. Videre har Pasientreiser i klinikken et merforbruk i mai på 1,4 mnok (akkumulert 7,9 mnok). Dette skyldes nye anbudspriser fra februar og en estimert vekst på 3,6 pst. Noe budsjettmidler vil bli overført til klinikken fra Fellesposter i juni.
Klinikk for diagn. og intervensjon	+ 12	Resultat bedre enn budsjettert i hovedsak som følge av høy aktivitet innenfor Avdeling for radiologi og nukleærmedisin og Avdeling for medisinsk genetik. Lavere lønnskostnader enn budsjettert.
Oslo sykehusservice	+ 4	Resultat noe bedre enn budsjettert.
Stab	+ 16	Avvik skyldes ubesatte stillinger og generelt lavere driftskostnader enn budsjettert samt tilbakebetaling fra Sykehuspartner IKT.
Fellesposter mv	+ 71	Avvik skyldes i hovedsak budsjettert reserve inkludert midler som senere skal overføres til klinikk (blant annet Kvinne- og barneklubben og Akuttklubben) og reversering av avsetninger fra 2013 (kostnad bokført på klinikk). I tillegg bidrar gevinst fra salg av eiendom med 18 mnok.
Samlet avvik	- 3	Gevinst fra salg av eiendom er inkludert i resultatet med 18 mnok.

## 3.2 Lønnskostnader ekskl. pensjon

Total lønn ekskl. pensjon i 1000 kr. Inklusive øremerkede midler	mai 2014			HiÅ			HiF	Endring	
	Resultat	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Resultat	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Resultat	i 1000 kr	i %
PHA	124 331	2 956	2,3 %	618 494	4 814	0,8 %	600 722	17 772	3,0 %
MED	73 238	-684	-0,9 %	361 072	-6 563	-1,9 %	346 171	14 901	4,3 %
KKN	130 290	-1 719	-1,3 %	640 167	279	0,0 %	604 124	36 043	6,0 %
KVB	106 999	-5 017	-4,9 %	507 662	677	0,1 %	483 662	23 999	5,0 %
KKT	142 046	-1 259	-0,9 %	701 244	-12 605	-1,8 %	666 710	34 534	5,2 %
HLK	56 844	-1 827	-3,3 %	273 503	-1 933	-0,7 %	256 663	16 840	6,6 %
AKU	146 954	-2 680	-1,9 %	711 103	-5 955	-0,8 %	670 341	40 762	6,1 %
KDI	121 892	800	0,7 %	600 728	7 761	1,3 %	556 630	44 098	7,9 %
OSS	80 645	-2 792	-3,6 %	393 845	-6 006	-1,5 %	363 705	30 140	8,3 %
STAB	20 498	1 879	8,4 %	100 715	10 444	9,4 %	109 164	-8 449	-7,7 %
FPO	48 798	-3 508	-7,7 %	144 001	1 788	1,2 %	77 008	66 993	87,0 %
<b>OUS</b>	<b>1 061 001</b>	<b>-13 370</b>	<b>-1,3 %</b>	<b>5 093 811</b>	<b>-5 384</b>	<b>-0,1 %</b>	<b>4 769 217</b>	<b>324 594</b>	<b>6,8 %</b>

## 3.2 Innleiekostnader

Innleie i 1000 kr. Inklusive øremerkede midler	mai 2014			HiÅ			HiF	Endring	
	Resultat	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Resultat	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Resultat	I 1000 kr	i %
PHA	273	-273	0,0 %	523	-523	0,0 %	95 293	427	448,5 %
MED	1 198	-311	-35,1 %	4 793	-624	-15,0 %	5 478	-686	-12,5 %
KKN	3 093	-2 227	-257,2 %	15 584	-10 827	-227,6 %	13 539	2 045	15,1 %
KVB	3 912	-1 992	-103,8 %	17 708	-8 649	-95,5 %	12 564	5 144	40,9 %
KKT	2 190	-1 438	-191,3 %	9 949	-6 406	-180,8 %	6 734	3 215	47,7 %
HLK	2 333	-1 314	-129,0 %	9 213	-4 155	-82,1 %	10 124	-910	-9,0 %
AKU	3 959	-1 412	-55,4 %	21 842	-7 578	-53,1 %	19 091	2 751	14,4 %
KDI	60	8	11,7 %	777	-437	-128,4 %	2 193	-1 417	-64,6 %
OSS			0,0 %	113	-113	0,0 %	17	96	576,8 %
STAB			0,0 %	379	-379	0,0 %	-	-	-
FPO									
<b>OUS</b>	<b>17 017</b>	<b>-8 960</b>	<b>-111,2 %</b>	<b>80 501</b>	<b>-39 312</b>	<b>-95,4 %</b>	<b>69 835</b>	<b>10 666</b>	<b>15,3 %</b>

## 3.2 Varekostnader per klinikk

Varekostnader knyttet til FG i 1000 kr. Inklusive øremerkede midler	mai			HiÅ			HiF	Endring	
	Resultat	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Resultat	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Resultat	I 1000 kr	i %
PHA	4 801	628	11,6 %	26 185	1 017	3,7 %	33 105	-6 920	-20,9 %
MED	10 626	317	2,9 %	52 663	589	1,1 %	52 032	631	1,2 %
KKN	31 438	-1 382	-4,6 %	152 990	2 416	1,6 %	144 043	8 947	6,2 %
KVB	11 202	-2 358	-26,7 %	49 679	-6 351	-14,7 %	41 162	8 517	20,7 %
KKT	41 448	-5 821	-16,3 %	198 847	-27 298	-15,9 %	164 510	34 337	20,9 %
HLK	23 088	3 122	11,9 %	127 829	2 246	1,7 %	131 687	-3 858	-2,9 %
AKU	14 350	-116	-0,8 %	77 626	-2 582	-3,4 %	85 946	-8 321	-9,7 %
KDI	41 681	-1 158	-2,9 %	203 822	-4 370	-2,2 %	190 587	13 235	6,9 %
OSS	11 772	342	2,8 %	61 651	244	0,4 %	58 811	2 841	4,8 %
STAB	-507	582	778 %	139	106	43,3 %	-80	219	-273,5 %
FPO	17 351	-10 359	-148,2 %	19 104	15 850	45,3 %	-4 946	24 050	-486,3 %
<b>OUS</b>	<b>207 250</b>	<b>-16 205</b>	<b>-8,5 %</b>	<b>970 534</b>	<b>-18 133</b>	<b>-1,9 %</b>	<b>896 856</b>	<b>73 678</b>	<b>8,2 %</b>



## 3.2 Andre driftskostnader per klinikk

Andre driftskostnader i 1000 kr. Inklusive øremerkede midler.	mai			HiÅ			HiF	Endring	
	Resultat	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Resultat	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Resultat	I 1000 kr	i %
PHA	10 740	1 257	10,5 %	53 355	10 411	16,3 %	54 903	-1 548	-2,8 %
MED	3 453	-1 010	-41,3 %	11 936	281	2,3 %	16 396	-4 460	-27,2 %
KKN	6 799	-2 791	-69,6 %	28 372	-8 327	-41,5 %	25 745	2 627	10,2 %
KVB	12 301	-5 801	-89,3 %	36 414	-3 689	-11,3 %	19 932	16 482	82,7 %
KKT	8 370	-700	-9,1 %	40 970	-2 533	-6,6 %	39 420	1 550	3,9 %
HLK	1 752	1 138	39,4 %	9 328	4 797	34,0 %	8 013	1 315	16,4 %
AKU	22 976	-2 211	-10,7 %	114 067	-12 124	-11,9 %	108 222	5 845	5,4 %
KDI	10 382	-1 717	-19,8 %	47 386	-4 006	-9,2 %	41 083	6 303	15,3 %
OSS	72 318	221	0,3 %	392 398	-3 898	-1,0 %	385 441	6 957	1,8 %
STAB	82 736	6 553	7,3 %	434 293	-3 053	-0,7 %	375 026	59 267	15,8 %
FPO	4 957	-2 606	-110,8 %	7 772	-1 006	-14,9 %	5 657	2 114	37,4 %
<b>OUS</b>	<b>239 335</b>	<b>-6 545</b>	<b>-2,8 %</b>	<b>1 189 765</b>	<b>-18 044</b>	<b>-1,5 %</b>	<b>1 096 170</b>	<b>93 596</b>	<b>8,5 %</b>

## 3.3 Resultat for AS'ene

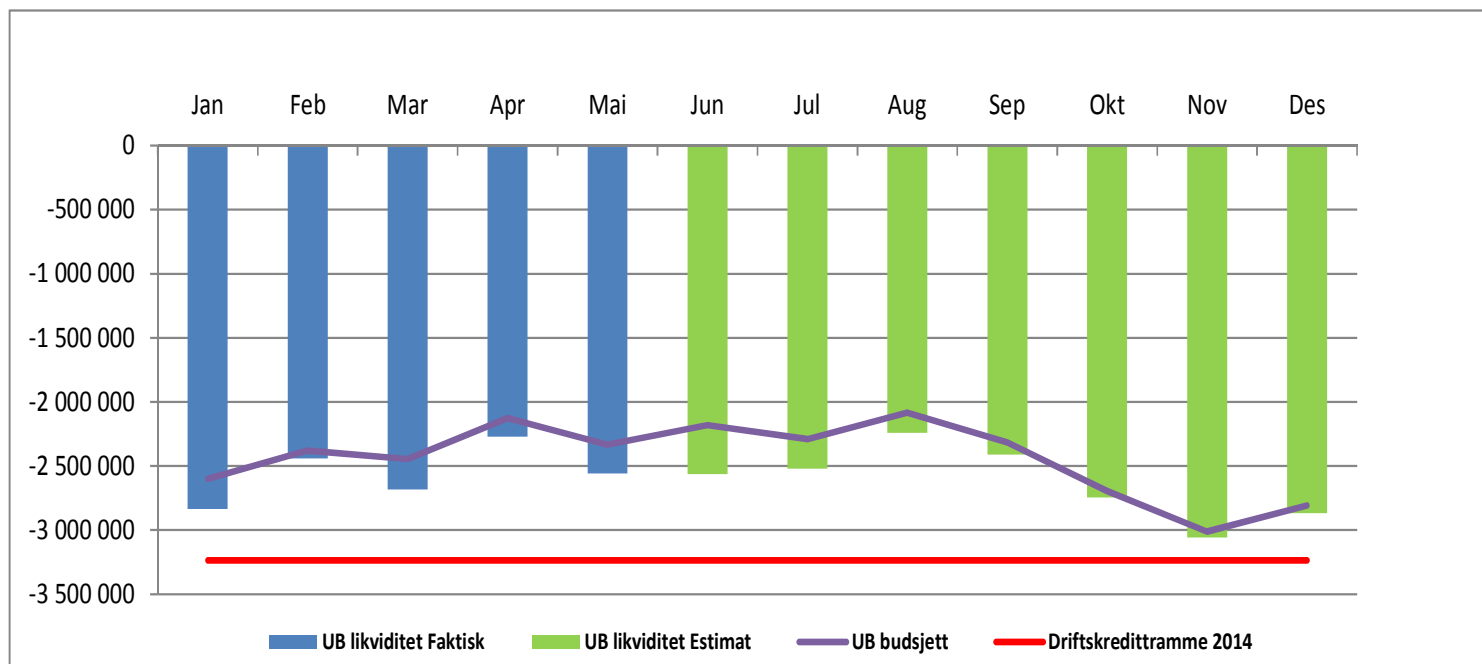
AS'ene i 1 000 kr	Årsbudsjett	Budsjett Regnskap		Avvik HiÅ
		HiÅ	HiÅ	
Barnehagebygg AS	-374	-156	-255	99
MEDINNOVA	-1 440	-280		-280
Norsk Medisinsk Syklotronsenter AS	-1 050	530	817	-287
Radpark AS	-1 959	-817	-1 656	839
SMOS	-6 617	2 543	-1 756	4 299
Sykehotell AS	-592	-247	-408	161
<b>Totalt</b>	<b>-12 032</b>	<b>1 573</b>	<b>-3 259</b>	<b>4 832</b>

## 3.6 Tiltaksgjennomføring

Tiltaksgjennomføring per mai (I 1000 KR)					Tiltaksgjennomføring per mai (I BRUTTO ÅRSVERK)			
Klinikk	Budsjettert reduksjon i desember	Budsjettert reduksjon i perioden	Faktisk reduksjon i perioden	Akkum gj.føringsprosent	Budsjettert reduksjon i desember	Budsjettert reduksjon i perioden	Faktisk reduksjon i perioden	Akkum gj.føringsprosent
<b>KPHA</b>	20 300	8 510	5 594	<b>66 %</b>	19,0	19,0	19,0	<b>100 %</b>
<b>MED</b>	13 143	4 862	2 445	<b>50 %</b>	11,2	11,5	6,1	<b>53 %</b>
<b>KKN</b>	66 409	27 670	14 214	<b>51 %</b>	14,5	14,5	11,5	<b>79 %</b>
<b>KVB</b>	37 840	16 078	12 052	<b>75 %</b>	5,4	5,4	1,0	<b>19 %</b>
<b>KKT</b>	26 535	10 239	9 090	<b>89 %</b>	18,2	6,4	2,2	<b>35 %</b>
<b>HLK</b>	10 500	4 374	2 650	<b>61 %</b>	0,0	0,0	0,0	-
<b>AKU</b>	28 659	10 478	5 221	<b>50 %</b>	17,2	5,5	6,0	<b>108 %</b>
<b>KDI</b>	34 584	12 907	10 350	<b>80 %</b>	0,0	0,0	0,0	-
<b>OSS</b>	17 275	7 039	6 581	<b>93 %</b>	8,2	7,8	7,8	<b>100 %</b>
<b>Totalt*</b>	<b>255 246</b>	<b>102 156</b>	<b>68 197</b>	<b>67 %</b>	<b>93,7</b>	<b>70,1</b>	<b>53,6</b>	<b>77 %</b>

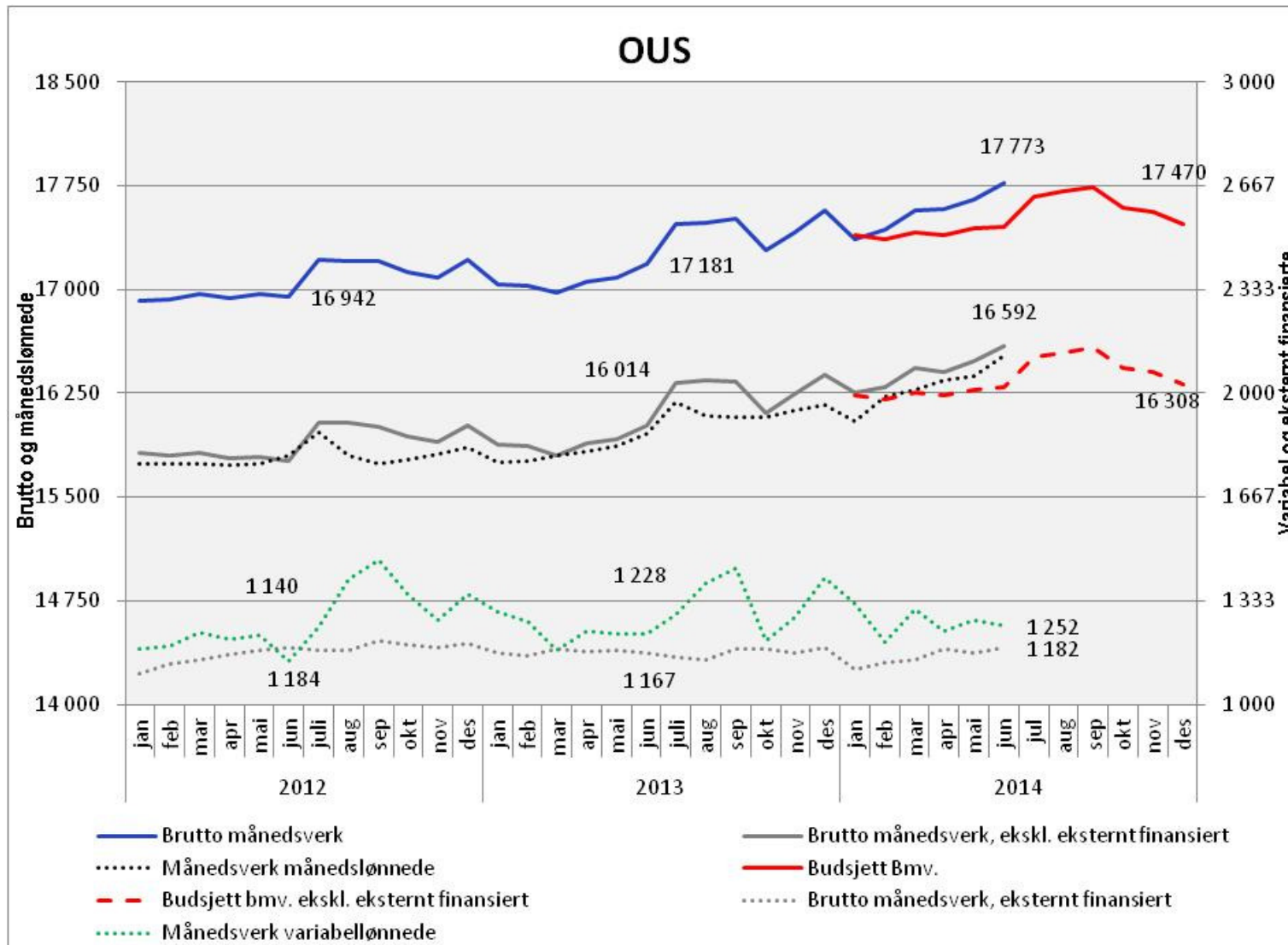
## 3.7 Likviditet

**Utvikling likviditet**  
(utgående saldo ved periodeslutt)



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

## 4.1 Bemanningsutvikling



## 4.2 Bemanningsindikatorer

OUS	Denne måned			Hittil i 2014				2014 mot 2013			
	Indikator	jun 2014	Budsjett	Avvik fra budsjett	Pr. jun	Budsjett	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Δ jun 2014 mot jun 2013	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor
Brutto månedsværk	17 773	17 453	321	17 560	17 409	151	0,9 %	593	3,3 %	498	2,8 %
Brutto månedsværk, ekskl. eksternt finansiert	16 592	16 291	301	16 408	16 247	160	1,0 %	578	3,5 %	514	3,1 %
Brutto månedsværk, eksternt finansiert	1 182	1 162	20	1 152	1 162	-10	-0,8 %	15	1,3 %	-16	-1,4 %
Innleie fra vikarbyrå	176	91	85	165	90	75	83,4 %	10	6 %	23	16,1 %
Månedsværk månedslønnede	16 521	16 343	178	16 296	16 297	-1	0,0 %	569	3,4 %	471	2,9 %
Månedsværk variabelønnede	1 252	1 109	143	1 264	1 112	152	13,6 %	24	1,9 %	27	2,1 %
Netto månedsværk nasj. ind.	15 358	-	-	14 975	-	-	-	777	5,1 %	561	3,7 %
Sykefraværspersent	5,9	7,4	-1,5	7,1	7,4	-0,3	-3,5 %	-1,4	-12,0 %	-0,7	-10,3 %

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

Brutto månedsværk, Intern finansiering	Denne måned			Hittil i 2014				2014 mot 2013			
	jun 2014	Budsjett	Avvik fra budsjett	Pr. jun	Budsjett	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Δ jun 2014 mot jun 2013	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor	%-vis endring
PHA	2 121	2 064	57	2 120	2 068	52	2,5 %	73	3,5 %	57	2,7 %
MED	1 252	1 196	57	1 233	1 197	37	3,1 %	57	4,5 %	36	2,9 %
KKN	2 158	2 097	61	2 121	2 104	17	0,8 %	85	3,9 %	55	2,6 %
KVB	1 661	1 632	28	1 615	1 631	-16	-1,0 %	50	3,0 %	20	1,3 %
KKT	2 225	2 146	79	2 192	2 153	39	1,8 %	92	4,1 %	83	3,8 %
HLK	813	800	12	809	800	9	1,2 %	12	1,4 %	17	2,2 %
AKU	2 335	2 289	46	2 315	2 282	33	1,4 %	66	2,8 %	63	2,7 %
KDI	1 969	2 031	-62	1 951	1 989	-38	-1,9 %	58	3,0 %	72	3,7 %
OSS	1 843	1 823	20	1 840	1 809	32	1,8 %	94	5,1 %	120	6,5 %
<b>OUS</b>	16 592	16 291	301	16 408	16 247	160	1,0 %	578	3,5 %	514	3,1 %

## 4.3 Månedssverk fordelt på stillingskategorier

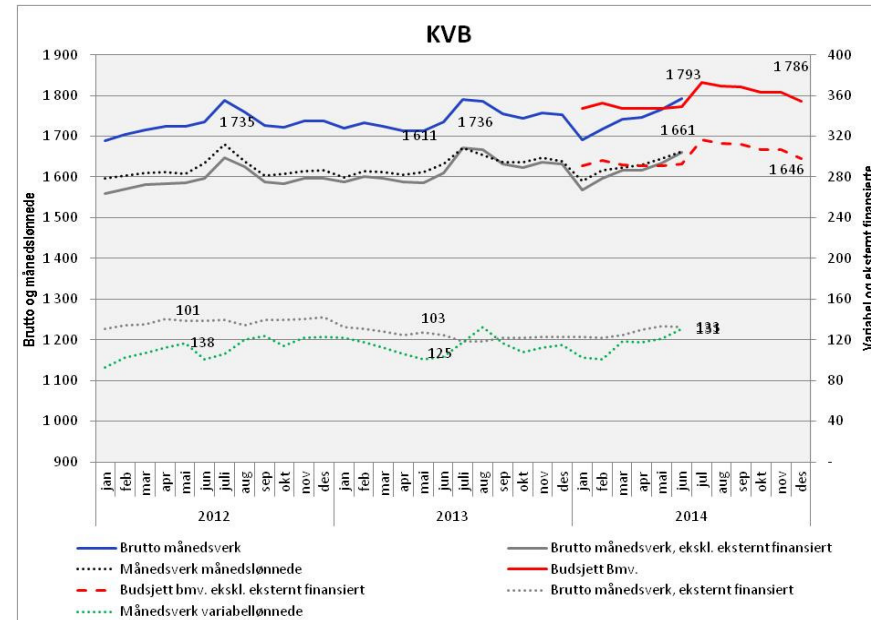
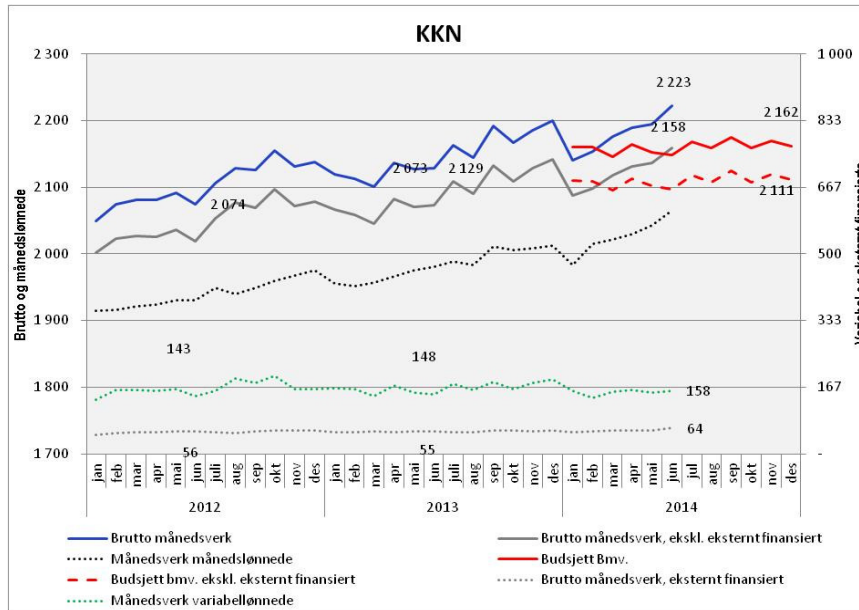
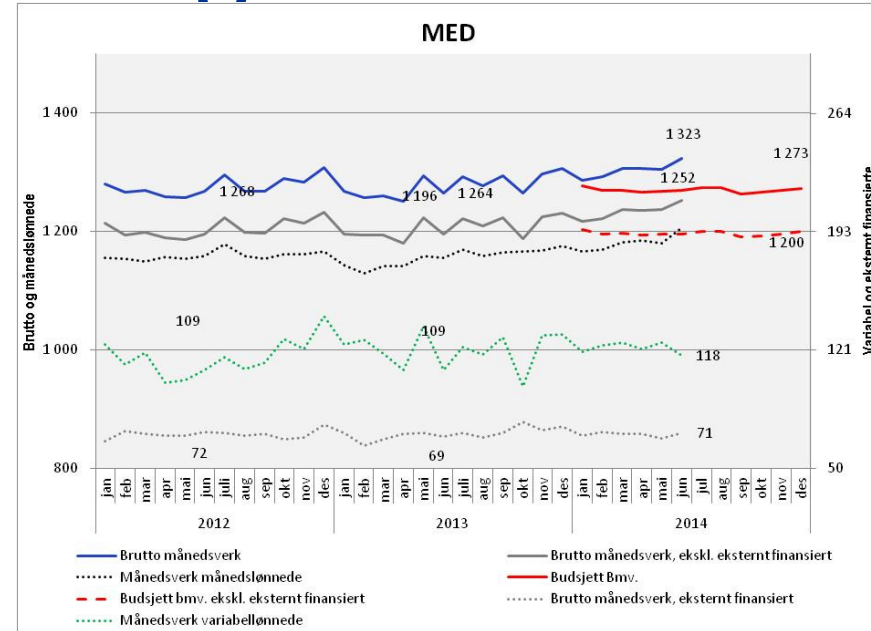
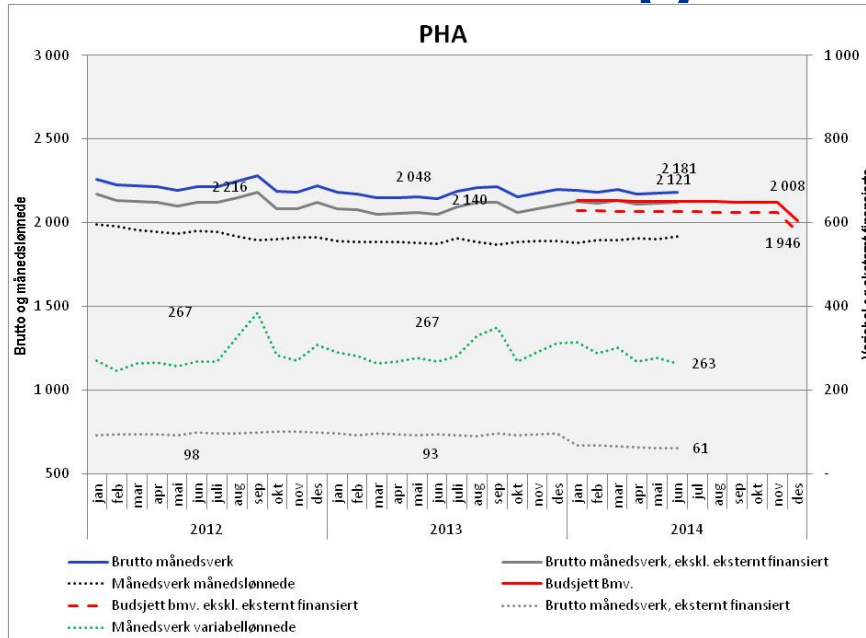
Brutto månedssverk  OUS	Forrige periode	Denne periode	Hittil i 2014	Hittil i 2013	2014 mot 2013				Stillingskategoriens gjennomsnittlige andel		
	mai 2014	jun 2014	Pr. jun	Pr. jun	Δ jun 2014 mot jun 2014	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor	%-vis endring	Andel hele 2014	Andel hele 2013	Gj.snittelig endring 2014 mot 2013
(1) Administrasjon/Ledelse	3 034	3 043	3 026	2 929	88	2,9%	97	3,2%	17,2%	17,2%	1,9%
(2) Pasientrettede stillinger	1 487	1 487	1 475	1 467	16	1,0%	8	0,5%	8,4%	8,7%	-1,4%
(3) Leger	2 326	2 372	2 307	2 255	89	3,8%	52	2,2%	13,1%	13,1%	1,9%
(3a) Overleger	1 409	1 428	1 407	1 377	44	3,1%	30	2,2%	8,0%	8,0%	2,1%
(3b) LIS-leger	884	909	866	844	46	5,0%	22	2,5%	4,9%	4,9%	1,7%
(3c) Turnusleger	32	36	34	34	0	0,1%	-1	-1,6%	0,2%	0,2%	-2,1%
(4) Psykologer	265	269	262	253	16	6,1%	10	3,8%	1,5%	1,5%	3,4%
(5) Sykepleier	5 674	5 729	5 644	5 475	244	4,3%	169	3,0%	32,2%	32,0%	2,1%
(6) Helsefagarbeider/hjelpepleier	573	574	571	578	-4	-0,6%	-8	-1,3%	3,3%	3,3%	0,0%
(7) Diagnostisk personell	1 416	1 436	1 416	1 342	69	4,8%	74	5,2%	8,1%	7,9%	3,4%
(8) Apotekstillinger	3	3	3	2	-	0,0%	1	28,2%	0,0%	0,0%	23,9%
(9) Drifts/teknisk personell	1 506	1 504	1 501	1 462	14	1,0%	39	2,6%	8,6%	8,6%	1,1%
(10) Ambulansepersonell	490	486	484	466	16	3,3%	18	3,7%	2,8%	2,7%	3,6%
(11) Forskning	827	832	815	789	42	5,0%	27	3,3%	4,6%	4,6%	2,0%
(99) Ukjente	34	23	43	44	-11	-50,3%	-1	-1,7%	0,2%	0,3%	-14,4%
<b>SUM</b>	<b>17 647</b>	<b>17 774</b>	<b>17 560</b>	<b>17 063</b>	<b>593</b>	<b>3,3%</b>	<b>498</b>	<b>2,8%</b>	<b>100%</b>	<b>100,0%</b>	<b>1,7%</b>

## 4.4 Andel deltid per klinikk

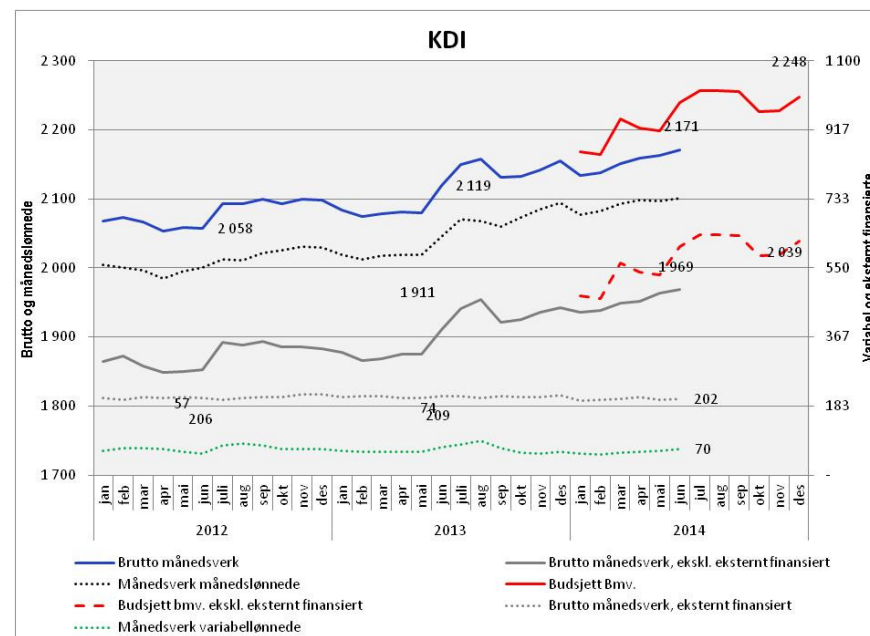
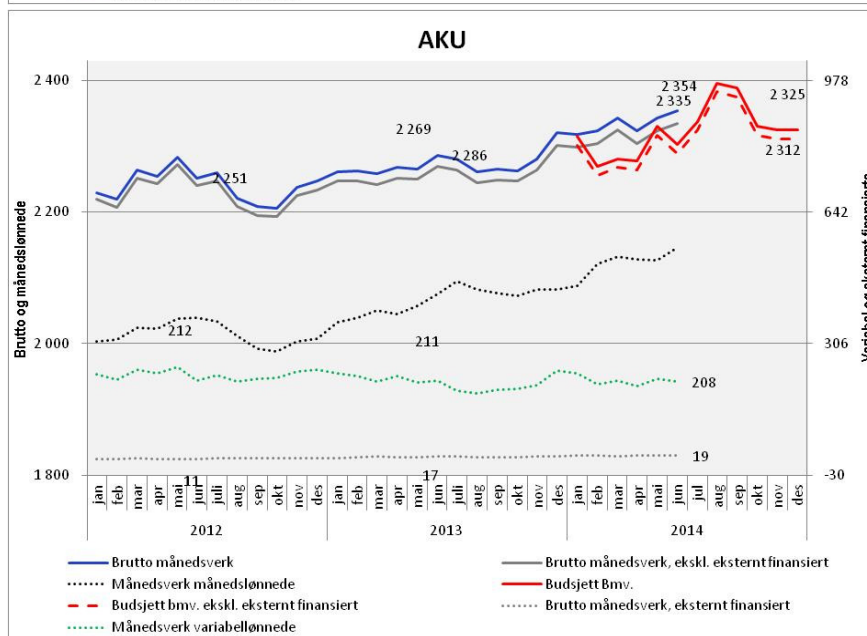
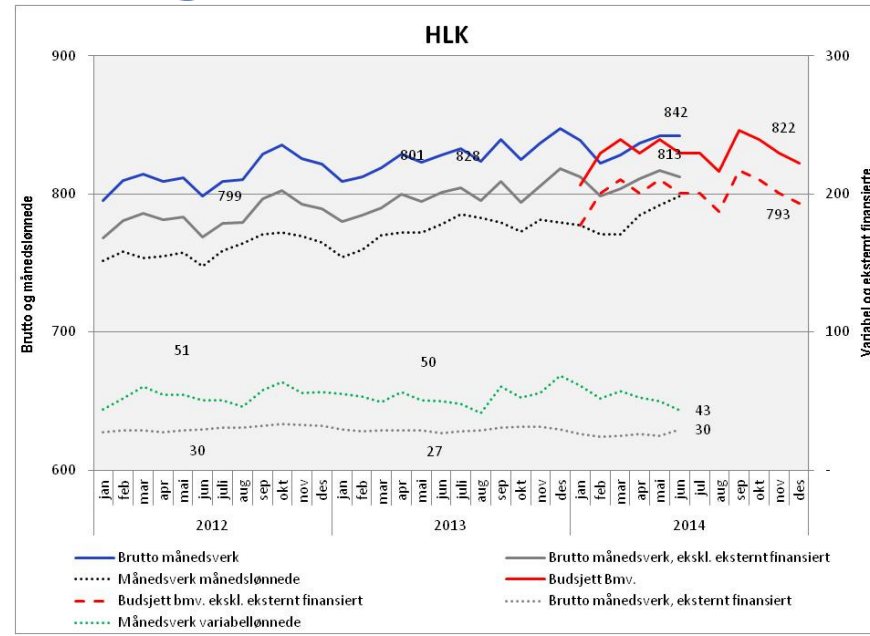
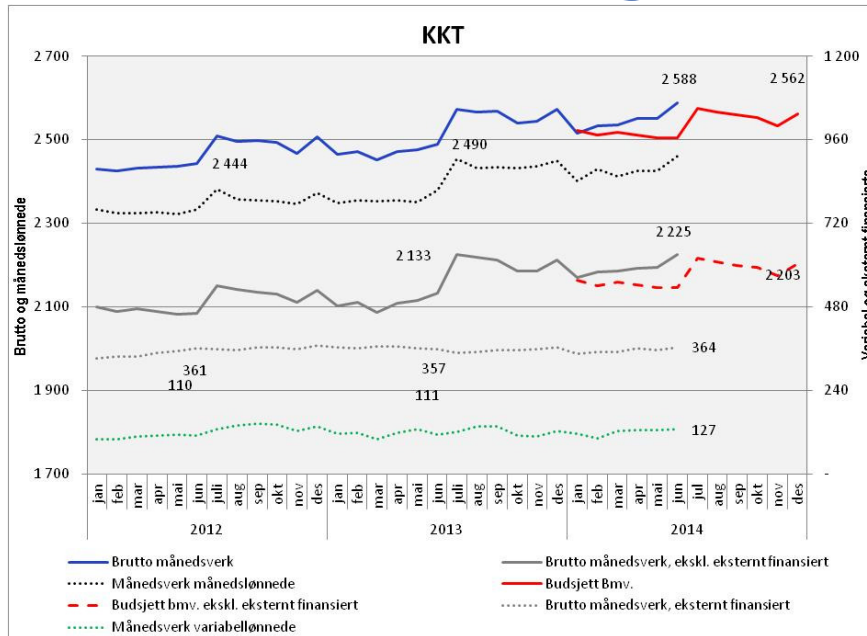
Deltid - fast ansatte - Totalt jun						
Klinikk	Antall ansatte	Hvorav deltid	Andel deltid	Gj.snittlig juridisk stillingsprosent	Korrigert andel deltid	Gj.snittlig korr. Stillingsprosent
PHA	3 160	513	16,2 %	93,2 %	15,8 %	94,1 %
MED	1 714	383	22,3 %	92,6 %	24,4 %	93,8 %
KKN	2 559	662	25,9 %	92,4 %	18,2 %	93,7 %
KVB	2 358	756	32,1 %	91,7 %	27,8 %	93,2 %
KKT	3 020	595	19,7 %	95,8 %	13,4 %	96,8 %
HLK	1 007	158	15,7 %	97,5 %	8,1 %	98,7 %
AKU	3 000	502	16,7 %	97,9 %	10,2 %	98,5 %
KDI	2 429	365	15,0 %	97,3 %	6,3 %	98,4 %
OSS	3 329	294	8,8 %	97,4 %	5,2 %	97,9 %
STAB	314	30	9,6 %	96,8 %	6,1 %	97,5 %
<b>OUS</b>	<b>22 227</b>	<b>4 107</b>	<b>18 %</b>	<b>95,7 %</b>	<b>13,9 %</b>	<b>96,7 %</b>



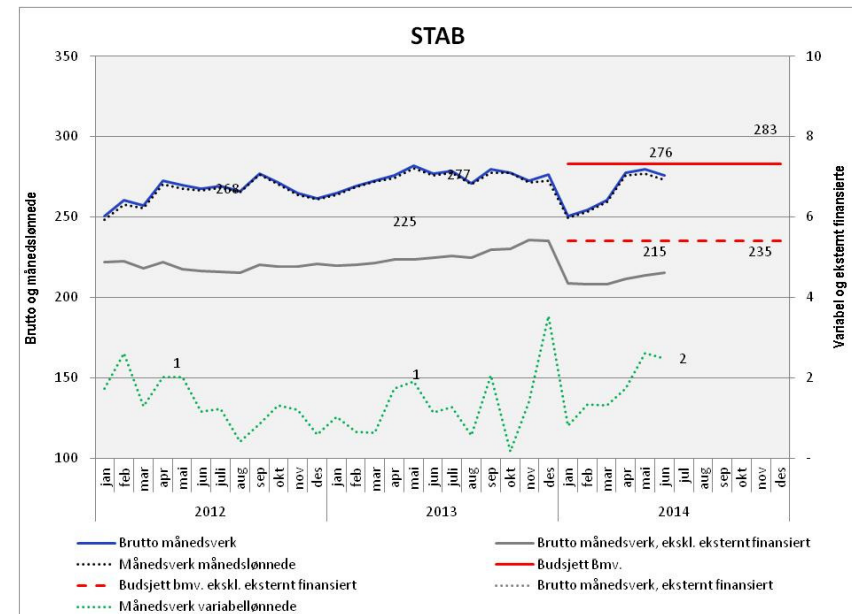
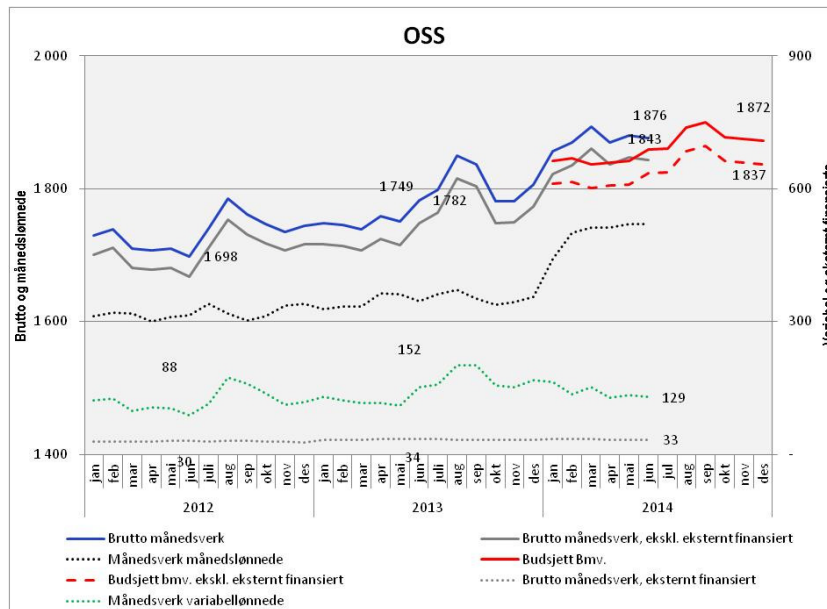
# 4.5 Bemanningsutvikling klinikk



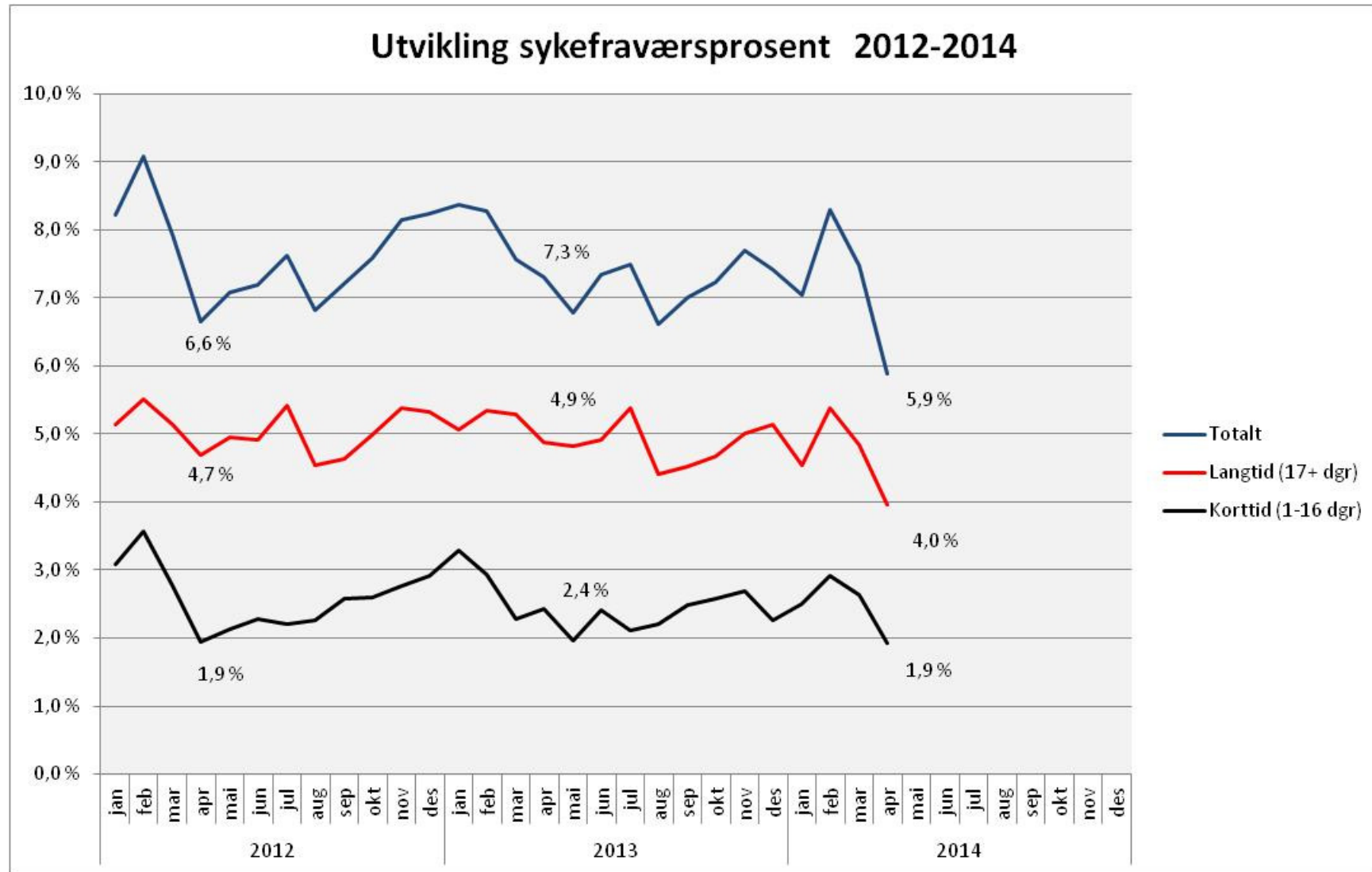
# 4.5 Bemanningsutvikling klinikk



# 4.5 Bemanningsutvikling klinikk



## 4.6 Sykefravær



## 4.7 Sykefravær per klinikk

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

# Definisjoner årsverksindikatorer

<b>Brutto månedsverk</b>	<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. <b>Ikke</b> 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>	
<b>Månedslønnede månedsverk</b>	<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 variabel lønnsinnsats (Overtid, ekstrahjelp, tillegg osv) Sum stillingsprosent/100 for de som lønnes på månedslønn og de som har fast utvidet arbeidstid. UTA-tid omregnes til årsverk. Nasjonal HR-indikator. Periode: Utbetalt eller opparbeidet
	<i>HR-kuben</i>	
<b>Variabel lønn månedsverk</b>	<i>Nasjonal definisjon</i>	Variabel lønn som <b>ikke</b> 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 variabel lønnsinnsats (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>	
<b>Netto månedsverk nasj. ind.</b>	<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. Brutto månedsverk minus alt fravær. Nasjonal HR-indikator. Periode: Utbetalt eller opparbeidet
	<i>HR-kuben</i>	
<b>Innleie månedsverk</b>	<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)
<b>Herav eksternt finansierte mv</b>	<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: 26. juni 2014

Saksbehandler: Visadministrerende direktør medisin, helsefag og utvikling

Vedlegg: Idéfaserapport; Idéfase OUS – Campus Oslo

---

### **SAK 35/2014 IDÉFASERAPPORT OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF**

#### **Forslag til vedtak:**

- 1. Styret tar rapport fra Idéfase OUS – Campus Oslo med de merknader som fremkom i møtet til orientering.*
- 2. Styret ber om at rapporten sendes ut på høring som angitt i saksfremlegget.*
- 3. Styret ber om at bearbeidet rapport med høringsuttalelser og en plan for videre arbeid legges frem for endelig behandling i styret etter at høringsrunden er avsluttet.*

Oslo, den 19. juni 2014

Bjørn Erikstein  
administrerende direktør

## 1. Sammendrag

En Idéfase er første planleggingstrinn i sykehusprosjekter og skal danne grunnlag for valg av utviklingsretning for sykehuset. Idéfase OUS – Campus Oslo har hatt et utbyggingsperspektiv fram til 2030 for etablering av ny bygningsmasse hvor det skal kunne drives moderne og kvalitetsmessig god pasientbehandling, forskning og utdanning i flere ti-år fremover.

De prosjektutløsende behovene er:

- Store deler av virksomheten foregår i dag i gammel 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
- Det forventes betydelig befolkningsvekst i årene fremover som vil kreve større kapasitet i Oslo uavhengig av hvilken sykehusstruktur som over tid velges. Dette vil også gjelde for regionale og nasjonale funksjoner som tilligger Oslo universitetssykehus.

Idéfase OUS – Campus Oslo er et stort prosjekt som foreslår en utvikling for Oslo universitetssykehus. I tillegg har prosjektet forsøkt å beskrive det potensial av muligheter som et sykehusprosjekt av denne størrelse kan gi for byen og samfunnet for øvrig. Prosjektet har ikke hatt som intensjon å finne løsninger for de totale kapasitetsutfordringer hovedstadsområdet står overfor de nærmeste årene. Det er imidlertid pekt på noen områder det vil være viktig å arbeide videre med. Prosjektet har lagt til grunn at dagens Oslo universitetssykehus videreføres organisatorisk.

Med bakgrunn i sykehusets strategi anbefaler prosjektet at sykehuset organiseres i en såkalt klyngemodell, det vil si organisering av sykehuset i tematiske sentra som deler felles infrastruktur.

Av alle utviklingsmulighetene som er vurdert, har Idéfase OUS – Campus Oslo konkludert med noen mulige hovedstrategier;

- To mulige hovedløsninger for samling av all aktiviteten i Oslo universitetssykehus på Gaustad (to fysiske alternativer hvor begge er skissert med to ulike virksomhetsmodeller), med en kostnadsramme på om lag 40-41 mrd.
- Samling av all aktivitet på Ullevål.
- Delt løsning mellom Ullevål og Gaustad (to varianter) med kostnadsramme på omlag 36-37 mrd.
- En rehabiliteringsstrategi (0-alternativ) med en kostnadsramme på om lag 20 mrd. kroner, som er svært utfordrende i byggeperioden og som gir store begrensninger for drift og organisering.

Styret inviteres i denne omgang til å gi foreløpige tilbakemeldinger og deretter planlegges det at rapporten legges ut på høring. Basert på høringsuttalelser og avklaringer med hensyn på dimensjonerende forutsetninger som forventes i løpet av høsten, vil det foreligge bedre grunnlag for å fremme de alternativer som bør



videreføres i neste fase. Styret vil da inviteres til å gjøre et valg av alternativer som skal legges til grunn for det videre arbeid.

## 2. Tidligere vedtak i styret på saken

Idéfasen bygger på en arealutviklingsplan og sykehusets fag- og virksomhetsstrategi.

Følgende tidligere vedtak er sentrale:

- Styret for Oslo universitetssykehus HF vedtok i styremøte 29. mars 2012 i sak 18/2012 at videre arbeid med utvikling av bygningsmassen i Oslo universitetssykehus skulle ta utgangspunkt i Arealutviklingsplan 2025. Videre ble det besluttet at fag- og virksomhetsstrategi for Oslo universitetssykehus skulle utgjøre det faglige grunnlaget for planleggingsarbeidet i Idefasen.
- Styret for Oslo universitetssykehus HF vedtok i styremøte 17. desember 2012 i sak 84/2012 strategi for Oslo universitetssykehus 2013-18.
- Styret for Oslo universitetssykehus HF vedtok i styremøte 17. desember 2012 i sak 85/2012 igangsettelse av samlet Idéfase for videre utvikling av sykehusets drift, areal og plassering. Styrets enstemmige vedtak var som følger:
  1. *Styret vedtar oppstart av samlet Idéfase for somatikk, psykisk helse og avhengighet i Oslo universitetssykehus.*
  2. *Styret ber om å bli holdt løpende orientert.*
- Styret i Helse Sørøst RHF ga i sitt møte den 14. mars 2013 i sak 020/2013 sin tilslutning til at idéfasearbeidet igangsettes. Det ble presisert at realisering vil kreve en trinnvis prosess som må tilpasses økonomiske rammebetingelser. Styrets enstemmige vedtak var som følger:
  1. *Det er etter styrets oppfatning i den fremlagte utviklingsplanen lagt et godt grunnlag for videreføring av arbeidet med utviklingen av Oslo universitetssykehus HF, herunder en videre utvikling av bygningsmassen. Styret gir sin tilslutning til at arbeidet videreføres i tråd med det som er skissert.*
  2. *Styret vil påpeke at det fremlagte mandatet for Idéfase beskriver en utvikling som er svært omfattende, med et innhold som omfatter byutvikling, utvikling relatert til Universitetet i Oslo og omfattende samferdselsrelaterte problemstillinger. Både planens omfang og tidshorizont er av en slik art at den må kunne sies å ligge på grensen av det som normalt vil være omfattet av en ordinær Idéfase. Styret legger til grunn at realisering og videre utvikling av Oslo universitetssykehus HF uansett vil kreve en trinnvis prosess med flere enkeltprosjekter som må planlegges innenfor en helhetlig ramme og retning. Det forutsettes at idefasemandater for enkeltprosjekter som foreslås på basis av dette arbeidet forelegges Helse Sør-Øst RHF før videre arbeid med slike prosjekter igangsettes, og at prosjektene tilpasses de økonomiske rammebetingelser.*
  3. *Styret ber Oslo universitetssykehus HF i sitt videre arbeid nøye vurdere hvordan utviklingsplan og idéfasearbeidet skal avstemmes i forhold til arbeidet med enkeltprosjekter, slik at det sikres et godt fundament for den videre utvikling av helseforetaket.*

4. *Styret forutsetter at det iverksettes nødvendige tiltak ved Oslo universitetssykehus HF for å oppfylle bygningsmessige lovkrav og for å opprettholde en forsvarlig drift inntil den endelige utbyggingen er fullført.*

### **3. Administrerende direktørs vurdering og anbefaling**

Utviklingen av Oslo universitetssykehus er et omfattende prosjekt, med involvering av og grensesnitt mot en rekke interessenter. Administrerende direktør konstaterer at mange har vært involvert i de prosesser som har foregått. Utover sykehusets egne ansatte som fagpersonell, tillitsvalgte, vernetjeneste og ledere, har Idéfase OUS – Campus Oslo hatt spesielt fokus på Universitetet i Oslo, høyskolene og etater fra Oslo kommune. Lovisenberg diakonale sykehus og Diakonhjemmet sykehus er også viktige samarbeidspartnere og har vært representert i arbeidsgruppene. Det er vesentlig for Oslo universitetssykehus at de utbyggingsløsninger som velges gir grunnlag for et godt samarbeid og mulighet for en samordnet og langsiktig utvikling mellom disse aktørene.

Mye av prosessen med Idéfase OUS – Campus Oslo har dreid seg om utviklingsmuligheter for Oslo universitetssykehus på lang sikt. Selv om det er sentralt for Oslo universitetssykehus å samle seg om et fremtidsbilde, vil administrerende direktør understreke at med de utfordringer Oslo universitetssykehus står overfor, er det like viktig å møte bygningsmessige vedlikeholdsbehov på kort sikt. Dette for å sikre best mulig kvalitet og faglighet på pasientbehandlingen og best mulig arbeidsmiljø for ansatte. I tillegg er det viktig at sykehuset i de nærmeste årene har tydelig fokus på kapasitet, kompetanse og organisering sett opp mot en betydelig vekst i befolkningen i hovedstadsområdet og gjennom den et forventet økt behov for spesialisthelsetjenester. En fastlagt utviklingsretning for Oslo universitetssykehus er imidlertid en vesentlig forutsetning for å sikre at de prosjektene som må gjennomføres i den nærmeste fremtid, vil komme til nytte også på lang sikt.

Administrerende direktør vil påpeke at Idéfase OUS – Campus Oslo viser at det ikke er noe alternativ å ikke gjøre noe. De alternativer som fremmes, inklusive 0-alternativet, innebærer alle at Oslo universitetssykehus står foran omfattende bygningsmessige prosjekter, samtidig som sykehuset i en lang periode må drifte i dagens bygningsmasse. Det er viktig for Oslo universitetssykehus at denne perioden blir kortest mulig. Vesentlige beløp må uansett investeres i nåværende bygningsmasse for å møte krav fra tilsynsmyndigheter og behovet fra sykehusdriften. Omfattende midlertidige tiltak er derfor inkludert i alle alternativer. Det blir viktig å begrense disse midlertidige tiltakene mest mulig. En godt planlagt etappevis utbygging vil kunne bidra til dette, men en slik planlegging forutsetter en avklaring med hensyn til en helhetsløsning.

Det er videre viktig å påpeke at rapporten viser at Oslo universitetssykehus kan redusere sitt arealbehov vesentlig dersom nybygg realiseres. Reduksjonen i arealbruk er beregnet til 200 000 – 300 000 kvm. Nybyggsandelen av prosjektet utgjør i størrelsesorden 400 000 kvm og omfatter da bygningsmasse til både psykisk helse og avhengighet, somatikk og FOU/universitetsfunksjoner. Av dette er ca 300 000 kvm knyttet til ny bygningsmasse for somatisk sykehusdrift og i overkant av 50 000 kvm knyttet til psykisk helse og avhengighet. Arealbehovet kan ytterligere reduseres med om lag 50 000 kvm

dersom ny oppgavedeling i hovedstadsområdet legges til grunn. Til sammenlikning bygges det 330 000 kvm ved Karolinska sjukhuset i Stockholm i tillegg til noe eksisterende bygningsmasse (barnesykehus og klinisk laboratoriebygg) og 250 000 kvm ved Skejby i Danmark for å samle sykehuset på ca 400 000 kvm. En idéfase for nytt sykehus i Stavanger viser et arealbehov på om lag 250 000 kvm.

Administrerende direktør er opptatt av at det planlegges for helhetlige og tverrfaglige pasientforløp i fremtiden. Prosjektet anbefaler med bakgrunn i sykehusets strategi at Oslo universitetssykehus i fremtiden legger til grunn en såkalt klyngemodell, det vil si organisering i tematiske sentra som deler felles infrastruktur. Dette vil sikre at pasienten settes i sentrum og at fagfolk møter opp der pasienten er for å sikre tverrfaglig god tilnærming til diagnostikk og behandling. Samtidig legger prosjektet tilrette for en sterkt økende befolkning.

Idéfase OUS – Campus Oslo er et prosjekt som ikke bare foreslår en tilpasset utvikling av et Oslo universitetssykehus, men som også søker å synliggjøre det potensial av muligheter som et sykehusprosjekt av denne størrelse kan gi for by og samfunnet for øvrig. Administrerende direktør konstaterer at de foreslåtte løsninger skiller seg noe i kostnad, men betydelig mer i en vurdering av de samfunnsnyttige muligheter. Ikke bare Universitetet i Oslo og Oslo kommune, men øvrige aktører vil kunne se muligheter i en utvikling som kan bety mye for så vel storsamfunn som lokalsamfunn. Fra prosjektets side har man forsøkt å tenke bredt, men løsningene tar i første rekke hensyn til pasientenes og sykehusets behov. I et større samfunnsperspektiv vil andre aktører kunne gi viktige tilbakemeldinger både om kapasitet, organisering og løsninger og høringsrunden bør derfor invitere bredt med god tid til tilbakemeldinger.

Med dette som bakgrunn er rapporten fra Idéfase OUS – Campus Oslo i denne omgang ikke konkluderende, men viser styrker og svakheter ved alle alternativer. En omfattende høringsrunde forventes å gi en bedre forankring og grunnlag for videreføring av prosessen.

#### **4. Faktabeskrivelse**

For faktabeskrivelse av Idéfase OUS – Campus Oslo henvises det til sammendraget i rapporten.

Arbeidet er utført av en prosjektgruppe ledet av Oslo universitetssykehus HF og med deltakere både fra sykehuset og eksterne spesialistmiljøer. Prosjektgruppen har vært underlagt en styringsgruppe med representanter fra sykehusets ledelse, Helse Sør-Øst RHF, Universitetet i Oslo og Oslo kommune samt fra brukerutvalget, tillitsvalgte og vernetjenesten ved Oslo universitetssykehus. I tillegg til prosjektgruppen, har en rekke eksterne fagmiljøer utført utredninger av spesifikke temaer.

I henhold til Veileder for tidligfase planlegging i sykehusprosjekter, skal det tenkes bredt for å sikre at alle reelle og alternative utviklingsveier utredes og vurderes. Mandatet fra styret forutsatte at prosjektet skulle utrede alternativer basert på fortsatt bruk av dagens bygningsmasse, samlokalisering i enten

Gaustad-/Rikshospital-området eller Ullevål-området, eller deling av aktiviteten mellom disse to hovedlokaliseringene.

Gjennom Idéfase OUS – Campus Oslo er det utredet og evaluert alternative virksomhetsmodeller og alternative fysiske løsninger, i alt 7 forskjellige løsninger i tillegg til 0-alternativet. Disse er tydelig omtalt og evaluert i rapporten.

Utbyggingen av Oslo universitetssykehus blir uansett et omfattende prosjekt som kommer til å pågå over mange år. Det vil være nødvendig å dele opp prosjektet i etapper eller utbyggingstrinn som blir organisert og styrt som delprosjekter - samtidig eller i sekvens. Før man kan starte en etappevis planlegging og utbygging må det fastlegges hvilket helhetlig konsept og løsningsforslag som skal realiseres.

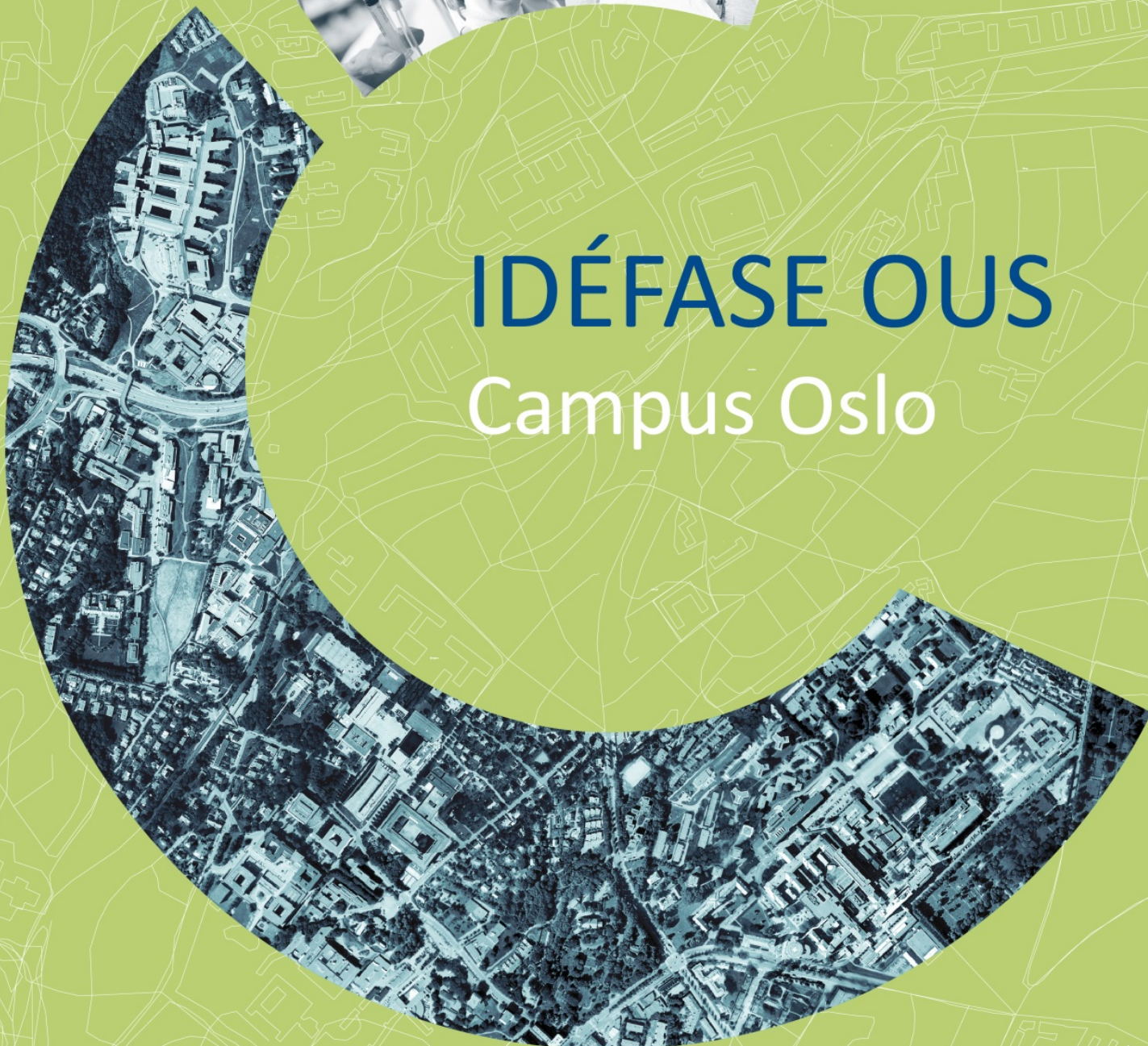
Det legges nå opp til en omfattende høringsrunde hvor Oslo universitetssykehus HF ønsker innspill på hvilke hovedalternativer som bør videreføres i neste fase. Det vil også bli anledning til å kommentere og gi innspill til hele rapporten, inklusive eventuelle forhold som ikke er tilstrekkelig belyst. På grunnlag av høring og avklaringer av dimensjonerende forutsetninger i løpet av høsten 2014, forventes det et tilstrekkelig grunnlag til å fremme en anbefaling til styret om den videre utviklingsretning for Oslo universitetssykehus. Ved en videreføring av to til tre hovedalternativer sammen med 0-alternativet kan man i neste fase arbeide videre med tanke på en endelig anbefaling om lokalisering (samlet eller delt), fysisk løsning og virksomhetsmodell.





# IDÉFASE OUS

## Campus Oslo







Bildekreditering for forside fra venstre:  
Cellegift - Fotograf: Thea Tonnesen  
Telemetri - Fotograf: Thea Tonnesen  
CT - Fotograf: Katrine Lunke Apeland

## Prosjektinformasjon

<b>Prosjekt</b>	Idéfase OUS – Campus Oslo
<b>Fase</b>	Idéfase
<b>Prosjekteier</b>	Administrerende direktør Oslo universitetssykehus, Bjørn Erikstein
<b>Prosjektansvarlig</b>	Prosjektleder Nils Hjorthol

## Dokumentinformasjon

<b>Tittel</b>	Idéfase OUS – Campus Oslo Idéfaserapport			
<b>Beskrivelse</b>	Rapporten omfatter utredning av behovet for kapasitetsøkning og forbedret driftssituasjon ved Oslo universitetssykehus frem til 2030 og beskriver alternative løsningsmuligheter for virksomhet og bygninger			
<b>Dokumentets plass i strukturen</b>	<b>Hoveddokument (Ja/nei)</b>	<b>Vedlegg (Ja/Nei)</b>	<b>Tilgjengelighet</b>	
	Ja	Nei	Åpen	
<b>Versjon</b>	<b>Dato</b>	<b>Forfatter</b>	<b>Årsak</b>	<b>Kapittel berørt</b>
1.0	19.6.2014		Utgitt til høring	

## Godkjenning

<b>Versjon</b>	<b>Dato</b>	<b>Godkjent av</b>	<b>Kommentarer</b>
1.0	19.6.2014	NH	Høringsutgave





## Forord

Denne rapporten sammenfatter arbeidet med en idéfase for utviklingen av Oslo universitetssykehus HF. En idéfase er det første planleggingstrinn i et sykehusprosjekt og skal danne grunnlag for valg av utviklingsretning for sykehuset. Idéfase OUS - Campus Oslo foreslår etappevis oppføring av nye sykehusbygg fram til 2030 hvilket vil legge et godt grunnlag for moderne og kvalitetsmessig god pasientbehandling, forskning, utdanning og sunn økonomisk drift de neste 50 år.

Arbeidet med idéfasen er utført av en prosjektgruppe ledet av Oslo universitetssykehus og med deltakere både fra sykehuset og eksterne spesialistmiljøer. Prosjektgruppen har vært underlagt en styringsgruppe med representanter fra sykehusets ledelse, Helse Sør-Øst RHF, Universitetet i Oslo og Oslo kommune samt brukerutvalg, tillitsvalgte og vernetjeneste ved Oslo universitetssykehus. I tillegg til prosjektgruppen har eksterne fagmiljøer bistått med utredning av spesifikke temaer. Arbeidet er utført med god involvering av medarbeidere og brukere og med forankring av løsningsforslag på ledernivå.

Utviklingen av Oslo universitetssykehus er et omfattende prosjekt som vil berøre en rekke interessenter. Universitetet i Oslo er en svært sentral samarbeidspartner for Oslo universitetssykehus. Det er derfor viktig å sikre at sykehusets og universitetets planer for langsiktig utvikling er samordnet og at de utbyggingsløsninger som blir valgt gir det best mulige grunnlag for et nært samarbeid. Videre er det viktig at planen er avstemt med Oslo kommunes behov, både med hensyn til helserelatert virksomhet og byutvikling. Det er vår forhåpning at rapporten skal ivareta disse aspektene og at den skal legge grunnlag for en prosess som skal lede frem til et framtidsrettet sykehus til nytte for pasientene, medarbeiderne, byen og samfunnet forøvrig.

Rapporten sendes ut på høring med frist for kommentarer 1. november 2014 og vil bli endelig ferdigstilt etter høringsperioden etterfulgt av formell godkjenning av styret for Oslo universitetssykehus.

Bjørn Erikstein

Administrerende direktør

# Innhold

<b>Forord</b> .....	<b>5</b>
<b>1 Rapportens hovedpunkter</b> .....	<b>9</b>
<b>2 Sammendrag</b> .....	<b>11</b>
2.1 Bakgrunn .....	11
2.2 Mandat og gjennomføring .....	13
2.3 Virksomhetsbeskrivelse .....	14
2.4 Dimensjonering .....	17
2.5 Bygningsmasse, fysiske løsningsalternativer og byutvikling .....	18
2.6 0-alternativet .....	28
2.7 Økonomi .....	28
2.8 Vurdering av alternativer .....	32
2.9 Plan for videre arbeid .....	34
<b>3 Bakgrunn, mandat og arbeidsprosess</b> .....	<b>35</b>
3.1 Bakgrunn, hensikt og hovedkonsept .....	35
3.2 Behovsanalyse .....	35
3.3 Mål for Idéfase OUS – Campus Oslo .....	40
3.4 Mandat og rammer for Idéfase OUS – Campus Oslo .....	41
3.5 Organisering og medvirkning .....	42
3.6 Aktiviteter i idéfasen .....	44
3.7 Kvalitetssikring .....	45
3.8 ROS-analyse .....	45
3.9 Referanseprosjekter .....	45
<b>4 Virksomhetsbeskrivelse</b> .....	<b>47</b>
4.1 Utgangspunkt i Strategi 2013–18 og Arealutviklingsplan 2025 .....	47
4.2 Nasjonale og regionale føringer .....	47
4.3 Hovedtrekk i dagens virksomhet .....	48
4.4 Utvikling av kjernevirksomheten .....	56
4.5 Forskning, innovasjon, næringsutvikling og utdanning .....	63
4.6 Befolkningsutvikling .....	67
4.7 Effektivisering og omstilling .....	72
4.8 Utnyttelsesgrader .....	74
4.9 Virksomhetsalternativer .....	76
<b>5 Arealbehov</b> .....	<b>93</b>
5.1 Oppsummering dimensjonerende forutsetninger .....	93
5.2 Arealdefinisjoner, brutto- og nettoareal .....	93
5.3 Arealstandarder .....	93
5.4 Arealbehov pr. hovedfunksjon .....	95
5.5 Samlet arealbehov og potensial for arealreduksjon .....	96
5.6 Arealbehov relatert til virksomhetsmodeller .....	96
<b>6 Lokalisering, tomtevalg og byutvikling</b> .....	<b>105</b>
6.1 Utviklingsperspektiv .....	105
6.2 Eiendomsforhold .....	105
6.3 Eksisterende bygningsmasse og teknisk infrastruktur .....	107
6.4 Byutvikling, regulering og annen kommunal planlegging .....	111
6.5 Idésøk og mulighetsstudier .....	111
6.6 Teknisk og trafikal infrastruktur .....	111
6.7 Avgrensning av muligheter, grovanalyse .....	113

6.8	Scenarioene og løsningsvarianter innenfor disse .....	113
6.9	Aktuelle løsningsforslag.....	124
6.10	Etappevis utbygging .....	132
6.11	Byutvikling .....	134
6.12	Utvikling av frigitte sykehusområder .....	141
<b>7</b>	<b>0-alternativet og øvrige investeringsbehov .....</b>	<b>143</b>
7.1	Definisjon av 0-alternativet .....	143
7.2	Referanse til offentlige veiledere og vedtak .....	143
7.3	Beskrivelse av tiltak i 0-alternativet .....	144
7.4	Beskrivelse av tiltak ved de ulike lokalisasjoner.....	147
<b>8</b>	<b>Økonomi.....</b>	<b>151</b>
8.1	Investeringskostnader .....	151
8.2	Tidsaspekter og etapper.....	155
8.3	Driftsøkonomi.....	155
8.4	Gevinstrealisering.....	160
8.5	Realisering av verdier .....	161
8.6	Nåverdiberegning av alternativene.....	162
8.7	Økonomisk bæreevne .....	164
8.8	Rangering av alternativene hensyntatt deres innvirkning på helseforetakets økonomi ..	169
8.9	Finansiering .....	171
8.10	Alternative modeller for finansiering .....	171
8.11	Samfunnsøkonomisk vurdering av faktorer som ikke er fanget opp under prosjekt- og helseforetaksperspektivet.....	172
<b>9</b>	<b>Evaluering av alternativ .....</b>	<b>177</b>
9.1	Gjennomføring av evalueringen.....	177
9.2	Kvalitativ vurdering .....	178
9.3	Økonomisk evaluering.....	184
9.4	Samlet økonomisk og kvalitativ evaluering.....	185
<b>10</b>	<b>Plan for neste fase .....</b>	<b>187</b>
10.1	Arbeidet i Idéfase OUS – Campus Oslo.....	187
10.2	Helhetlig planlegging og etappevis utbygging.....	187
10.3	Avhengighet til andre planprosesser.....	188
<b>11</b>	<b>Vedlegg .....</b>	<b>191</b>
11.1	Oversikt utarbeidete vedlegg .....	191
11.2	Oversikt figurer og diagrammer .....	192
11.3	Oversikt Tabeller .....	193



## 1 Rapportens hovedpunkter

Etter forutgående beslutning i styret i Oslo universitetssykehus (OUS) har idéfaseprojektet utredet alternative organiseringer og plasseringer av virksomheten i sykehuset.

De prosjektutløsende årsakene har vært:

- Store deler av virksomheten foregår i dag i gammel bygningsmasse av til dels svært dårlig kvalitet.
- Sykehuset har behov for å slå sammen likeartet aktivitet for å sikre bedre kvalitet og effektivitet i pasientbehandlingen.
- Det forventes betydelig befolkningsvekst i årene fremover.

Idéfasemandatet fra styret forutsatte at prosjektet skulle utrede følgende alternativer: Fortsatt bruk av dagens bygningsmasse, samling av virksomheten på Gaustad/Rikshospitalet, samling av virksomheten på Ullevål eller deling av virksomheten mellom disse to hovedlokalitetene.

Behovet for ny eller oppgradert bygningsmasse i OUS er så omfattende at selv det å oppgradere eksisterende bygg vil representere et stort utviklingsprosjekt for sykehuset. Virksomhetsmessig anbefaler prosjektet, med bakgrunn i sykehusets strategi, at en såkalt klyngemodell legges til grunn for fremtidig arealutvikling. I klyngemodellen deler tematiske sentra på tung infrastruktur som befinner seg sentralt i sykehuset. Dette innebærer at det meste av virksomheten samles på ett geografisk sted.

Omfanget av den aktuelle sykehusutbyggingen er omfattende og vil dermed påvirke byutviklingen i Oslo, dels der hvor de nye byggene vil bli lokalisert og dels ved det potensialet som arealene som etterhvert kan fraflyttes representerer. Også nabokommunene Asker og Bærum vil bli berørt.

Dersom gamle og nedslitte bygg skal erstattes med ny bygningsmasse, har prosjektet kommet fram til i alt seks ulike løsninger for framtidig lokalisering og strukturering av hoveddelen av virksomheten i OUS. Alle de seks løsningene omfatter fortsatt bruk av Rikshospitalets sykehusanlegg og kombinerer dette enten med samling av nye bygg på Gaustad eller på Ullevål. Det anbefales ikke å gå videre med et syvende alternativ som innebærer fraflytting fra Rikshospitalet med samling av hoveddelen av virksomheten på Ullevål selv om det fremgår av rapporten at dette er mulig å gjennomføre.

Alle løsningsalternativene innebærer at det samlede arealet i Oslo universitetssykehus HF kan reduseres vesentlig, til tross for at det er lagt til grunn at sykehuset skal dekke det medisinske behovet for en voksende befolkning. Det blir pekt på at Oslo universitetssykehus ikke vil være alene om å dekke hele det økende behovet for sykehustjenester i Oslo. Planlagte utbygginger ved Diakonhjemmet og Lovisenberg Diakonale sykehus vil bidra til å møte kapasitetsutfordringene. Rapporten viser at under rimelige forutsetninger, vil Oslo universitetssykehus kunne håndtere de økte kapitalkostnadene de store utbyggingsalternativene vil representere. Unntaket vil være en omfattende oppgradering av eksisterende bygningsmasse (det såkalte 0-alternativet) fordi det da ikke vil kunne oppnås de samme effektiviseringsgevinstene som i de øvrige alternativene. Rapporten viser videre at alternativene som innebærer nybygg, har bedre langsiktig økonomisk bæreevne enn å oppgradere den nåværende bygningsmassen.

Oppføring av nye sykehusbygg vil kunne gjennomføres i etapper i årene fram mot 2030. Etter hvert som etappene fullføres og de nye arealene blir tatt i bruk, vil Oslo universitetssykehus kunne avvikle bruken av sine dårligste arealer - enten ved direkte innflytting i nye bygg eller ved interne rokader. Nyere bygningsmasse vil, uansett hvilket løsningsalternativ som blir valgt, måtte benyttes i mange år framover - også utenfor området(-ene) hvor sykehusets hovedlokalisering vil være. Endelig framdrift og etappevis plan vil fastlegges i senere faser av arbeidet med utviklingen av Oslo universitetssykehus.



## 2 Sammendrag

### 2.1 Bakgrunn

#### Hovedutfordringene ved Oslo universitetssykehus

Norges største medisinske og helsefaglige miljø ble etablert ved fusjon av universitetssykehusene i Oslo i 2009. Oslo universitetssykehus HF (OUS) er landets største og mest komplette sykehus med 23 000 ansatte og et årlig driftsbudsjett på over 20 mrd. kroner. Oslo universitetssykehus er lokal- og områdesykehus for store deler av Oslo og er samtidig regionssykehus for helseregion Sør-Øst og har nasjonale oppgaver innen spesialisert medisin. Oslo universitetssykehus er landets ledende universitetssykehus med omfattende utdanningsvirksomhet og internasjonalt anerkjente forskningsmiljøer.

Det er primært tre behov som medfører at Oslo universitetssykehus trenger nye sykehusbygg:

- Store deler av virksomheten foregår i bygningsmasse som er gammel, uhensiktsmessig og i dårlig, til dels meget dårlig, stand, hvilket krever tiltak for å sikre avansert medisinsk virksomhet og for å kunne følge den medisinske og teknologiske utviklingen. Bygningsmassen gir dårlige forhold for både pasienter og ansatte samt unødig stort areal som er ineffektivt og kostnadsdrivende.
- En sammenslåing av likartede aktiviteter er nødvendig for å oppnå bedre kvalitet og effektivitet i pasientbehandlingen samt gi sunn økonomisk drift.
- Det forventes en betydelig befolkningsvekst i Oslo og tilstøtende deler av regionen.

Det fusjonerte sykehuset har sin drift fordelt på mer enn 40 ulike adresser. Dersom en ser bort fra Rikshospitalet på Gaustad, har bygningsmassen en snittalder på nærmere 60 år, mens landsgjennomsnittet for sykehus ligger på 40 år. Fredet bygningsmasse utgjør hele 270 000 kvm av et samlet areal på ca. 1 000 000 kvm. En tilstandsanalyse utarbeidet for Helse Sør-Øst RHF i 2011 konkluderte med at 55 % av bygningsmassen til Oslo universitetssykehus er i utilfredsstillende eller svært dårlig teknisk stand. Dårlig bygningsmasse har medført en rekke pålegg fra ulike tilsyn knyttet til arbeidsmiljø og brannsikring, og det gjennomføres omfattende tiltak for å imøtekomme og forebygge pålegg.

Det er viktig å understreke at Oslo universitetssykehus HF må benytte relativt nye bygg i lang tid, og samtidig oppgradere gammel bygningsmasse for å sikre forsvarlighet frem til nye bygg kan tas i bruk. Oppgradering av gammel bygningsmasse må gjøres på mest mulig kostnadseffektiv måte. Oslo universitetssykehus HF står således i en situasjon hvor omfattende bygningsmessige og arealmessige tiltak uansett må gjennomføres.

På denne bakgrunn er det startet et planleggingsarbeid med et perspektiv fram mot 2030, der første trinn er en idéfase for å fremskaffe alternative løsningsmuligheter for både organisering av virksomheten og utvikling av egnet bygningsmasse.

#### Gode og effektive helsetjenester

Oslo universitetssykehus har aktivitet ved mange ulike lokaliteter. Av 83 avdelinger i sykehuset, hadde 51 virksomhet ved mer enn en lokalitet ved utgangen av 2013, og hele 35 avdelinger hadde drift tre eller flere steder. Flertallet av avdelingene hadde døgnkontinuerlig drift og behov for kostnadsdrivende beredskap og vaktlag mer enn ett sted. Delt virksomhet medfører ledelsesutfordringer. Samtidig er tversgående avdelinger viktige for å sikre likeverdig helsetilbud og god utnyttelse av kapasitet. Totalt sett tilsier dette et behov for samling av aktivitet for å sikre god og effektiv pasientbehandling.

Sykehusets strategi slår 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. For å kunne flytte sammen likeartede funksjoner i tråd med sykehusets strategi, vil det være behov for mer areal der funksjonene skal samles. Videre krever nesten all omfordeling av funksjoner bygningsmessige tilpasninger. Med et utgangspunkt i dagen situasjon, med aktivitet i nesten 200 bygninger, er en slik oppgave svært omfattende. Gjennom samling i nye bygg kan det legges bedre til rette for framtidsrettede behandlingsformer, med økt dagbehandling og poliklinikk, bedre smittevern, utnyttelse av ny medisinsk teknologi, IKT- og e-Helse-løsninger samt mer effektiv logistikk og pasientflyt.

### **Integrasjon mellom pasientbehandling, forskning, utdanning og innovasjon**

Pasientbehandling, forskning, innovasjon og utdanning er og skal fortsatt være tett integrert i Oslo universitetssykehus. Universitetssykehusets oppgaver knyttet til forskning og utvikling, utdanning og innovasjon løses i tett og forpliktende samarbeid med Universitetet i Oslo, høgskoler og andre relevante samarbeidspartnere. Potensialet i et slikt samarbeid er betydelig. Forskningsvirksomheten i Oslo universitetssykehus representerer mer enn 50 % av all medisinsk og helsefaglig forskning i norske helseforetak. Universitetet i Oslo er nærmeste samarbeidspartner, og forskningsgrupper, -arealer og -infrastruktur er tett integrert mellom de to institusjonene. Planlegging av nye sykehusbygg, storbylegevakt og livsvitenskapsbygg skjer så nære hverandre i tid og sted at det gir en unik mulighet til å samordne løsninger. Utvikling av Universitetet i Oslo i retning av Gaustad ville gi spesielt gode muligheter for samlokalisering av likeartet virksomhet dersom Oslo universitetssykehus velger en løsning med tyngdepunkt i Gaustad-området.

Videreutvikling av medisinsk teknologi vil gjøre framtidig utstyr automatisert og/eller mer effektivt, samtidig som funksjonaliteten bedres og utstyret blir mindre kostbart. Det er ikke like klart hvilke nye teknologier som vil ha størst betydning for helsetjenester i 2030, men mye tyder på at nye IKT-løsninger, sensorteknologi, bioteknologi (inkl. kartlegging av *genomet*) og nanoteknologi om få år vil utløse nye muligheter som vil endre helsevesenet og gi pasienter et bedre behandlingstilbud.

### **Befolkningsutvikling**

Prognoser for befolkningsutviklingen i Oslo og omegn viser en sterk vekst fram til 2030. I Oslo anslås økningen til å bli på over 180.000 innbyggere (30 %) som er en vesentlig høyere økning enn landsgjennomsnittet. I tillegg forventes det at befolkningen i Akershus og Vestre Viken sykehusområder kommer til å øke om lag like mye, både prosentvis og nominelt, noe som har stor betydning for antall gjestepasienter (gjennom fritt sykehusvalg) og for bruk av Oslo universitetssykehus som regionsykehus og som sykehus med nasjonale funksjoner.

Befolkningsutviklingen vil preges av flere eldre. Andelen eldre over 80 år er beregnet å øke med om lag 60 % fram til 2030 (100 % fram til 2040). De eldre har et høyere forbruk av helsetjenester enn befolkningen for øvrig. Utviklingen vil trolig preges av flere friske eldre, men også av flere syke eldre, eldre med kreft og sammensatte lidelser.

Økningen i antall ikke-vestlige innvandrere vil trolig fortsette, og det samme vil forekomsten av livsstilssykdommer. Begge deler vil påvirke forbruket av helsetjenester.



## 2.2 Mandat og gjennomføring

### 2.2.1 Mandat

Med grunnlag i mandat for idéfasen er det identifisert og utredet alternative løsninger for samlokalisering av sykehusets virksomhet. I henhold til *Veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter*<sup>1</sup> skal det tenkes bredt for å sikre at alle reelle og alternative utviklingsveier utredes og vurderes. Styret i Oslo universitetssykehus har i henhold til mandatet spesielt bedt om at følgende scenarier utredes:

- 0-alternativet: Dagens virksomhet opprettholdes i dagens bygg til en lavest mulig oppgraderingskostnad. 0-alternativet skal framstilles 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.

I tillegg til å foreslå en utviklingsretning for sykehusets virksomhet, skal idéfaseutredningen peke på mulig plassering av Storbylegevakten i nærheten av sykehuset. Det skal også sees på muligheter for omfordeling av oppgaver mellom Oslo universitetssykehus, Oslo kommune og de private ideelle sykehusene i Oslo. Forslagene skal ta utgangspunkt i faglige hensyn og føringer fra OUS Strategi 2013-18. Arbeidet skal koordineres med Helse Sør-Østs parallelle prosess for vurdering av fremtidig funksjonsfordeling og kapasitetsbehov i hovedstadsområdet, og med de øvrige virksomhetseierne.

Idéfaseen har ikke hatt som oppgave å foreslå tiltak som måtte være påkrevet i et kortsiktig perspektiv (3-10 år).

### 2.2.2 Gjennomføring

Arbeidet med idéfasen er utført av en prosjektgruppe under ledelse av prosjektdirektør fra Oslo universitetssykehus. Prosjektgruppen for øvrig har bestått av medarbeidere fra Oslo universitetssykehus og innleide ressurser. I tillegg til prosjektgruppen har både interne og eksterne ressurser bidratt innenfor ulike deler av prosjektet, inkludert kvalitetssikringen av arbeidet. Prosjektet er gjennomført med involvering av brukerutvalg, ungdomsråd, tillitsvalgte og vernetjeneste samt av eksterne samarbeidspartnere som Universitetet i Oslo, Helseetaten i Oslo kommune, de private ideelle sykehusene i Oslo og Helse Sør-Øst.

Arbeidet med idéfasen bygger på *Strategi for Oslo universitetssykehus 2013-18*, og på oppdaterte forutsetninger fra *Arealutviklingsplan 2025*<sup>2</sup>. Etter omfattende idésøk er ulike driftsmodeller for virksomheten og alternative fysiske løsninger identifisert og utredet på overordnet nivå. Deretter er alternativene sammenlignet med hensyn til ivaretagelse av behov, mål, kapasitet og økonomi.

---

1 Veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter, Helsedirektoratet 12/2011

2 Arealutviklingsplan 2025, desember 2011

## 2.3 Virksomhetsbeskrivelse

### 2.3.1 Virksomhetsmodeller

Pasientenes behov skal være førende for virksomhetens struktur og innhold i Oslo universitetssykehus. Gode og forutsigbare pasientforløp skal ligge til grunn for valg av virksomhetsmodell. Den medisinske utvikling medfører en stadig økende grad av spesialisering, hvilket tilsier et økende behov for tverrfaglig samarbeid. I dag involverer de fleste pasientforløp flere medisinske spesialiteter, og det er behov for samling av det tverrfaglige miljøet som utreder og behandler de ulike pasientgruppene. Utviklingen innebærer at etablering av frittstående sykehus for enkelte diagnosegrupper er lite forenlig med helhetlige pasientforløp, grunnet behovet for tilgang til medisinsk kompetanse innen andre fagområder og ikke minst knyttet til tilgang til medisinsk infrastruktur som for eksempel intensivmedisin. Framtidens sykehus må således ha bygningsmessige og tekniske løsninger som legger til rette for samarbeid om pasientforløp på tvers av spesialiteter og yrkesgrupper i sykehuset. Samarbeid på tvers av funksjonsnivåer i helsetjenesten er også viktig for å gi bedre sammenheng i pasientforløpene. Samtidig vil nye samarbeidskonstellasjoner ha positive effekter på forskning og innovasjon. Ny og fleksibel bygningsmasse med moderne teknisk infrastruktur må til dersom Norges største universitetssykehus skal kunne utvikle seg videre som ledende akademisk senter innen forskning, utdanning og innovasjon. Nye samarbeidsformer, medisinske tilbud og teknologiske nyvinninger er også nødvendig dersom Oslo universitetssykehus skal bli i stand til å møte fremtidens befolkningsvekst og bemanningsutfordringer.

Store deler av Oslo universitetssykehus sin virksomhet drives i bygningsmasse som er i så dårlig forfatning at det er vanskelig å drive god pasientomsorg. Kombinert med at virksomheten er svært spredt, medfører dette både kostbar drift og utfordringer med hensyn til kompetansedeling og -utvikling.

Overgang fra døgn- til dagbehandling, reduksjon i liggetid og effekten av nye IKT- og eHelse-løsninger er de omstillingsfaktorene som er tillagt størst vekt i utredningen. Nye elektroniske måter å samhandle på har trolig et større potensial enn det som er lagt inn i dimensjoneringsberegningene, men tidspunktet for realisering av effekt er usikkert. Dette henger sammen med at utøvelse av såkalt "desktop-medisin" forutsetter avklaring av juridiske, inntektsmessige og dokumentasjonsmessige forhold samt tilretteleggelse fysisk og tidsmessig for leger og sykepleiere.

Oslo universitetssykehus er Norges mest komplette sykehus. Samling av det meste av virksomheten ved én lokalitet ville gi best mulighet til å oppfylle de strategiske målene for sykehuset. Et samlet sykehus vil legge forholdene til rette for helhetlige pasientforløp og for alle tenkelige tverrfaglige konstellasjoner og faglig og forskningsmessig samarbeid. Forsknings- og utdanningsmessig vil et samlet sykehus kunne tilby et pasientgrunnlag som spenner fra folkesykdommer til sjeldne syndromer. Dette gir godt grunnlag for forskning og utdanning. Samling av alle funksjoner ved en lokalitet ville dessuten kunne gi stordriftsfordeler innen mange områder.

Flere deler av virksomheten innen så vel somatikk som psykisk helse og avhengighet kan og bør plasseres andre steder enn øvrig virksomhet. Konkret foreslår idéfaserapporten at dette gjelder et elektivt kirurgisk senter, distriktspsykiatriske sentra, barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker og ruspoliklinikker. Fremtidig lokalisering av de tyngste langtidsplassene innen sikkerhetspsykiatri må avklares. Ny og mer hensiktsmessig oppgavedeling i Oslo-området ville også kunne bidra til å redusere størrelsen på et samlet Oslo universitetssykehus. Det er pekt på fagområder det kan være aktuelt å se nærmere på i denne sammenheng. Samlet arealbehov for disse fagområdene er estimert til ca. 50 000 kvm.

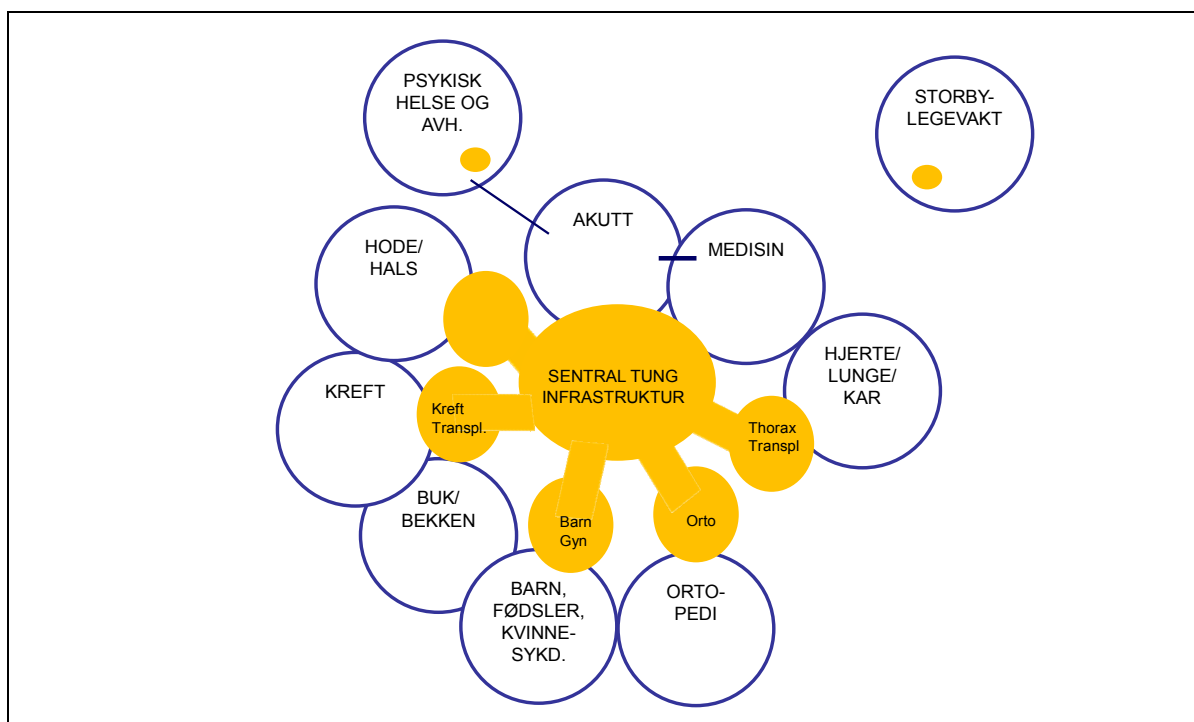
Dersom det velges en organisasjonsløsning som gir inndeling i mindre, autonome enheter, finner man ikke holdepunkter for at samling ved én lokalitet (scenario 1) er uheldig. Mindre enheter (sykehus i sykehuset) vil ha gode muligheter for å kunne utvikle sin egen identitet og gi den

oversiktlighet som brukere etterlyser, og som styrker medarbeideres og pasienters opplevelse av tilhørighet. Samtidig vil en slik modell ivareta behovet for tverrfaglig samarbeid om pasientene.

Det er sett nærmere på tre alternative virksomhetsmodeller. Modell 1 er en videreføring av dagens struktur. Modell 2 er et todelt sykehus - delt etter funksjonsnivå (lands-/regions-/område-/lokal-funksjoner). I modell 3 er sykehuset en klynge med virksomheter bestående av tematiske sentra 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.

De fleste av sentrene bør fysisk sett være plassert på en måte som gjør det mulig å dele tung infrastruktur. Med utgangspunkt i kunnskap om kliniske avhengigheter, er det foreslått å dele inn virksomheten a) etter hastegrad, b) tematisk etter pasientforløp og c) etter alder. Modellen bør ledsages av en organisering på tvers av fagområder.

Figur 1 illustrerer strukturen i klyngemodellen.



Figur 1 - Skjematisk illustrasjon av virksomhetsmodell 3: Klyngemodellen

Med klyngemodellen vil det kunne være hensiktsmessig å plassere dagsenter/elektivt kirurgisk senter og DPS/ruspoliklinikk/BUP-poliklinikk annet sted enn direkte inn i øvrig virksomhet. Det kan også være aktuelt å plassere de tyngste, sikkerhetspsykiatriske langtidsplassene annet sted, grunnet blant annet sikringsbehov. Det forventes føringer fra en utredning i Tilregnelighetsutvalgets som skal foreligge i løpet av høsten.

Virksomheten i Oslo universitetssykehus inngår som del av en større sammenheng når det gjelder så vel pasientforløp som forskning, utdanning og innovasjon. Det er hensiktsmessig å tenke helhetlig om en virksomhetsmodell for spesialisthelsetjenesten i hovedstadsområdet. Klyngemodellen egner seg godt også i et slikt perspektiv, der andre deler av spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten kan inngå i et utvidet klyngebegrep. Omfordeling av oppgaver mellom sykehusene i Oslo-området vil ha konsekvenser for aktivitetsutviklingen i Oslo universitetssykehus. Utbygging av Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus vil være ønskelige og viktige bidrag for å møte det voksende behovet for sykehustjenester til Oslos befolkning de nærmeste årene.

### 2.3.2 Forskning, utdanning, innovasjon og næringsutvikling

Sykehusets *Scientific Advisory Board* ser et betydelig forskningsmessig potensial i å utvikle Oslo universitetssykehus etter klyngemodellen, i umiddelbar nærhet av og integrert med Universitetet i Oslo. Et nytt og moderne klyngesykehus vil åpne for samarbeidskonstellasjoner på tvers av gamle avdelings-, institutt- og institusjonsgrenser. Nærhet mellom universitet og sykehus, og mellom forskjellige forskningsmiljøer innenfor sykehuset, vil gjøre det mulig å dele på laboratorieplattformer, biobanker, kliniske forskningsregistre og annen forskningsrelatert infrastruktur.

Et samlet sykehus ville kunne tilby et pasientgrunnlag som spenner fra folkesykdommer til sjeldne syndromer og således kunne tilby store pasientmaterialer for forskning og fullstendige utdanningsløp for både grunn- og videreutdanninger.

Flere stortingsmeldinger de senere årene omhandler behovet for innovasjon og næringsutvikling i tilknytning til den offentlige helsetjenesten. Innovasjon er nedfelt i oppdraget fra Helse Sør-Øst til Oslo universitetssykehus og skal være et strategisk virkemiddel for å effektivisere og videreutvikle helsetjenesten. Visjonen er at Oslo universitetssykehus skal bli et av Europas ledende sykehus innenfor helseinnovasjon. Etablering av et samlet Oslo universitetssykehus med fysisk nærhet til Universitetet i Oslo gir mulighet for å etablere et senter for innovasjon. Dette kunne være et potensielt samarbeidsprosjekt mellom Oslo universitetssykehus, Universitetet i Oslo, Oslo kommune og næringslivet. Et slikt senter vil kunne være en felles utprøvingsarena for ny teknologi og nye metoder. Innovasjonssenteret ville kunne synliggjøre et målrettet innovasjonssamarbeid og føre til at forskningsinvesteringene i Oslo universitetssykehus, Universitetet i Oslo og Oslo kommune kommer enda bedre til nytte for pasienter og samfunn.

Dersom dagens helsetjeneste skal klare å møte morgendagens utfordringer, må det arbeides systematisk med måten helsetjenester ytes på. Helsetjenesten må sees på som en samlet leveranse. Selvbetjening, monitorering, elektronisk samhandling og telemedisin må bli en integrert del av tilbudet. Det må bygges opp arenaer som gjør det mulig fortløpende å kartlegge grensesnittene mellom fagområder, nye forskningsresultater, klinisk kunnskap, teknologiske nyvinninger og overgangene mellom de ulike tjenestenivåene. Samhandling med førstelinjetjenesten blir sentralt om pasienten skal møtes på riktig måte, fortrinnsvis utenfor spesialisthelsetjenesten. Pasientens behov må være kjernen i tilnærmingen til nye løsninger både i forebyggende virksomhet, medisinsk diagnostikk og behandling samt oppfølging. Hjemmebaserte teknologier, sensorer, helse-app'er og integrerte IKT-løsninger forventes å forbedre sykehusets tilbud til pasientene og å redusere kostnader.

Oslo har gode forutsetninger for å bli et sentrum for livsvitenskap. Regionen har universitet, høyskoler, store helseinstitusjoner, aktivt næringsliv, høy kompetanse og voksende innovasjonstilfang. Men det trengs en arena for samspill og utvikling av næringslivssamarbeid. I samspill med andre har Oslo universitetssykehus en viktig samfunnsoppgave i å bidra til næringsutvikling i regionen.

En forutsetning for å lykkes med næringsutvikling basert på sykehusets innovasjonsvirksomhet, vil være at det i tillegg til fasiliteter i sykehusbyggene, settes av arealer i sykehusets randsone der bedrifter kan etableres og utvikle seg i samarbeid med sykehuset og universitetet. Dette vil omfatte arealer for kontorer, laboratorier og produksjonsformål. Finansiering og eierskap til slike arealer vil ligge utenfor sykehuset.

Dette sykehusprosjektet vil kunne imøtekomme myndighetenes oppfordring om en sterkere satsing på innovasjonsarbeidet i helsevesenet slik dette er fremstilt i HelseOmsorg 21. I det videre arbeidet bør det utarbeides tydelige mål og planer for hvordan sykehus og næringsliv skal samarbeide blant annet gjennom realisering av et nytt sykehusanlegg, for å bidra til å oppnå en slik målsetning.

## 2.4 Dimensjonering

### 2.4.1 Dimensjonerende forutsetninger

Følgende forutsetninger er lagt til grunn ved dimensjonering av sykehuset:

- Dimensjoneringen av pasientrelaterte funksjoner, dvs. senger, poliklinikkrom, dagplasser etc., er beregnet ut fra forventet pasientgrunnlag i 2030.
- Dimensjonering av personalerelaterte funksjoner som kontorer, møterom, garderober og kantine er gjort for forventet bemanning i 2030. Bemanningen er framskrevet til 2030 basert på pasientutviklingen.
- For servicefunksjoner der det er vanskelig å beregne kapasitet, f.eks. kliniske støttefunksjoner og intern service, er det tatt utgangspunkt i arealutviklingsplanens forutsetninger, med tillegg som svarer til økningen i sengetall samt et generelt usikkerhetstillegg på 5 %.
- Arealbehovet for forskning og utdanning er håndtert på samme måte som i arealutviklingsplanen, med 50 % av arealene integrert i den kliniske virksomhet og 50 % i egne bygg.

Forhold mellom bruttoareal og nettoareal (brutto/netto faktoren) er satt til 2,1. Dette er den samme som ble brukt i arealutviklingsplanen, men den anses som utfordrende (lav) og bør vurderes nærmere i neste fase.

Det er lagt til grunn følgende arealstandarder:

- Enerom med eget bad i nye bygg, men fortsatt en del flersengsrom (inkl. 4-6 sengs rom) og deling av bad i gamle bygg.
- 50 % av kontorer er plassert i egne bygg eller fløyer og 50 % er integrert i klinisk virksomhet. 50 % av kontorene er i landskapsløsninger.

Arealstandard for sengerom, kliniske spesialrom og strålebunkere med tilhørende rom er økt i denne rapporten i forhold til arealutviklingsplanen, mens de fleste andre romtyper har uendret arealstandard. Økningene er begrunnet i krav til universell utforming og er dels basert på erfaringer fra andre sykehusprosjekter. Den vesentligste endringen for Oslo universitetssykehus er at arealstandarden for enerom økes til 30 kvm.

### 2.4.2 Arealreduksjon og arealbehov

Samling i moderne bygg vil gi en betydelig arealreduksjon. I dag har Oslo universitetssykehus ca. 1 000 000 kvm areal til sin samlede virksomhet og rundt 900 000 til den delen av virksomheten som omfattes av idéfaseprojektet. Dersom dagens oppgavedeling mellom sykehusene i Oslo sykehusområde opprettholdes, vil sykehusfunksjoner innen somatikk, psykisk helse og avhengighet, samt forskning og utdanning, ha et samlet arealbehov på ca. 630 000 kvm. som innebærer en arealreduksjon på mellom 200 000 og 300 000 kvm. Når det tas hensyn til anbefalingen om at eksisterende bygg ved Rikshospitalet videreføres, innebærer dette behov for etablering av ny bygningsmasse på ca. 400 000 kvm. Arealbehovet for somatikk og psykisk helse og avhengighet, samt forskning og utdanning er vist nedenfor. Skadelegevakt med støttefunksjoner, som også i fremtiden vil ligge sammen med Oslo kommunes legevakt samt DPS, BUP-poliklinikker og ruspoliklinikker er ikke medregnet i arealbehovet.

Tabell 1 - 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
<b>I alt</b>	<b>567 000</b>	<b>62 000</b>	<b>630 000</b>

Ovenstående arealbehov er basert på befolkningsframskrivninger til 2030 og på forutsetninger for omstilling og effektivisering, utnyttelsesgrader og arealstandarder samt videreførte forutsetninger fra Arealutviklingsplanen.

Idéfaserapporten peker på ytterligere virksomhet med et arealbehov på ca. 25 000 kvm som kan tenkes plassert annet sted (elektivt kirurgisk senter og sikkerhetspsykiatri). Utredningen konkretiserer også muligheten for ny oppgavedeling mellom sykehusene i Oslo-området som vil kunne redusere arealbehovet ved Oslo universitetssykehus med ytterligere ca. 50 000 kvm. Mulige endringer i oppgavedelingen i Oslo-området utredes for tiden av Helse Sør-Øst.

Med unntak av 0-alternativet, vil et nytt Oslo universitetssykehus drives på mindre enn halvdel av dagens tomteareal. Store tomtearealer sentralt i Oslo og i attraktive deler av Oslos omegn (Bærum og Aker kommune) vil fraflyttes og kan utvikles til andre samfunnsnyttige formål.

Flere andre store sykehus i Norge og Skandinavia har de siste årene planlagt og bygget nye lokaler for vesentlige deler av sin virksomhet. Ved Skejby i Danmark bygges det rundt 250 000 kvm nybygg for å etablere et samlet sykehus (av tidligere spredte enheter) på rundt 400 000 kvm. Karolinska sjukehuset i Stockholm har virksomhet ved to lokaliteter. På Karolinska Solna bygges det ca. 330 000 kvm nybygg for å samle hoveddelen av den kliniske virksomheten og 90 000 kvm forskningsbygg for Karolinska Institutet. Ved Karolinska Huddinge bygges det 27 000 kvm til klinisk virksomhet og 15 000 kvm til laboratorieforskning i tillegg til en eksisterende bygningsmasse på ca 450 000 kvm. I Stavanger er det gjennomført en idéfase der ett av alternativene er et nybygg på rundt 250 000 kvm som erstatning for dagens sykehus på Våland.

## 2.5 Bygningsmasse, fysiske løsningsalternativer og byutvikling

### 2.5.1 Bygningsmasse

Størstedelen av dagens arealer ved Oslo universitetssykehus befinner seg ved Ullevål sykehus, Rikshospitalet, Gaustad sykehus, Radiumhospitalet og Aker sykehus. Videre har Oslo universitetssykehus store arealer i Sognsvannsveien (Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling), ved Spesialsykehuset for epilepsi (SSE) i Bærum og på Dikemark i Asker.

Bygningsmassen har utviklet seg gjennom en periode på over hundre år og gjenspeiler de ulike tidsepokers trender for sykehusvirksomhet og byggeskikk. En betydelig andel av bygningene er ikke egnet for moderne og framtidsrettet medisinsk virksomhet og dagens forventninger til pasientbehandling. Medisinsk behandling og teknologi vil endres vesentlig i fremtiden, og behovet for funksjonelle utbedringer og ombygginger er stort. En stor andel av bygningene har imidlertid en lite tilpasningsdyktig struktur og er derfor vanskelige og svært kostnadskrevenne å bygge om. Mer enn 100 bygninger ved Oslo universitetssykehus har verne- eller fredningsstatus, de fleste med fredning av eksteriør, noen også med interiørvern/interiørfredning. I tillegg er uteområder både på Dikemark, Sognsvannsveien, Gaustad og Ullevål fredet. For mange av bygningene vil det derfor ikke







være fysisk mulig eller økonomisk forsvarlig å investere i funksjonelle ombygginger. Et stort omfang av nye arealer vil være nødvendig for å få på plass et framtidsrettet sykehus.

I 2010-2011 ble det gjennomført en overordnet bygningsteknisk kartlegging og vurdering av tilstanden i helseforetakets bygningsmasse. Kartleggingen ble oppdatert i januar 2014<sup>3</sup>.

Tilstandsgradene er angitt iht. *NS 3424 Tilstandsanalyse av byggverk* og rangeres fra 0 som best til 3 som dårligst. Kartleggingen har avdekket at bygningsmassen har svært varierende teknisk tilstand. En gjennomsnittlig tilstandsgrad på 1,6 for hele porteføljen er vesentlig dårligere enn det som er alminnelig ambisjonsnivå. Til sammenligning er landsgjennomsnittet for teknisk tilstand i sykehus 1,2 – 1,3.

Teknisk oppgraderingsbehov per 2014 er estimert til over 8 mrd. kroner med en anslått tidshorison på 10 år. Kostnadsestimatet er basert på at samtlige bygninger skal beholdes og oppgraderes slik de er i dag. Teknisk oppgradering vil bidra til bedre luftkvalitet, temperaturregulering, hygieneforhold, teknisk sikkerhet (blant annet for elektro-løsninger) og oppussing av overflater, eventuelt tak og yttervegger, men det omfatter ikke ombygginger som gir forbedring i funksjonell egnethet.

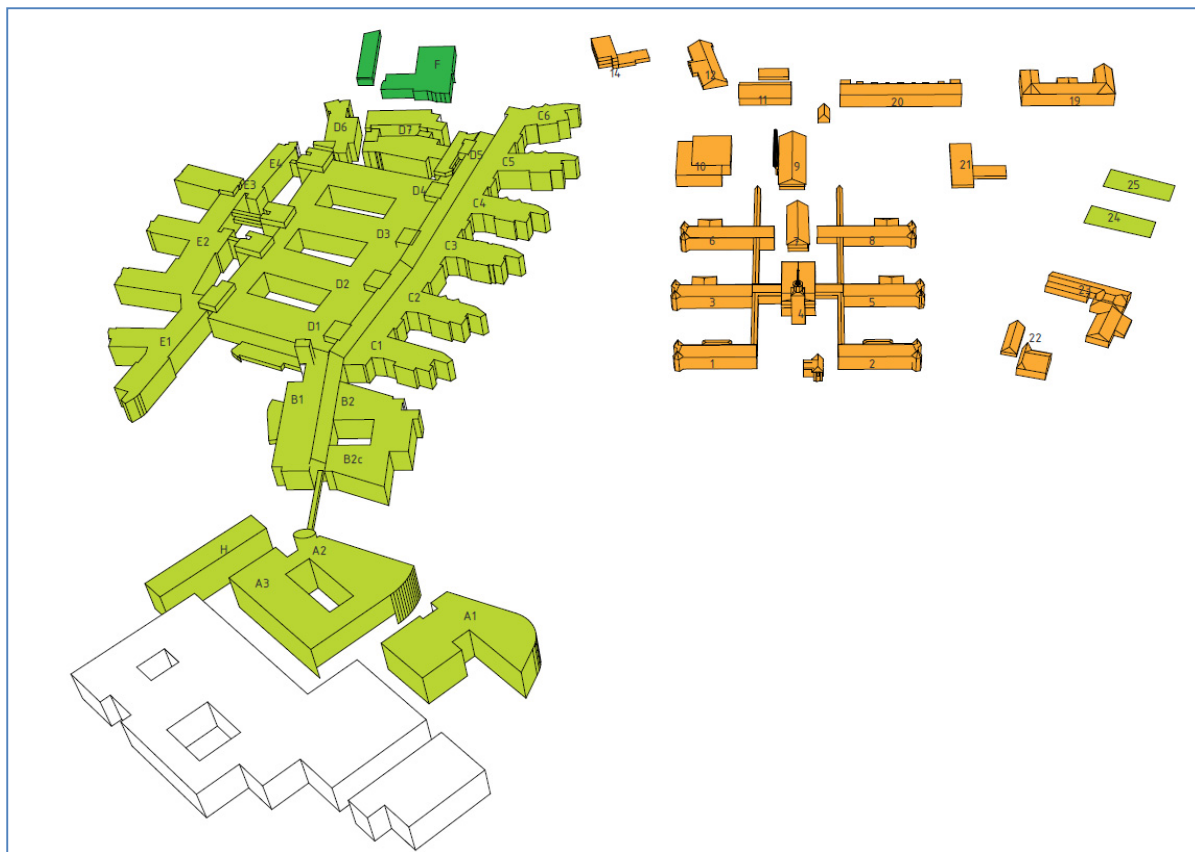
I oversiktene nedenfor illustreres den tekniske tilstanden ved de fire lokalitetene Aker sykehus, Rikshospitalet med Gaustad sykehus, Ullevål sykehus og Radiumhospitalet. Fargeleggingen gjenspeiler tilstandsgrad per bygg som er vurdert etter *NS 3424 Tilstandsanalyse av byggverk* hvor 0 er god, 1 er akseptabel, 2 er dårlig og 3 er svært dårlig. Bygg i hvitt er ikke kartlagt.

0 (0,00-0,75)	
1 (0,75-1,50)	
2 (1,50-2,25)	
3 (2,25-3,00)	

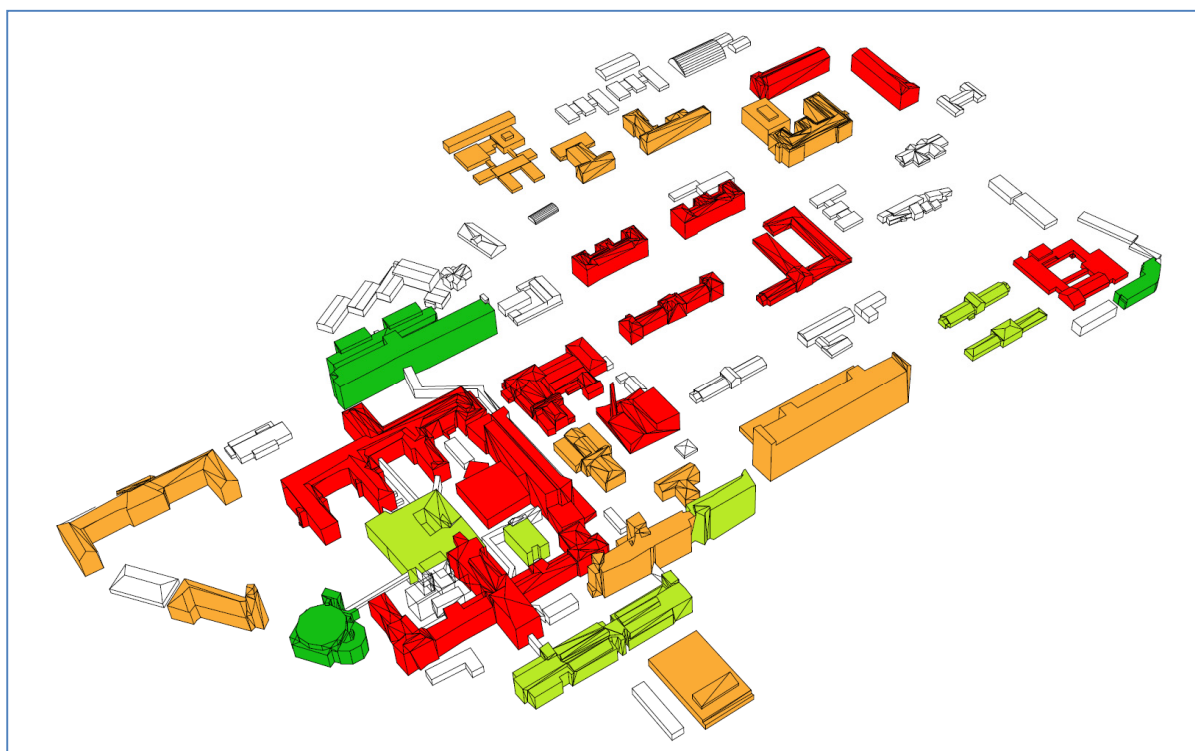


Figur 2 - Oversikt teknisk tilstand Aker sykehus

3 Det er i 2014 totalt kartlagt teknisk tilstand for 843 510 kvm BTA eide bygg

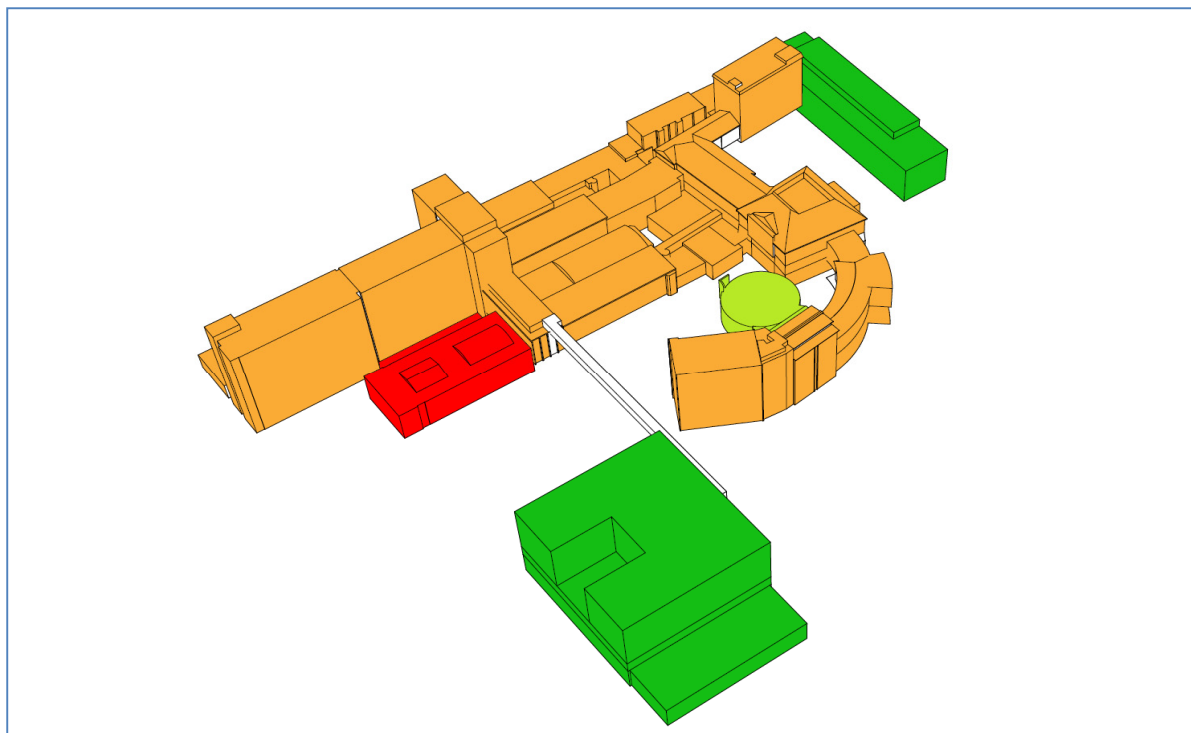


Figur 3 - Oversikt teknisk tilstand Rikshospitalet og Gaustad sykehus



Figur 4 - Oversikt teknisk tilstand Ullevål sykehus





Figur 5 - Oversikt teknisk tilstand Radiumhospitalet

### 2.5.2 Fysiske løsningsalternativer

I idésøket etter fysiske løsninger, er det gjennomført mulighetsstudier med stor bredde innenfor de ulike lokalitetene. En rekke varianter med hensyn til plassering og utforming av bygningsmasse er studert. Gjennom grovsortering av alternativer har man kommet fram til fem løsninger (se 2.5.2.1-4) som blir oppfattet som de mest aktuelle. Disse løsningene er blitt bearbeidet videre og studert med hensyn til kvalitet på løsningen, muligheter for trinnvis utbygging og gjennomførbarhet.

En del av samfunns målet for Oslo universitetssykehus er å «utvikle Campus Oslo sammen med Universitetet i Oslo, Oslo kommune, næringsliv og andre aktører i et samfunnsøkonomisk perspektiv og som et internasjonalt senter for livsvitenskap». Løsningene som vurderes er derfor også vurdert i lys av hvordan samvirke og samarbeid mellom sykehus og andre aktører kan gi gevinster ut over sykehusvirksomheten.

Nedenfor beskrives de bearbeidede fysiske løsningsforslagene nærmere.

### 2.5.2.1 «Gaustad Øst» - samling på Gaustad med nybygg øst for Rikshospitalet

I denne løsningen er det forutsatt at Gaustad sykehus beholdes som en del av Oslo universitetssykehus og benyttes til kontorer, undervisningsrom og andre teknisk lette funksjoner. Nybygg for psykiatrien plasseres nord for Gaustad sykehus med god nærhet til Rikshospitalet.

Løsningen baseres videre på at bygningsmassen til Sogn videregående skole rives og erstattes av nybygg for sykehuset.

Løsningen gir dårlig forbindelse mellom Rikshospitalet og nybygg ved Sogn videregående skole, og det vil derfor tydelig framstå som et todelt sykehus. Kontakten med universitetet begrenses av Ring 3, som fortsatt vil ligge som en barriere mellom sykehuset og universitetscampus. Store deler av bygningsmassen vil bli liggende tett på Ring 3 og være utsatt for støy og støv.

Med hensyn til kollektivdekning har dette alternativet T-bane fra vest ved Gaustad stasjon og fra øst ved Ullevål Stadion stasjon. Alternativet gir svært begrenset bidrag til ønsket byutvikling.

Plasseringen og tomtens begrensede størrelse gjør at sykehuset må utvikles i en kompakt løsning som i liten grad bidrar til mulighet for integrering av byfunksjoner i sykehuset, og som begrenser framtidige utvidelsesmuligheter.

Ved en samlet utbygging i Gaustad-området vil Ullevålstomten sammen med Montebello-området, og områder i Bærum og Asker kunne frigis for by- og eller annen samfunnsutvikling.



Figur 6 - «Gaustad Øst» - samling på Gaustad med nybygg øst for Rikshospitalet



### 2.5.2.2 «Gaustad Sør» - samling på Gaustad og utbygging sørover

Løsningen forutsetter at Ring 3 legges i tunell under sykehusområdet, slik at store tomtearealer frigjøres og områdene nord og sør for Ring 3 knyttes sammen. Løsningen åpner for en samlet utvikling av Oslo universitetssykehus, hvor nye bygninger knyttes tett sammen med Rikshospitalet. Psykisk helse og avhengighet plasseres nord for Gaustad sykehus med god nærhet til Rikshospitalet.

Løsningen legger til rette for god samhandling mellom sykehus og universitet ved en utvikling av sykehuset sørover fra Rikshospitalet og universitetet nordover fra Blindern. Ved etablering av nytt bygg for livsvitenskap og framtidig utvikling av universitetsfunksjoner i dette området, vil sykehusets og universitetets arealer kunne smelte sammen som indikert i figuren nedenfor.

Denne løsningen har et stort potensial for en ønsket byutvikling. Ved at Ring 3 legges i tunell, vil store tomteområder frigjøres og grøntområder etableres fra Skøyen og Frognerparken til de mye brukte områdene i marka. De nye tomteområdene gjør at sykehus, universitet, næringsliv, skoler, barnehager og boliger kan utvikles i det som vil framstå som en ny bydel i Oslo.

En samling på Gaustad med utbygging sørover via et "lokk" over Ringveien ville være en dårligere løsning for så vel Oslo universitetssykehus som Universitetet i Oslo og Oslo kommune. En lokkløsning vil gi et vesentlig mindre disponibelt areal for utbygging. En slik løsning kan imidlertid vurderes nærmere dersom en større oppgavedeling vil medføre et sykehus med mindre dimensjoner. Det kan eventuelt også inngå i en langsiktig plan hvor en lokk-løsning over tid blir erstattet av tunell.

Ved en samlet utbygging i Gaustad-området vil Ullevåltoften sammen med Montebelloområdet, og områder i Bærum og Asker kunne frigis for by- og/eller annen samfunnsutvikling.



Figur 7 - «Gaustad Sør» - samling på Gaustad med tunell



### 2.5.2.3 Samling på Ullevål hensyntatt fredede bygg

Dette alternativet innebærer en større utbygging ved Ullevål sykehus. Det utredete løsningsforslaget illustrerer konsekvensene av en samling av Oslo universitetssykehus på Ullevåltomten når det tas hensyn til fredningen av bygg og uteområder.

Fredede anlegg forutsettes integrert i bygningsstrukturen og benyttet til sykehusformål, dog med betydelig lavere utnyttelse enn nye bygninger. For å få innplassert alle funksjoner i tomteområdet, er det nødvendig å fortette tomte delen for somatikk med svært kompakte bygningsstrukturer opp til 10 etasjer.

Psykiatri i nordenden av tomten bygges ikke så kompakt, men deler av virksomheten innen psykisk helse kan ikke samlokaliseres her, fordi tomten ikke gir tilstrekkelig store uteområder og nødvendige avstander.

Parken med den fredede bebyggelsen ved laboratoriebygget deler også somatikken i to bygningsmasser, noe som anses som ufordelaktig.

Ved ferdig utbygging vil tomten være fullt utnyttet slik at en ytterlig utvikling av OUS anses som svært krevende å gjennomføre. I tillegg innebærer alternativet en fraflytting av Rikshospitalet, noe som ikke vurderes å være aktuelt før anlegget på Rikshospitalet er utdatert om flere ti-år.



Figur 8 - Samling på Ullevål



#### 2.5.2.4 Delt løsning med utbygging på Ullevål (nord eller sør) og Gaustad med lokk over Ring 3

I dette alternativet beskrives en løsning med utbygging på Gaustad og sørover med lokk over Ring 3 samtidig som det på Ullevål foreslås utbygging av tomten enten nord eller sør for den fredede bebyggelsen ved laboratoriebygget.

Det er utredet en løsning med videreutvikling av bygningsmassen i sørenden av Ullevålstomten, der dagens sykehusbygg er plassert. En trinnvis fornying og rehabilitering her vil strekke seg over lang tid og vil ha store konsekvenser for pågående sykehusaktivitet.

I motsetning til en delt løsning med utbygging på sørenden av Ullevålstomten, åpner en utbygging på tilgjengelige områder i norddelen av tomten for en utbygging som i mindre grad påvirker driften ved sykehuset. Siden store deler av dagens sykehusbygg erstattes, vil dette gi tilfredsstillende løsninger for drift og vedlikehold av sykehusbygg på Ullevål. Tilgjengeligheten til området med kollektivtransport er begrenset og svekkes i forhold til dagens situasjon. De nye sykehusbyggene blir liggende relativt langt fra trikke- og busstraséen, og området har ikke forbindelse med T-bane.

Med hensyn til ønsket byutvikling, vil Ullevål sykehus i disse løsningene kun delvis bli frigjort for andre formål, og ved Gaustad vil løsningen være en utvidelse av Rikshospitalet uten vesentlig bidrag til byutvikling i dette området.

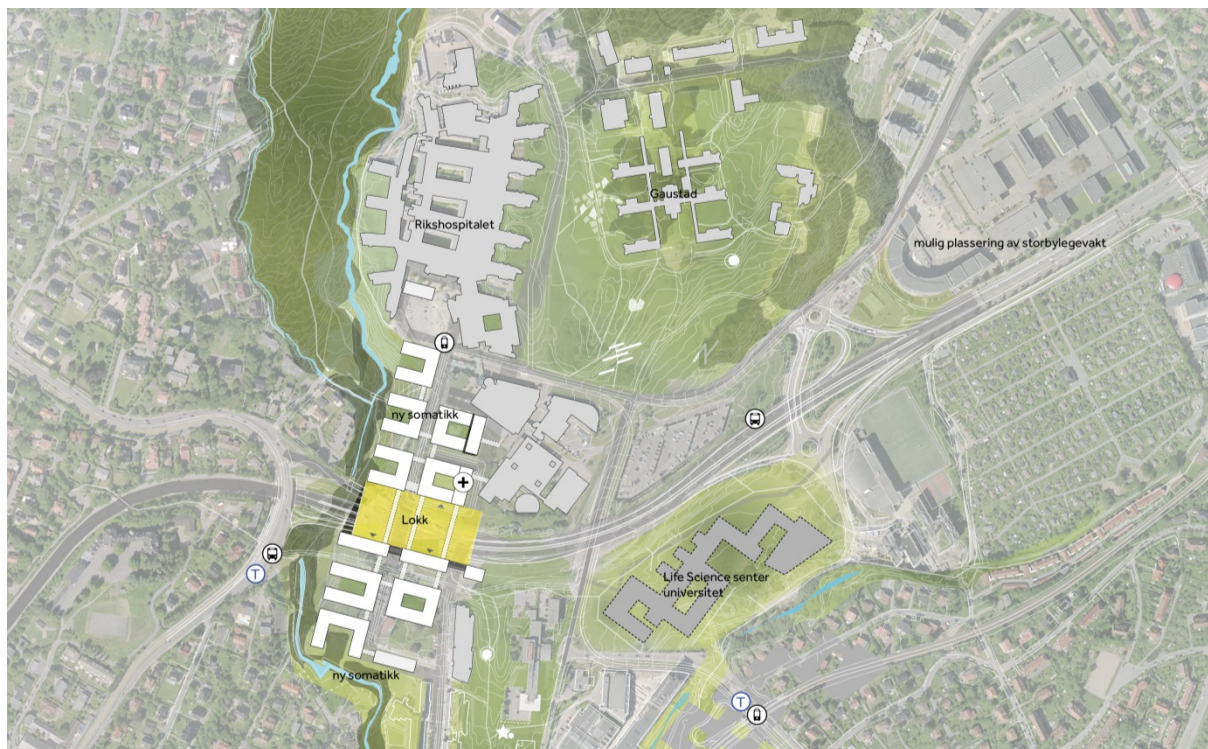


Figur 9 - Delt løsning – Ullevål Nord





Figur 10 – Delt løsning – Ullevål Sør



Figur 11 – Delte løsninger – «Lokk» på Gaustad



### 2.5.3 Hovedalternativer

De tre virksomhetsmodellene (kapittel 2.3.1) er ikke like godt egnet ved alle de ulike fysiske løsningsalternativene (kapittel 2.5.2). Både dagens virksomhetsmodell og klyngemodellen vil egne seg best ved en fysisk samlet, eller nesten samlet løsning. Den funksjonsnivådelte virksomhetsmodellen derimot, har mest hensikt dersom sykehuset blir utviklet som en fysisk todelt løsning.

På dette grunnlag er det – i tillegg til 0-alternativet, syv hovedalternativer som er bearbeidet og studert videre:

Alternativ 1	Gaustad øst	Dagens virksomhetsmodell
Alternativ 2	Gaustad sør	
Alternativ 3	Ullevål nord/Gaustad med lokk	Nivådelte virksomhetsmodell
Alternativ 4	Ullevål sør/Gaustad med lokk	
Alternativ 5	Gaustad øst	Klyngemodell
Alternativ 6	Gaustad sør	
Alternativ 7	Samling Ullevål	Dagens virksomhetsmodell

Figur 12 – oversikt hovedalternativer

### 2.5.4 Byutvikling

Samling av arealene for Oslo universitetssykehus vil ha et så stort arealomfang og berøre så mange mennesker at det også må tas spesielle hensyn for å tilpasse seg sine omgivelser. Oppgaven i idéfasen har derfor ikke bare vært å finne fram til anbefalte løsninger for utvikling av sykehuset, men også å legge til rette for ønsket utvikling av store tomteområder. Det dreier seg dels om utvikling av attraktive sykehustomter i Oslo, Asker og Bærum som kan bli frigjort, og dels om byutvikling i tilknytning til fremtidens sykehus. Med over 20 000 ansatte og et tilsvarende antall studenter, pasienter og pårørende innenfor samme område, er det viktig å synliggjøre gode løsninger i et byutviklingsperspektiv. Det store antallet personer som vil bli knyttet til sykehuset representerer en unik konsentrasjon av mennesker med et bredt behov for tjenester og produkter. Sykehusområdet utgjør således en mulighet for unik byutvikling og en potensiell arena av betydelig omfang for næringsutvikling.

Sykehusutbyggingen gir muligheter for å skape et levende byrom i og rundt sykehusområdet. Avgjørende for å skape områder med aktivitet er, i tillegg til bygging av sykehusbygg, å etablere en blanding av boliger og variert næringsvirksomhet. Dersom sykehusområdet skal være en aktiv bydel både på dag- og kveldstid, hverdag og helg, må det etableres variasjon i funksjoner som tiltrekker seg personer med forskjellige behov og interesser. En levende bydel vil i betydelig grad kreve etablering av funksjoner ut over sykehusets virksomhet.

Nøkkelen til et vitalt bymiljø er at det bor folk i området og å etablere aktivitetstilbud mellom husene, der husene bygges med flerbruksmuligheter. Bygningsmassen må være robust med tanke på omlegging og fleksibel mht. anvendelse og ekspansjonsmuligheter. Byrommet skal fungere og være levende i alle årstider, også om vinteren.

Det legges opp til å etablere en kvartalsstruktur med tomteutnyttelse innenfor de retningslinjer som kommunen gir for byutviklingsområder. Samtidig som det søkes høy utnyttelse av tomtearealet, må bygningsmassen utformes slik at den framstår som åpen mot bebyggelsen rundt.

Med flere titalls tusen personer som daglig reiser til og fra universitetssykehuset, må det tilrettelegges for effektive kollektivløsninger med stor kapasitet. Det er vektlagt at T-bane og trikk får korte avstander for overgang mellom transportmidlene og mellom stoppesteder og arbeidsplasser.

Et annet viktig element å ivareta i byutviklingssammenheng er miljøaspektet, med opprettholdelse og styrking av grønne korridorer som binder sjøen og marka sammen. Dette er av særlig betydning i Gaustad-området, der riktig arealdisponering vil kunne utvide en sammenhengende grønn forbindelse mellom Frognerparken og marka. Alle disse aspektene er søkt ivaretatt på best mulig måte i løsningsalternativene.

I utkast til kommuneplan for Oslo, *Oslo mot 2030*, fokuseres det på tre satsningsområder; smart, trygg og grønn. Innenfor disse aspektene er det definert en rekke mål for utvikling av byen. Flere av disse målene er retningsgivende både for den planleggingen som skal gjennomføres av Oslo universitetssykehus innenfor sykehusområder, i randsoner og på de sykehustomtene som frigis.

## 2.6 0-alternativet

I idéfaseutredningens mandat beskriver 0-alternativet slik:

*Ingenting endres. Man satser på å opprettholde dagens virksomhet i dagens bygg til en lavest mulig kostnad. 0-alternativet skal framstilles sammenliknbart med de øvrige alternativene når det gjelder planhorisont og konsekvenser for investering og drift.*

For OUS betyr dette at virksomheten må drives videre i eksisterende bygg, med unntak av eventuelle bygg som allerede er besluttet fraflyttet.

I 0-alternativet forutsettes det at dagens arealer kan yte kapasitet tilsvarende dagens aktivitetsnivå ved Oslo universitetssykehus, men at all aktivitetsøkning fram mot 2030 skal dekkes gjennom arealutvidelser i form av nybygg. Det er lagt til grunn 77 000 kvm nybygg pga. vekst (inkl. integrerte arealer for forskning og undervisning), 9 500 kvm nybygg for Regional sikkerhetsavdeling/ Psykiatrisk avdeling for psykisk utviklingshemmede (RSA/PPU), 20 000 kvm ekstra bygg til forskning og undervisning, samt 10 000 kvm rokeringsbygg (behov for ekstra arealer ved oppgradering av eksisterende bygningsmasse for å kunne opprettholde drift mens oppgradering pågår). Lokalisering av nybyggarealet er ikke konkretisert.

Oslo universitetssykehus leier i dag en rekke lokaler, noe som forutsettes videreført i 0-alternativet. Det innebærer at ingen leide arealer erstattes av nybygg i dette alternativet.

## 2.7 Økonomi

### 2.7.1 Innledning

Det er gjennomført analyse av investeringsbehov basert på en overordnet gjennomgang av de ulike virksomhetsmodeller kombinert med bygningsmessige alternativer. Sammen med verdivurdering av frigitte eiendommer og driftsgevinster, gir dette en første indikasjon på det økonomiske bildet.

De økonomiske analysene omfatter seks alternativer i tillegg til 0-alternativet. Alternativet med full samling på Ullevål (alternativ 7) faller ut etter den kvalitative vurderingen og er derfor ikke analysert med hensyn på økonomi.

### 2.7.2 Investeringsbehov

For investeringsbehov skiller det mellom nybygg, ombygging og teknisk oppgradering. Kostnadsanslaget er basert på erfaringstall og ambisjonsnivå. For nybygg er det tatt utgangspunkt i to større sykehusprosjekter: Akershus universitetssykehus og Nytt østfoldsykehus. Det er tatt høyde for de miljøtiltak som forventes - i praksis «grønt sykehus». Tabellen under viser investeringsbehovet (prisnivå januar 2014).



Tabell 2 – investeringsbehovet

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
<b>Delsum</b>	<b>837 130</b>	<b>18 299</b>	<b>621 636</b>	<b>35 715</b>	<b>621 636</b>	<b>37 782</b>	<b>633 086</b>	<b>33 274</b>	<b>652 736</b>	<b>32 069</b>
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	
<b>Sum</b>	<b>896 130</b>	<b>20 059</b>	<b>640 736</b>	<b>39 286</b>	<b>640 736</b>	<b>41 295</b>	<b>652 186</b>	<b>36 678</b>	<b>671 836</b>	<b>35 575</b>

Alt. 1: Gaustad Øst - Dagens virksomhetsmodell

Alt. 4: Ullevål Sør / Gaustad med lokk - Nivådelte virksomhet

Alt. 2: Gaustad Sør - Dagens virksomhetsmodell

Alt. 5: Gaustad Øst - Klyngemodell

Alt. 3: Ullevål Nord / Gaustad med lokk - Nivådelte virksomhet

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. Det er i alle alternativer lagt til grunn fortsatt leie av Forskningsveien (19 000 kvm). Kostnader ved kjøp av eiendommer er medtatt, og det er i alternativ Gaustad Sør (2 og 6) lagt inn full kostnadsdekning for tunell.

Alternativene med samling på Gaustad øst (alternativ 1 og 5) viser et investeringsbehov på 39,3 mrd. kroner, mens alternativene med samling på Gaustad sør (alternativ 2 og 6) viser et investeringsbehov på 41,3 mrd. kroner. Alternativene med delt løsning mellom Ullevål og Gaustad viser et investeringsbehov på 35,5 – 36,7 mrd. kroner.

### 2.7.3 Usikkerhetsanalyse

Det er foretatt usikkerhetsanalyse av investeringsbehovet. Analysen er tilpasset det presisjonsnivå for kostnadsanslag som etter god prosjektstyringspraksis kan forventes i denne tidlige fasen. Det understrekes at analysen ikke har som formål å fastsette kostnadsramme, men å synliggjøre forskjeller mellom alternativene. Endelig kostnadsramme skal ikke fastlegges før etter forprosjektet. Tabellen nedenfor viser resultatet fra usikkerhetsanalysene rundt investeringskostnader (tall i mill. kroner, eksklusive byggelånsrenter og leiekostnader, avrundet til nærmeste 100 mill. kroner).

Tabell 3 - Resultater usikkerhetsanalyse investeringskostnader

MNOK	0-Alternativet	Alternativ 1 og 5	Alternativ 2 og 6	Alternativ 3	Alternativ 4
Basis	18 343	35 930	37 985	33 632	32 560
Forventningsverdi	22 800	37 000	39 100	36 500	36 100
50 %	22 200	36 400	38 500	35 600	35 100
85 %	28 600	45 700	48 300	45 900	46 200
Standardavvik	24 %	22 %	22 %	25 %	27 %
Sannsynlighet basis	23 %	48 %	48 %	41 %	39 %

Alt. 1: Gaustad Øst - Dagens virksomhetsmodell

Alt. 4: Ullevål Sør / Gaustad med lokk - Nivådelte virksomhet

Alt. 2: Gaustad Sør - Dagens virksomhetsmodell

Alt. 5: Gaustad Øst - Klyngemodell

Alt. 3: Ullevål Nord / Gaustad med lokk - Nivådelte virksomhet

Alt. 6: Gaustad Sør – Klyngemodell

Tallene viser at 0-alternativet har betydelig større usikkerhet enn de andre alternativene, og derfor vil komme relativt sett dårligere ut enn øvrige alternativer ved avvik fra basisberegningen.

Ny bygningsmasse for Oslo universitetssykehus vil kunne driftes mer effektivt enn dagens sykehus. To kategorier driftskostnader inngår i analysen:

- FDVU-kostnader
- Kostnader i kjernevirksomheten (sykehusets driftskostnader utenom FDVU)

Effektene for kjernevirksomheten er vurdert med utgangspunkt i:

- Erfaringer fra andre prosjekter og helseforetak
- En analyse basert på tall fra Samdata (sammenligning med andre sykehus)
- Metoden som ble benyttet i Arealutviklingsplan 2025 (reduksjon i antall årsverk basert på vurdering av reduksjon i antall administrative enheter.)

Alle de tre framgangsmåtene viser et potensial for effektivisering av kjernedriften. Informasjon fra andre større byggeprosjekter, sammenligning basert på Samdata og Arealutviklingsplanen viser et årlig potensial for effektivisering på mellom 350 og 1 200 mill. kroner.

Virksomhetsmodell 3 - klyngemodellen vurderes til å ha størst potensial for effektiv drift. Virksomhetsmodell 1 - dagens virksomhetsmodell vurderes til å ha et noe lavere potensial enn klyngemodellen, mens virksomhetsmodell 2 - nivådelt virksomhetsmodell er vurdert til å ha lavest potensial for effektivisering. Etter en samlet vurdering er potensialet i virksomhetsmodell 3 satt til 4 % av OUS sitt budsjett for 2014, tilsvarende 800 mill. kroner.

Driftsøkonomiske vurderinger i denne fasen er gjort på overordnet nivå og etter enkle metoder, og det er i denne tidlige fasen stor usikkerhet knyttet til hvilke driftsøkonomiske effekter som kan oppnås. I påfølgende faser vil det være behov for å gå mer i dybden, med beregninger og analyser i tråd med Helsedirektoratets veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter.

#### 2.7.4 FDVU-kostnader

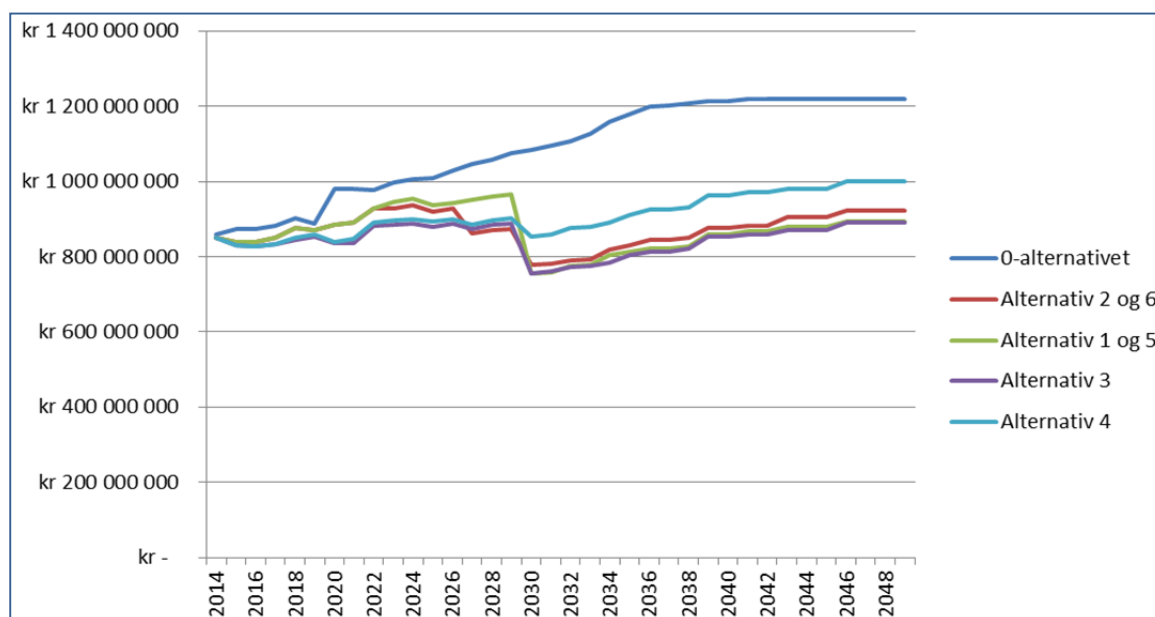
Det er gjennomført beregning av FDVU-kostnader basert på erfaringer fra de første driftsårene ved Ahus og St. Olavs Hospital, Multiconsults erfaringstall, FDV-nøkkelen til Holte AS<sup>4</sup> samt Oslo universitetssykehus sine regnskapstall for 2010-2012.

FDVU-kostnadene er beregnet for dagens og for framtidig situasjon. I tillegg er det foretatt periodisering. Kostnadene vil variere avhengig av teknisk kompleksitet i arealene og brukstid gjennom døgnet, og de differensieres derfor på ulike bygningstyper. Videre vil behovet for vedlikeholds- og utskiftningskostnader variere og være økende gjennom bygningenes livsløp.

---

<sup>4</sup> Holte AS. FDV-nøkkelen er et program for planlegging og oppfølging av forvaltnings-, drift- og vedlikeholdsoppgaver knyttet til bygg og eiendom

Tabell 4 - FDVU-kostnader over tid for ulike utbyggingsalternativer



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

For nybygg er det lagt inn normtall for verdibevarende vedlikehold. For eksisterende bygninger er vedlikeholds- og utskiftningskostnader lagt på et minimum før oppgradering/ombygging. Det forutsettes at det mest akutte vil ivaretas gjennom tiltaksplan/vedlikeholdsplan de nærmeste årene samt gjennom ombygginger/teknisk oppgradering i de ulike alternativene. Etter oppgradering/ombygging er det tatt høyde for verdibevarende vedlikehold.

Oslo universitetssykehus står foran mange år med krevende oppgaver som krever ekstraordinær innsats knyttet til forvaltning, og som vil belastes driftsbudsjettet. Forvaltningskostnaden er derfor økt noe i forhold til dagens nivå, som vurderes som for lavt.

Anslag for FDVU-kostnader over tid er vist i figuren ovenfor. FDVU kostnadene stiger i årene etter 2030 etter hvert som økt behov for vedlikehold og utskiftninger i de nye/rehabiliterede bygningene inntreffer.

### 2.7.5 Bortfall av leiekostnader

Oslo universitetssykehus leier i dag areal for å tilfredsstille sykehusets behov, og dette utgjør tilsammen ca. 85 500 kvm til et årlig leiebeløp på ca. 165 mill. kroner. Gjennom realisering av nybygg vil flere av disse leieforholdene ikke lenger være aktuelle. Gjennomgang av leiekostnadene viser at bortfall av leiekostnader utgjør ca. 44 mill. kroner årlig. I tillegg vil en i 0-alternativet leie lokaler hos OCCI (Oslo Cancer Cluster Innovasjonspark) for 4 mill. kroner årlig. OUS vil i framtiden fortsatt ha et vesentlig omfang av leie, bl.a. i Forskningsveien 2 samt lokaler til ambulansestasjoner og DPS. Disse leiekostnadene er uavhengig av alternativ og er ikke tatt med i de økonomiske beregningene.

### 2.7.6 Realisering av verdier

Ved samling av sykehusets virksomhet vil flere av sykehusets eiendommer kunne avhendes. Det er foretatt en verddivurdering av disse. Verdien av eiendommer som kan avhendes dersom sykehuset samles i Gaustad-området er anslått til i underkant av 6 mrd. kroner. Anslagene anses som nøkterne, både ved at det er forutsatt at eiendommene selges uten omregulering og derved tilrettelegging for verdipotensiale og fordi verdipotensialet i spesialbygg ikke er hensyntatt.

### 2.7.7 Økonomisk bæreevne

Det er utført beregninger av Oslo universitetssykehus sin evne til å bære kostnadene ved de store investeringsalternativene, såkalt økonomisk bæreevne. Investeringene kan da ikke lenger sees isolert, men må settes inn i en sammenheng med forventet utvikling i drift av foretaket forutsatt at investeringsprosjektene gjennomføres. Økonomisk bæreevne på lang sikt blir i stor grad et spørsmål om foretaket over tid klarer å gjennomføre driften innenfor forutsatte tildelte inntekter, dvs drive i økonomisk balanse i et flerårig perspektiv.

Helse Sør-Øst sin modell for økonomisk langtidsplan (ØLP) er benyttet som modell for beregningene. Det er beregnet bærekraft for 0-alternativet og alternativ 6 Gaustad sør med klyngemodell. Det siste er valgt fordi det innebærer det høyeste investeringsnivået.

Beregningene viser at det er mulig å tegne et scenario for Oslo universitetssykehus for de kommende ti-år basert på rimelige forutsetninger som innebærer at helseforetaket har økonomisk bæreevne til å håndtere kostnadene forbundet med investeringene i det alternativet som innebærer det høyeste investeringsnivået (alternativ 6 Gaustad Sør med klyngemodell). Dette er imidlertid nøye knyttet til forutsetningene om produktivitetsvekst fra 2015-2018 slik styret har lagt til grunn i økonomisk langtidsplan og et betydelig omfang av ytterligere effektiviseringsgevinster når de nye sykehusbygningene tas i bruk.

Det understrekes at det er betydelig usikkerhet knyttet til slike framskrivninger. Mindre endringer i forutsetningene videreført i mange år vil gi store utslag på resultat- og balanseverdier.

### 2.7.8 Øvrige samfunnseffekter

De fleste effektene som berører pasienter, pårørende, ansatte, befolkningen generelt og sentrale interessenter som kommune, universitet, høyskole og næringsliv er dekket av de kriteriene som er lagt til grunn i evalueringen av alternativene. I et samfunnsøkonomisk perspektiv er i tillegg følgende effekter identifisert; tilgjengelighet og transport, natur og miljø, attraktivt for rekruttering, beredskap, fordelingsvirkninger samt fleksibilitet og usikkerhet. Samling på Gaustad sør for Rikshospitalet med tunell kommer best ut, primært grunnet mulighet for god tilgang til skinnegående kollektivtransport og etablering av nye grøntdrag. Klyngemodellen synes å være noe bedre enn dagens organisering når det gjelder å rekruttere kompetent arbeidskraft. Derfor kommer samling på Gaustad sør med tunell og med klyngemodell best ut i en kvalitativ samfunnsøkonomisk vurdering.

### 2.7.9 Finansiering

Denne idéfaseutredningen legger til grunn at utbygging for et nytt Oslo universitetssykehus skal skje i etapper og finansieres etter den tradisjonelle modellen for sykehusfinansiering med inntil 70 % lån fra Helse- og omsorgsdepartementet, og at resten av prosjektkostnaden må finansieres av RHF/HF gjennom tilgjengelig likviditet, salg etc. Det er videre forutsatt at deler av universitetsarealene finansieres med tilskudd

Det er i idéfaseen også gjort innledende vurderinger av muligheter, begrensninger og sentrale problemstillinger når det gjelder alternativ finansiering.

## 2.8 Vurdering av alternativer

Med bakgrunn i de prosjekttløsende behovene (jf kap. 2.1) og strategiske planer er det utarbeidet mål for hva som ønskes oppnådd ved et nytt sykehus. Et sett av kriterier er så utarbeidet for å gi grunnlag for å vurdere i hvilken grad målene oppnås med de ulike alternativene. I tillegg til kriterier for måloppnåelse er det utarbeidet kriterier relatert til samfunnsøkonomi og kriterier som omfatter økonomi, gjennomførbarhet og risiko.

Kriteriene som er lagt til grunn ved evaluering av løsningsalternativene omfatter:

- Mål mht. sykehusets kjernevirksomhet
- Mål for bygg- og eiendomsutvikling
- Mål for byutvikling, innovasjon og næringsutvikling
- Gjennomførbarhet
- Robusthet; generalitet, fleksibilitet og elastisitet
- Risiko
- Øvrige samfunnsøkonomiske effekter
- Økonomi

De tre virksomhetsmodellene har blitt kvalitativt vurdert gjennom en rekke samlinger i ulike fora. Alle vurderingene går i favør av virksomhetsmodell 3 - klyngemodellen.

Alternativet med samling på Gaustad i en klyngemodell, med utvikling mot sør og der Ring 3 er lagt i tunell, kommer kvalitativt best ut i rangeringen. Alternativet er vurdert best med hensyn til mål for sykehusets kjernevirksomhet og med hensyn på gjennomførbarhet, men det er en usikkerhet knyttet til bygging av tunell. Etablering av tunell er vesentlig for å gi mulighet for samlokalisering og samhandling med Universitetet i Oslo, så vel som arealer til nærings- og boligutvikling, og for å oppnå tilgjengelige arealreserver i området.

Tre alternativer kommer deretter noenlunde likt ut: Å bygge ut sykehuset på Gaustad øst (med to ulike virksomhetsmodeller) og alternativet med delt løsning mellom Gaustad og Ullevål nord (med nivådelt virksomhetsmodell). Alternativene samlet løsning Gaustad øst med nåværende organisasjonsstruktur og samlet løsning Gaustad øst med klyngemodell, vurderes som likeverdige, da en klyngemodell i praksis ikke vil kunne fungere fullt ut med valg av Gaustad øst. Dette skyldes at alternativet innebærer at den somatiske delen av sykehuset deles i to, med Gaustad sykehus i mellom. Nivådelt virksomhetsmodell med bruk av Gaustad og Ullevål nord kommer noe svakere ut enn å samle sykehuset på Gaustad øst. Dette er i hovedsak knyttet til avstand mellom sykehusene og utfordringer med deling av mange spesialiteter i sykehuset. En nivådelt virksomhetsmodell medfører flytting av pasienter mellom sykehusene ved pasientforløp som går på tvers av funksjonsnivå. Drift av akuttmottak på to steder er utfordrende med hensyn til å kunne sikre rask tilgang til riktig kompetanse i alle akutsituasjoner. Ullevål nord mangler også gode offentlige transportløsninger.

Gjennomførbarhet og risiko under gjennomføringen vurderes som krevende ved delt løsning med bruk av Gaustad og Ullevål sør, spesielt med tanke på konflikter mellom drift og utbygging på Ullevål i en lang byggeperiode. I positiv retning trekker en større grad av tilgjengelig tomt med utvidelsesmuligheter og en enklere reguleringsprosess.

Full samling på Ullevål er særdeles utfordrende med hensyn til vernebestemmelser, gjennomføring og nødvendig robusthet. Å drive klinisk virksomhet og omfattende utbygging på samme område vil medføre store utfordringer og ta lang tid å gjennomføre. En annen svakhet er at den fysiske nærheten til universitetet ikke styrkes. Ved å beslaglegge hele tomten vil det heller ikke åpnes for by-/næringsutvikling i dette området og det vil heller ikke være rom for videreutvikling av sykehuset ved behov for dette. I tillegg fordrer dette alternativet at bygningsmassen på Rikshospitalet fra flyttes, og dette ansees ikke som aktuelt før anlegget på Rikshospitalet er utdatert. Alternativet vurderes derfor som uegnet og inngår ikke i den økonomiske vurderingen.

0-alternativet fremstår som meget krevende, særlig med sikte på konflikter med infrastruktur og drift i rehabiliteringsperioden som må antas å bli meget lang. 0-alternativet er kommet dårligst ut av vurderingen.

Det er gjennomført nåverdianalyser som viser at alternativ 5 Gaustad øst med klyngemodell kommer best ut, noe bedre enn alternativ 1 Gaustad øst med dagens virksomhetsmodell, alternativ 3 Ullevål nord/Gaustad med lokk og nivå delt virksomhetsmodell, samt alternativ 6 Gaustad sør med klyngemodell. Ved å ta hensyn til inntekter ved salg (dvs. analyse på HF-nivå), kommer alternativ 3 dårligere ut og man står igjen med alternativene 5, 1 og 6 som de «beste». Det er som nevnt over i kapittel 2.7.7 også utført beregninger av Oslo universitetssykehus HFs evne til å bære kostnadene ved de store investeringsalternativene, hvor beregningene viser at 0-alternativet ikke har bæreevne på lang sikt (negativ bæreevne), mens at beregningene for alternativ 6 viser at helseforetaket har økonomisk bæreevne til å håndtere kostnadene gitt de forutsetninger som er lagt til grunn. Det understrekes som nevnt at det er usikkerhet knyttet til slike beregninger.

## 2.9 Plan for videre arbeid

Gjennom *Idéfase OUS – Campus Oslo* er det utredet og evaluert alternative virksomhetsmodeller og alternative fysiske løsninger. Utbyggingen av Oslo universitetssykehus blir et omfattende prosjekt som kommer til å pågå over mange år. Det vil være nødvendig å dele opp prosjektet i etapper eller utbyggingstrinn som blir organisert og styrt som delprosjekter – samtidig eller i sekvens. Før man kan starte en etappevis planlegging og utbygging, må det fastlegges hvilket helhetlig løsningsforslag som skal realiseres. På grunnlag av høring og avklaringer av dimensjonerende forutsetninger (basert på arbeidet til Helse Sør-Øst med kapasitetsvurderinger og oppgavedeling i hovedstadsområdet, Tilregnelighetsutvalgets utredning og eventuelle føringer fra Nasjonal helse- og sykehusplan) høsten 2014, forventes det et tilstrekkelig grunnlag til å fremme en anbefaling om alternativer som skal videreføres i neste fase av arbeidet sammen med 0-alternativet. Ved videreføring av to til tre alternativer kan man i neste fase arbeide videre med tanke på en endelig anbefaling om lokalisering (samlet eller delt), fysisk løsning og virksomhetsmodell. Videre planlegging av helhetlig løsning må gjøres i nært samarbeid med Universitetet i Oslo og Oslo kommune, der hensynet til universitetet, ønsket byutvikling og ivaretagelse av kommunens behov inngår. I neste fase må det også gjennomføres konsekvensutredning av forhold som ligger utenfor selve etableringen av sykehusbygg.

I tillegg til helhetlig planlegging må neste fase også omfatte arbeid med å definere hensiktsmessige etapper for de ulike alternativer som videreføres. Inndeling i etapper gir mulighet for erfaringsoverføring og gjenbruk av generiske løsninger som blir utviklet i tidligere etapper. Dette gjør planlegging og bygging raskere i de etterfølgende etappene. Etappevis planlegging og utbygging gir også ønsket fleksibilitet gjennom mulighet til å justere planene underveis. Etappenes fremdrift og omfang må tilpasses foretakets finansieringsmuligheter, og disse må avklares før planarbeidet med første etappe igangsettes. Inkludert i dette ligger regionale føringer samt beslutning om medfinansiering fra Kunnskapsdepartementet/Universitetet i Oslo knyttet til undervisnings- og forskningsarealer.

En helhetlig planlegging vil ikke avsluttes ved oppstart av tidligfaseplanlegging for første utbyggingsetappe, men vil måtte videreføres frem til siste etappe er planlagt. Dette for å ivareta tversgående løsninger og for å sikre at hver etappe styres etter en samlet løsning.

Når det foreligger en beslutning om hvilken helhetlig løsning som skal realiseres, vil det være grunnlag for å initiere arbeidet med kommunal planbehandling etter Plan- og bygningsloven. Dette vil omfatte utarbeidelse av planprogram etterfulgt av detaljregulering.

### 3 Bakgrunn, mandat og arbeidsprosess

#### 3.1 Bakgrunn, hensikt og hovedkonsept

Oslo universitetssykehus HF (OUS) består av de tidligere helseforetakene Aker universitetssykehus, Rikshospitalet-Radiumhospitalet og Ullevål universitetssykehus og driver sin virksomhet på mer enn 40 adresser. Sykehuset leverer spesialisthelsetjenester og ivaretar både lands-, regions-, område- og lokalsykehusfunksjoner. OUS er landets største sykehus med over 23 000 ansatte og har et årlig driftsbudsjett på over 20 mrd. kroner. Sykehuset står for størstedelen av medisinsk forskning i norske sykehus og spiller en sentral rolle i utdanningen av landets helsepersonell. På sikt ønsker OUS å konsentrere sin virksomhet på færre lokaliteter. En flytting og sammenslåing av likartede aktiviteter vil gi bedre kvalitet og effektivitet i pasientbehandlingen samt legge grunnlag for en sunn økonomisk drift.

Idéfasen skal belyse om det er mulig å samle hele OUS på én lokalitet, eller om det er nødvendig eller ønskelig å benytte to områder langs Gaustad-Blindern-Ullevål-aksen. Det skal vurderes alternative løsningsforslag til utforming, sammensetning og organisering av sykehuset, inkludert omstilling av virksomheten basert på sykehusets overordnede strategi. Dette kan åpne for et mer kompakt og spesialisert sykehus med mindre arealbehov, men med større behov for å arbeide i nettverk med andre deler av helsetjenesten.

Av mandatet framgår at man ved siden av sykehusets primære behov, også skal utrede løsninger og mulighetsrom som oppføring av et nytt sykehus skaper for utvikling av samarbeidet med Oslo kommune, Universitetet i Oslo (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. Endelig skal det potensialet som ligger i å utvikle frigjorte OUS-arealer i Oslo og omegn tas med i utredningen.

#### 3.2 Behovsanalyse

Det er primært tre hovedårsaker til at OUS har behov for nye sykehusbygg:

- Store deler av virksomheten foregår i bygningsmasse som er gammel, uhensiktsmessig og i dårlig, til dels meget dårlig, stand, hvilket krever tiltak for å sikre avansert medisinsk virksomhet og for å kunne følge den medisinske og teknologiske utviklingen. Bygningsmassen gir dårlige forhold for både pasienter og ansatte samt unødig stort areal som er ineffektivt og kostnadsdrivende
- En sammenslåing av likartede aktiviteter er nødvendig for å oppnå bedre kvalitet og effektivitet i pasientbehandlingen samt gi sunn økonomisk drift.
- Det forventes en betydelig befolkningsvekst i Oslo og tilstøtende deler av regionen.

I tillegg til pasientbehandling har OUS omfattende og viktige oppgaver knyttet til forskning, utvikling, utdanning og innovasjon, oppgaver som løses best i samarbeid med nære samarbeidspartnere som UiO, Oslo kommune og høyskolene. Planlegging av nye sykehusbygg, storbylegevakt og livsvitenskapsbygg skjer så nær hverandre i tid og sted at det oppstår muligheter som går utover det enkelte prosjekt.

##### 3.2.1 Folketallsvekst

Prognoser for befolkningsutvikling i Oslo og nærmeste omegn viser en sterk vekst fram til 2030. I Oslo anslås økningen å bli på over 180 000 innbyggere (30 %), en vesentlig høyere økning enn landsgjennomsnittet. I tillegg øker befolkningen i Akershus og Vestre Vikens sykehusområder med om lag like mye både prosentvis og nominelt, noe som har stor betydning både for gjestepasienter gjennom fritt sykehusvalg og for OUS som regionsykehus og sykehus med nasjonale funksjoner.



Befolkningsutviklingen fram til 2030 vil også preges av at det blir flere eldre, selv om andelen eldre vil øke noe mindre enn i landet for øvrig. Dette gjenspeiler dels at befolkningsveksten i Oslo hovedsakelig skyldes innvandring til Oslo fra resten av landet og utlandet, dels høy fertilitet og sosioøkonomiske forskjeller i levetid. Andelen eldre over 80 år er beregnet til å øke med om lag 60 % i perioden (og 100 % i perioden fram til 2040). Den eldre befolkningen har et høyere forbruk av helsetjenester enn befolkningen for øvrig. Utviklingen vil trolig preges av flere friske eldre, men også av flere syke eldre med sammensatte sykdomstilstander. Behov for behandling og innleggelse siste leveår forventes å bli som i dag

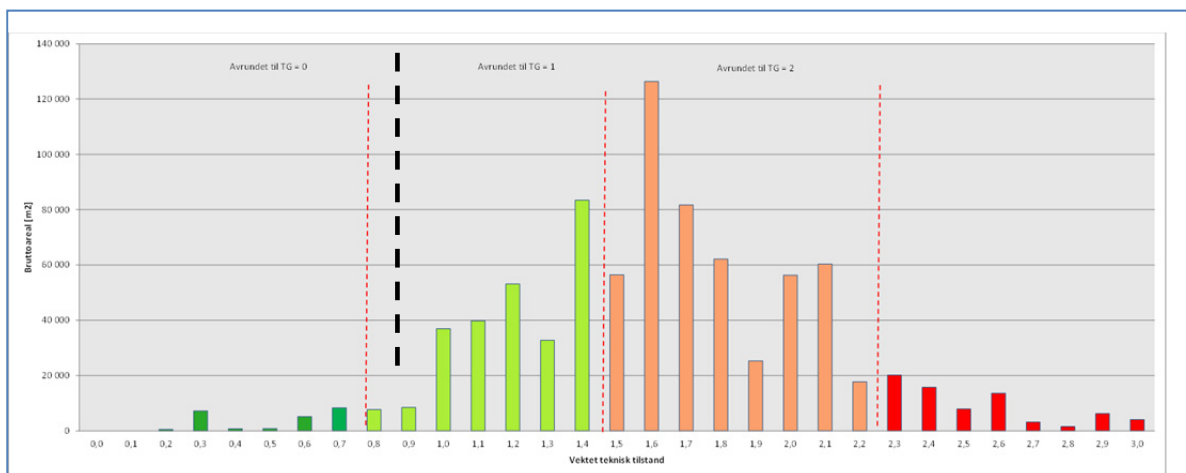
Økningen i livsstilssykdommer vil mest sannsynlig fortsette og i noen grad påvirke forbruket av helsetjenester innen enkelte områder.

Befolkningsøkningen vil innebære økt aktivitet for alle nivåer i helsetjenesten. Selv om en folketallsvekst på 30 % i perioden ikke vil gi behov for en tilsvarende arealøkning, forutsatt mer moderne bygg og investeringer i IKT og medisinsk teknologi som kan gi mer effektive pasientforløp gjennom bedre samhandling og nye behandlingsmetoder, er det et åpenbart at den demografiske utviklingen i seg selv gir økt arealbehov.

### 3.2.2 Bygningsmessige forhold

Store deler av bygningsmassen er i dårlig teknisk stand og lite egnet som bygg for dagens og framtidens helsetjenester. En tilstandsanalyse utarbeidet i 2011 for Helse Sør-Øst RHF (HSØ) av Multiconsult viser at den gjennomsnittlige alderen for bygningsmassen i OUS var 49 år, mens landsgjennomsnittet for sykehusbygninger var ca. 40 år. Dersom bygningsmassen ved Rikshospitalet holdes utenfor sammenlikningen er snittalderen for den resterende bygningsmassen i OUS nå nærmere 60 år. Bygningsmassen ved OUS vurderes til å ha dårligere tilstandsgrad enn sykehus i resten av regionen og landet.

Rapporten viser videre at om lag 52 % av bygningsmassen er av tilstandsgrad 2 eller dårligere, som tilsvarer utilfredsstillende eller svært dårlig tilstand. Ullevål har dårligst vektet tilstandsgrad av alle sykehus i HSØ, og Aker har tredje dårligste tilstandsgrad. Rikshospitalet-Radiumhospitalet som var ett foretak til 2009, kommer bedre ut enn gjennomsnittet. Erfaringene etter at rapporten ble skrevet, er imidlertid at det meste av bygningsmassen som brukes til klinisk aktivitet ved Radiumhospitalet er betydelig dårligere enn tidligere antatt. Rikshospitalet (fra 1999) og forskningsbygg, hotell og strålebygg på Radiumhospitalet er i god stand. Rikshospitalet er imidlertid maksimalt utnyttet nå med infrastruktur som ikke tåler ytterligere belastning.



Figur 13 - Arealfordeling per vektet tilstandsgrad



Tabell 5 - Vektet tilstandsgrad per lokalitet

Lokasjon	Samlet vektet tilstandsgrad
SSE	1,3
Aker sykehus	1,6
Gaustad	1,8
Ullevål sykehus	1,7
Dikemark	1,9
Rikshospitalet	1,4
Radiumhospitalet	1,7
<b>Samlet</b>	<b>1,6</b>

Tilstandsgrad er vurdert etter *NS 3424 Tilstandsanalyse av byggverk* hvor 0 er bra, 1 akseptabel, 2 dårlig og 3 svært dårlig.

Dårlig bygningsmasse har medført en rekke pålegg knyttet til arbeidsmiljø, brannsikring og sikkerhet. Utbedringer knyttet til arbeidsmiljø alene er beregnet å koste 8-9 mrd. kroner, hvorav utbedringer med en kostnad estimert til 4 mrd. kroner burde vært gjennomført omgående. Det er igangsatt omfattende tiltak for å imøtekomme pålegg og forhindre nye. Omfanget er imidlertid så stort at det er nødvendig med omfattende prioritering av hensyn til økonomi, tilgang på kompetanse og driftsutfordringer for den kliniske virksomheten knyttet til byggeaktivitet. I slik prioritering er det bare de viktigste tiltak som når opp.

HSØ har gjennom budsjett for 2014 stilt til disposisjon ekstraordinær likviditet på inntil 350 mill. kroner til nødvendige bygningsmessige investeringer for å lukke avvik knyttet til arbeidsmiljø og tilsyn fra Direktoratet for sikkerhet og beredskap. OUS vil ha betydelige årlige kostnader knyttet til slike bygningsmessige tiltak i mange år framover. Utfordringen er også at slike tiltak i liten grad medvirker til å effektivisere den kliniske virksomhet.

En ytterligere problemstilling er knyttet til vernebestemmelser. Rundt 273 000 kvm av OUS sin bygningsmasse er vernet eller fredet gjennom Landsverneplanen for spesialisthelsetjenesten. Dette gjør det vanskelig å tilpasse og videreutvikle byggene til å møte nye tekniske eller funksjonelle krav knyttet til den kliniske driften.

### 3.2.3 Sykehusets strategi for gode og effektive helsetjenester

Norges største medisinske og helsefaglige miljø ble etablert ved fusjonen av universitetssykehusene i Oslo i 2009. OUS er landets mest komplette sykehus. Det fungerer som lokal- og områdesykehus for Oslos befolkning, samtidig som det er regionssykehus for innbyggerne i HSØ. Sykehuset har også en rekke nasjonale funksjoner og er en stor og aktiv forsknings- og utdanningsinstitusjon.

Utfordringene i det sammenslåtte sykehuset er mange og store. Virksomheten foregår spredt ved ulike lokaliteter, hvilket vanskeliggjør samordning og utvikling av gode samarbeidsformer. I tillegg til utfordringer med dårlig bygningsmasse, har sykehuset utfordringer av økonomiske og kapasitetsmessige art. Pasienter gir tilbakemelding om at de opplever tilbudet som oppstykket og lite samordnet.

For å oppnå bedre kvalitet i pasientbehandlingen samt legge grunnlag for en sunn økonomisk drift har OUS i Strategi 2013 - 2018 vedtatt å konsentrere sin virksomhet på færre lokaliteter. Spesielt for mindre fagområder og for utstyrskrevenende fag kan det være betydelige kvalitetsgevinster eller besparelser knyttet til sambruk av personell og utstyr. For de største fagmiljøene kan det være aktuelt å omfordele funksjoner og beredskap for å skille bedre mellom elektiv og akutt virksomhet.

For å kunne flytte sammen likeartet aktivitet i tråd med denne strategien, trengs mer areal der funksjonene samles og mindre areal der aktivitet reduseres. Videre krever nesten all omfordeling av funksjoner bygningsmessige tilpasninger. Med et utgangspunkt på om lag en million kvadratmeter spredt på mer enn 40 adresser og om lag 185 bygninger, er en slik oppgave svært vanskelig uten en mer samlet bygningsmasse. Gjennom nye bygg kan det også bedre legges til rette for framtidrettede behandlingsformer som økt dagbehandling/poliklinikk, bedre smittevern, utnyttelse av ny teknologi samt å få til en mer effektiv logistikk og pasientflyt. Denne utviklingen vil i noen grad også kunne gjennomføres uten nybygg, men både hastighet på omstillinger og samlet potensial for forbedringer er begrenset av dagens bygningsmessige forhold.

I tillegg til mer effektiv drift og økt kvalitet gjennom flytting og sammenslåing av likeartede aktivitet, vil nye bygg gi grunnlag for mer arealeffektiv drift. Om lag en million kvadratmeter bygningsmasse er betydelig mer enn OUS har bruk for om det hadde det vært en moderne og effektiv bygningsmasse. Framtidig areal i OUS avhenger av valg av utbyggingsløsning og andel nybygg.

Figuren nedenfor viser hvilken somatisk virksomhet som foregår ved OUS sine fire hovedlokalteter. Mange pasientforløp omfatter flere av lokalitetene. De horisontale linjene indikerer hvilke pasienttilbud som finnes flere steder i sykehuset. Intensivtilbud finnes kun ved Rikshospitalet og Ullevål. Når pasienter ved Radiumhospitalet eller Aker får behov for intensivbehandling må de transporteres til Rikshospitalet eller Ullevål. For svært syke pasienter kan transport være uheldig og medføre svekket prognose.

 <b>RIKSHOSPITALET</b>	 <b>RADIUMHOSPITALET</b>	 <b>ULLEVÅL</b>	 <b>AKER</b>
<b>(Akuttmottak)</b>		<b>Akuttmottak</b>	Akuttmottak på post
Intensiv / PO	PO	Intensiv / PO	PO
Hjerte-, lungekirurgi		Hjerte-, lungekirurgi	
Karkirurgi			Karkirurgi
Hjerte-, lungemedisin		Hjerte-, lungemedisin	
Nevrokir. og nevrologi		Nevrokir. og nevrologi	
Gastrokir. og gastromed.	Gastrokir.	Gastrokir. og gastromed.	
Nyremed.		Nyremed.	
Blodsykdommer		Blodsykdommer	
Infeksjonsmedisin		Infeksjonsmedisin	
	Onkologi	Onkologi	
Kvinne, barn		Kvinne, barn	
Plastikk kir.	Plastikk kir.	Plastikk kir.	
	Bryst-, endokrinkir.	Brystkir.	Endokrinkir.
Endokrinologi		Endokrinologi	Endokrinologi
Urologi	Urologi		Urologi
Ortopedi	Ortopedi	Ortopedi	Ortopedi

Figur 14 – Dupliserte funksjoner i OUS

### 3.2.4 Potensial for samarbeid om behandling, forskning og verdiskapning

OUS sine oppgaver knyttet til forskning og utvikling, utdanning og innovasjon løses best i et samarbeid med UiO, Oslo kommune, høgskolene og andre relevante aktører. Potensialet i disse samarbeidsrelasjonene er betydelig. Planleggingen av nye sykehusbygg, storbylegevakt og livsvitenskapsbygg skjer så nær hverandre i tid og sted at det oppstår muligheter utover det enkelte prosjekt. Utvikling av UiO i retning av Gaustad som vist i UiO sin utviklingsplan gir spesielt gode muligheter for samlokalisering av likeartet virksomhet dersom OUS velger en løsning med (deler av) sin aktivitet i Gaustad-området..

Videreutvikling av medisinsk teknologi vil føre til at større deler av medisinsk teknisk utstyr (MTU) blir automatisert eller mer effektivt, samtidig som funksjonaliteten bedres og man får mer igjen for investeringene. Det er ikke like klart hvilke nye teknologier som vil ha størst betydning for helse-tjenestene fra 2030 og framover, men mye tyder på at nye IKT-løsninger, sensorteknologi, nanoteknologi og ny molekylærgenetisk forståelse om få år vil åpne for muligheter som kommer til å endre helsevesenet slik at man blir i stand til å tilby pasienter et helt annet behandlingstilbud enn i dag. Store deler av utviklingen vil skje innenfor fagområder som bioinformatikk, molekylærbiologi, matematikk eller andre matematisk-naturvitenskapelige fag. Nært samarbeid og helst samlokalisering med de naturvitenskapelige miljøene ved UiO vil gi gode forutsetninger for å utvikle seg som internasjonalt ledende miljø innenfor livsvitenskap.

OUS skal planlegges med god tilgjengelighet og offentlig kommunikasjon for pasienter, pårørende, ansatte og studenter. Det er viktig med god tilgjengelighet både for akuttransport og for annen transport samt bedre tilknytning til kollektiv transport. Videre skal det planlegges for mindre behov for interntransport i sykehuset. Tilrettelegging for noe mer service- og utleieareal vil bidra til å øke allmenhetens tilgjengelighet til den medisinske bydelen(e).

Potensialet som ligger i å utvikle frigjorte arealer, vil gi mulighet for byutvikling i form av både boligareal og næringsareal. Foreløpige planer for utvikling av frigjorte arealer er drøftet med kommunen og et utvalg naboer og eiendomsutviklere. Selv om det er tidlig i prosessen framstår det som om den skisserte byutviklingen vil være attraktiv og kan gjennomføres i tråd med kommunale føringer.

### 3.3 Mål for Idéfase OUS – Campus Oslo

Prosjektgruppen for idéfasen skal med basis i prosjektets mandat og prosjektets hensikt, identifisere og utrede flere alternative løsninger for samlokalisering av sykehuset. Det skal tenkes bredt for å sikre at flere alternative utviklingsveier for OUS utredes og vurderes. Styret for OUS har likevel bedt om spesielt å vurdere konsekvensene av følgende hovedalternativer:

- **0-alternativet:** Ingenting endres. Man satser på å opprettholde dagens virksomhet i dagens bygg til en lavest mulig kostnad. Nullalternativet skal framstilles sammenlignbart med de øvrige alternativene når det gjelder planhorisont og konsekvenser for investeringer og drift.
- **Scenario 1A:** full samlokalisering i området Gaustad-Blindern: All virksomhet flyttes til området som i dag huser Rikshospitalet, Gaustad sykehus og UiO sine lokaler ved Ring 3. Dette alternativet forutsetter at Ring 3 legges i tunell ved Gaustad, og at det bygges nytt i området rundt.
- **Scenario 1B:** full samlokalisering på Ullevål sykehus: All virksomhet flyttes til Ullevål sykehus. Siden mange bygninger på Ullevål er fredet, kreves da et samarbeid med vernemyndigheter for å utvikle området på den mest hensiktsmessige måten.
- **Scenario 2:** delt lokalisering mellom Ullevål og Rikshospitalet/Gaustad: Sykehusets enheter og funksjoner fordeles mellom Ullevål og Rikshospitalet/Gaustad. For utbygging på Ullevål gjelder samme forutsetninger som i scenario 1B, og for Gaustad-området gjelder samme som i scenario 1A.

I scenario 1A vil det være mulig å etablere et begrenset alternativ som kun benytter arealer på oversiden av Ring 3, men full utnyttelse av området krever at Ring 3 legges i tunell. Her vil det være aktuelt å se på ulike varianter.

I scenario 1A, 1B og 2 skal det også synliggjøres investeringsbehov i eksisterende bygningsmasse fram til nye bygg i disse scenarioene kan tas i bruk.

I tillegg til å legge grunnlag for en utviklingsretning for sykehusets virksomhet og bygningsmasse, skal idéfasen peke på hvordan en nyetablert Storbylegevakt kan plasseres i nærheten av OUS sitt akuttinntak i de ulike løsningsforslagene. Som en del av virksomhetsavklaringer, inngår det å se på mulig omfordeling av oppgaver mellom OUS, Oslo kommune og de private ideelle sykehusene. Hvilke funksjoner som kan overføres til andre skal kartlegges og defineres etter faglig utredning og i henhold til sykehusets overordnede strategi. Arbeidet skal koordineres med parallell prosess for funksjonsfordeling og kapasitetsbehov i hovedstadsområdet.

Sykehusets muligheter til valg av løsninger for drift, arealbehov og lokalisering avhenger av involvering, samarbeid og avklaringer med flere aktører. Behovet for avklaringer med andre, avhenger blant annet av lokalisering og hvilket alternativ man utreder.

Planleggingen skal avstemmes med UiO sine vedtatte planer for nytt livsvitenskapsbygg i Forskningsparken på Gaustad. Planleggingen skal også ta hensyn til planene om Storbylegevakt og andre større samfunnsprosjekter som kan være aktuelle i Oslo.

Idéfase har ikke hatt som oppgave å foreslå tiltak som måtte være påkrevet i et kortsiktig perspektiv (3-10 år).

### 3.4 Mandat og rammer for Idéfase OUS – Campus Oslo

Følgende styrevedtak i OUS er sentrale for *Idéfase OUS – Campus Oslo*:

- Styret for 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 for OUS vedtok i styremøte 17.12.2012, sak 84/2012, Strategi for Oslo universitetssykehus 2013-18
- Styret for OUS vedtok i styremøte 17.12.2012, sak 85/2012, igangsettelse av samlet idéfase for videre utvikling av sykehusets drift, areal og plassering. Styrets vedtak lyder:
  - Styret vedtar oppstart av samlet idéfase for somatikk, psykisk helse og avhengighet i OUS.
  - Styret ber om å bli holdt løpende orientert.

Videre har Styret i HSØ i møte den 14.3.2013, sak 020/2013, gitt sin tilslutning til at idéfasearbeidet igangsettes. Det ble presisert at realisering vil kreve en trinnvis prosess som må tilpasses økonomiske rammebetingelser. Styrets enstemmige vedtak:

- Det er etter styrets oppfatning i den framlagte utviklingsplanen lagt et godt grunnlag for videreføring av arbeidet med utviklingen av Oslo universitetssykehus HF, herunder en videre utvikling av bygningsmassen. Styret gir sin tilslutning til at arbeidet videreføres i tråd med det som er skissert.
- Styret vil påpeke at det framlagte mandatet for idéfase beskriver en utvikling som er svært omfattende, med et innhold som omfatter byutvikling, utvikling relatert til UiO i Oslo og omfattende samferdselsrelaterte problemstillinger. Både planens omfang og tidshorizont er av en slik art at den må kunne sies å ligge på grensen av det som normalt vil være omfattet av en ordinær idéfase. Styret legger til grunn at realisering og videre utvikling av Oslo universitetssykehus HF uansett vil kreve en trinnvis prosess med flere enkeltprosjekter som må planlegges innenfor en helhetlig ramme og retning. Det forutsettes at idéfasemandater for enkeltprosjekter som foreslås på basis av dette arbeidet forelegges HSØ før videre arbeid med slike prosjekter igangsettes, og at prosjektene tilpasses de økonomiske rammebetingelser.
- Styret ber Oslo universitetssykehus HF i sitt videre arbeid nøye vurdere hvordan utviklingsplan og idéfasearbeidet skal avstemmes i forhold til arbeidet med enkeltprosjekter, slik at det sikres et godt fundament for den videre utvikling av helseforetaket.
- Styret forutsetter at det iverksettes nødvendige tiltak ved Oslo universitetssykehus HF for å oppfylle bygningsmessige lovkrav og for å opprettholde en forsvarlig drift inntil den endelige utbyggingen er fullført.

På bakgrunn av styrets vedtak har administrerende direktør for OUS fastsatt et styringsdokument for *Idéfase OUS – Campus Oslo*. Styringsdokument fastlegger rammevilkårene for idéfaseutredning av nytt OUS, og beskriver hva denne delen av tidligfaseplanleggingen omfatter, mål for arbeidet, hvordan styringsstrukturen er bygget opp, hvilke aktører som inngår i prosjektet, hvilket ansvar og fullmakter som er tillagt de ulike aktørene samt krav til leveranser. Videre redegjøres det for strategier for at prosjektet skal oppnå målene.

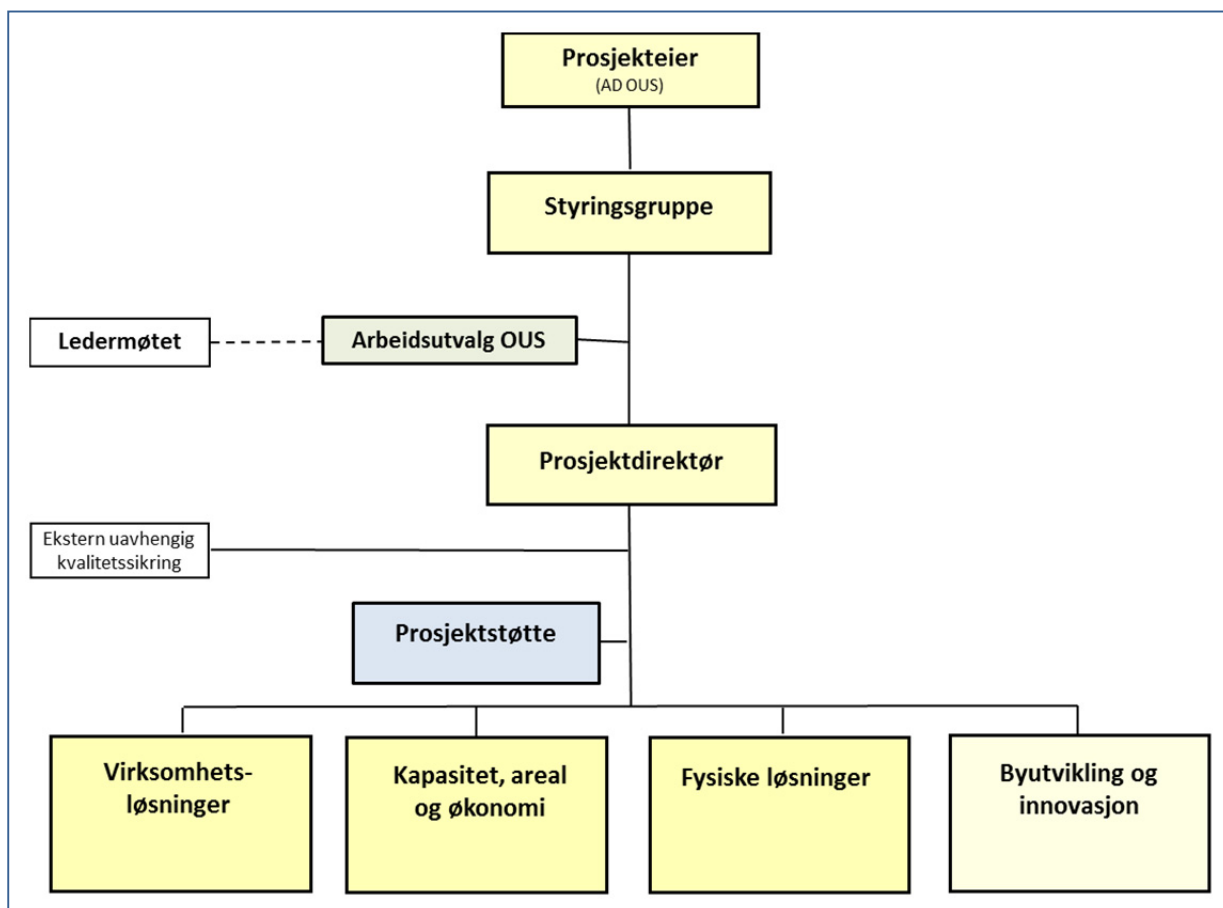
Prosjekteier er OUS ved administrerende direktør.

### 3.5 Organisering og medvirkning

Administrerende direktør har vært prosjekteier og ledet styringsgruppen som har bestått av viseadministrerende direktør for medisin, helsefag og utvikling, viseadministrerende direktør for økonomi, juridisk og IKT, direktør for forskning, innovasjon og utdanning, kommunikasjonsdirektør, direktør for Oslo sykehuservice, tillitsvalgte, vernetjeneste og leder for brukerutvalget, kommunaldirektørene for Byutvikling og Eldre og sosiale tjenester i Oslo kommune, eiendomsdirektør ved UiO, Dekan ved Det medisinske fakultet ved UiO og konserndirektør fra Helse Sør-Øst.

Arbeidet med idéfasen har vært organisert med en prosjektgruppe under ledelse av en prosjektdirektør fra OUS. Prosjektgruppen for øvrig har til dels bestått av ansatte fra sykehuset og til dels av innleide ressurser fra Hospitalitet, Terramar, Faveo, COWI og Nordic Office of Architecture. For øvrig har Ratio Arkitekter, C.F. Møller, Multiconsult, Foss & Co, SINTEF, Bygghanalyse, Oslo Economics og OPAK/Metier utført oppdrag for prosjektet. Prosjektgruppen har hatt ukentlige møter hvor drøfting og vurdering av de ulike oppgavene har vært på agendaen. Styringsgruppen har hatt møter om lag en gang pr. måned.

Det har vært holdt en rekke møter med ledergruppen i OUS, tillitsvalgte, brukerutvalg og ungdomsråd. En faglig rådgivningsgruppe med representanter fra klinikkene, de private ideelle sykehusene, UiO, tillitsvalgte, brukere og HSØ har vært sentral i arbeidet med virksomhetsløsninger.



Figur 15 – Organisasjonsdiagram - prosjektorganisasjon

OUS og HSØ har, uavhengig av prosjektet, arbeidet med flere utredninger som prosjektet har hensyntatt i arbeidet. Dette gjelder bl.a. pågående idéfase for protonsenters, tidligere idéfase for Regional sikkerhetsavdeling, de regionale prosjektene vedrørende fremtidig kapasitetsbehov og oppgavedeling i HSØ, plan for bygningsmessig utbedring mv. *Idéfase OUS – Campus Oslo* er så langt mulig koordinert med disse utredningene.

Det har vært avholdt møter og gitt informasjon om prosjektet til UiO og til Høgskolen i Oslo og Akershus. Det er videre avholdt flere møter med Oslo kommune, både i forhold til tomte- og regulerings spørsmål, som ansvarlig for Storbylegevakten og for generell informasjon om prosjektarbeidet. Det er også avholdt møter med Lovisenberg diakonale sykehus (LDS) og Diakonhjemmet sykehus (DS) om fremtidig oppgavefordeling. Alle nevnte interessenter er viktige bidragsytere og samarbeidspartnere i det videre arbeidet med utviklingen av sykehuset. Det er også søkt råd hos andre organisasjoner som er vurdert som sentrale interessenter så som Statens veivesen, RUTER, Næringsforeningen og pressen.

Det er videre søkt informasjon og råd fra andre foretak som har erfaring fra lignende prosjekt. Koordineringsmøte og erfaringsutveksling er gjennomført med Vestre Viken HF og Sykehuset Østfold HF sammen med HSØ. Studiebesøk er gjennomført på St. Olavs Hospital og Karolinska Sjukhuset. Begge disse sykehusene er nordiske universitetssykehus i en utbyggingsfase for sine respektive sykehus som det er nyttig å innhente erfaring fra. Det har også vært gjennomført studietur til London og Firenze, hvor hovedfokus var på hhv. organisering av sykehus og integrasjon av sykehus i byperspektiv.

### 3.5.1 Deltagere i prosjektet

Prosjektet har bestått av en kjernegruppe på 10-15 personer sammensatt av interne og eksterne ressurser. I tillegg har det inngått et stort antall personer som har vært inne i arbeidet med deloppgaver og disse ressursene har sammen med kjernegruppen utgjort en 60-70 personer.

Det har vært nedsatt en egen faglig rådgivningsgruppe som har bidratt i utredningen av virksomhetsløsninger. Det har også vært gjennomført tematiske møter om virksomhetsspørsmål og flere idédugnader om fysiske løsninger, byutvikling og innovasjon. Her har det vært bred deltagelse fra OUS, samarbeidspartnere og andre relevante aktører. Til sammen har mer enn 300 personer vært involvert i arbeidet.

#### Delprosjekt virksomhetsløsninger:

Tone Ikdahl, Kreft, kirurgi og transplantasjonsklinikken /Stab medisin, helsefag og utvikling (leder)  
Harald Noddeland, Akuttklinikken  
Inger Nina Farstad, Klinik for diagnostikk og intervensjon  
Morten Mowe, Medisinsk klinikk  
Odd Bakken, Kvinne- og barneklubben  
Trine Sand Kaastad, Klinik for kirurgi og nevrofag/ Stab pasientsikkerhet og kvalitet  
Øystein Dolva, Oslo Sykehuservice  
Øystein Kjos, Klinik for psykisk helse og avhengighet  
Nina Engelhardtson Fosen, Terramar AS  
Prosjektgruppen har hatt ukentlige møter.

#### Faglig rådgivningsgruppe

KBK:	Odd Bakken	Guttorm Haugen
Med:	Kåre Birkeland	Nina Tallaksen
HLK:	Ole Sejerstedt	May-Britt Lund
KDI:	Erik Fosse	Gunnar Sandbæk
KKT:	Pål Dag Line	Kjell Magne Tveit
PHA:	Anne Karin Rustad Rudi	Kari Bakke Larring
Akutt:	Anders Holtan	Terje Klufften
KKN:	Terje Osnes	Marianne Martinussen
OSS:	Torun Gjesdahl	
Stab:	Kari Skredsvik	Elisabeth Søyland
	Lars Erik Kjekshus	Turid Orvik



### Faglig rådgivningsgruppe (fortsetter)

Brukerutvalg:	Tove Nakken		
UiO:	Frode Vartdal	Morten Dæhlen	
HSØ:	Glenn Flandorfer	Jonny Kildal	Per Meinich
Oslo kommune:	Endre Sandvik*	Jon Ørstavik	
TV:	Åsmund Bredeli	Vibeke Kristiansen	Ellen Tønsager
VT:	Per Oddvar Synnes		
Lovisenberg	Erik Omland		
Diakonhjemmet	Anne Wenche Lindboe		

\* Endre Sandvik deltok i faglig rådgivningsgruppe til årsskiftet 2013/14.

Faglig rådgivningsgruppe har hatt 3 møter høsten 2013 og 3 møter vinter/vår 2014.

### Delprosjekt Kapasitet, areal og økonomi:

Svein Petter Raknes, Hospitalitet (leder)

Øyvind Wøllo, Glenn Ruud, Dag Refvem, Inger Heiberg, Thomas Magnusson, Elin Berggren m.fl. fra OUS/OSS.

I tillegg har inngått 18-20 eksterne ressurser fra firmaene, Sintef, Hospitalitet, Bygghanalyse, Multiconsult, Oslo Economics, Foss % Co.,

### Delprosjekt fysiske løsninger

Johannes Eggen, Nordic (leder)

I tillegg har inngått 12-14 eksterne ressurser fra firmaene Nordic, Ratio, CF Møller, Norconsult, Sweco m.fl.

### Delprosjekt byutvikling og innovasjon

Jon Østensvig, Terramar (leder)

Andreas Moan (frem til 31.12.14) og Kari Kværner (siste del av prosjektet) fra OUS og Marius Øgaard, Oslotech. Gruppen har hatt en rekke møter og kontakter med relevante aktører og har videre jobbet tett integrert med delprosjekt fysiske løsninger og prosjektet for øvrig.

### Prosjektstøtte

Lars Magnussen, Faveo Prosjektledelse (fom. 01.01.14). Gunnar Stumo, Hospitalitet (før 01.01.14)

Øystein Dolva, Oddny Hitland, Tone Mydske Olsen, Oslo sykehuservice

Berit Laagard, kommunikasjonsavdelingen OUS.

I tillegg har juridisk avdeling utført bistand v/Camilla Njå, Nina Irgens Haugen og Anne Ckristine Røthe. For øvrig har direktørens kontor ved OUS i mange sammenhenger ydet verdifull bistand.

Nils Hjorthol, OUS har vært prosjektleder.

## 3.6 Aktiviteter i idéfasen

Idéfase har vært gjennomført i samsvar med veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter. Etter et omfattende idéspørsmål har ulike alternativer vært identifisert og utredet på et overordnet nivå. Deretter er alternativene blitt vurdert og sammenlignet ut fra forutsetninger om behov, mål, ambisjonsnivå, kapasitet og økonomi.



Det er utarbeidet egne delrapporter for arbeidet i delprosjektene virksomhetsløsninger, kapasitet, areal og økonomi, fysiske løsninger og byutvikling og innovasjon. Vurderingene i delprosjektene er lagt fram for styringsgruppen for behandling underveis og løpende koordinert mellom delprosjektene.

Evalueringen av alternativer som medtas videre er gjennomført i to faser;

1. En grovevaluering av resultatene fra idésøk innen virksomhetsløsninger og fysiske løsninger for å bestemme hvilke signifikant forskjellige alternativer som er best egnet for inngående vurdering
2. En samlet evaluering av de gjenstående virksomhetsmessige og fysiske løsninger med sikte på å fastslå hvilke alternativer som er best egnet for å utredes videre i neste fase.

### 3.7 Kvalitetssikring

Det er gjennomført ekstern kvalitetssikring av arbeidet i prosjektet i tre trinn med innhold; 1) Prosjektorganisering og styringsopplegg, 2) Prosess og metodikk og 3) Idéfaserapporten. Trinn 1 og 2 er gjort henholdsvis innledningsvis og underveis i arbeidet, mens del 3 gjøres når rapporten foreligger for høring. To delrapporter med innspill til arbeidet er levert, i tillegg til løpende tilbakemeldinger. Innspillene er vurdert av styringsgruppen og ledergruppen i prosjektet og er hensyntatt i arbeidet.

### 3.8 ROS-analyse

ROS-analyse av aktuelle alternativer er gjennomført i sluttfasen av prosjektet. På dette stadiet av planleggingen blir vurderingene på et overordnet nivå, og mer detaljerte ROS-analyser må utarbeides i senere faser av planleggingen.

Den mest alvorlige risiko er så langt vurdert å være knyttet til alternativene som legger opp til lange perioder med klinisk drift tett inntil omfattende rehabilitering og oppgradering av bygg.

### 3.9 Referanseprosjekter

Flere andre store sykehus har de siste årene planlagt og bygget nye lokaler for vesentlige deler av sin virksomhet. Problemstillingen har i stor grad vært den samme som ved OUS. Mye av lokalene har vært gamle, i dårlig teknisk forfatning, og uhensiktsmessige for dagens og morgendagens sykehusdrift. Ved OUS faller det meste av bygningsmassen inn under denne kategorien.

Ved Skejby i Danmark bygges det rundt 250 000 kvm nybygg for å etablere et samlet sykehus (av tidligere spredte enheter) på rundt 400 000 kvm. Karolinska sjukehuset i Stockholm har virksomhet ved to lokaliteter. På Karolinska Solna bygges det ca. 330 000 kvm nybygg for å samle hoveddelen av den kliniske virksomheten. I tillegg vil det fortsatt være full klinisk virksomhet i Astrid Lindrens barnsjukhus (15 000 kvm) samt i et klinisk laboratoriebygg. Det er dessuten igangsatt byggeprosjekter svarende til 90 000 kvm forskningsbygg for Karolinska Institutet som flytter ut av 45 000 kvm gammel bygningsmasse. Ved Karolinska Huddinge bygges det 27 000 kvm til klinisk virksomhet og 15 000 kvm til laboratorieforskning i tillegg til en eksisterende bygningsmasse på ca 450 000 kvm. I Stavanger er det gjennomført en idéfase der ett av alternativene er et nybygg på rundt 250 000 kvm som erstatning for dagens sykehus på Våland.



## 4 Virksomhetsbeskrivelse

### 4.1 Utgangspunkt i Strategi 2013–18 og Arealutviklingsplan 2025

Arbeidet med virksomhetsløsninger bygger videre på den utviklingsretning som er lagt for OUS gjennom Strategi 2013-18 og Arealutviklingsplan 2025. Siden arealutviklingsplanen hadde større fokus på utvikling av bygningsmasse enn virksomhet, har virksomheten blitt viet spesiell oppmerksomhet i idéfasen. Delprosjekt virksomhetsløsninger har oppdatert og supplert innholdet i arealutviklingsplanen, slik at det nå foreligger en fullverdig utviklingsplan som del av idéfasens beslutningsgrunnlag.

Strategi 2013-18 har som et hovedmål at OUS skal ta utgangspunkt i pasientenes perspektiv. Et sykehus som bygges for framtidens pasienter må være tilpasset en ny tids samfunnsmessige behov og utviklingstrender. Økende bevissthet blant brukerne om rettigheter og muligheter er i ferd med å forandre pasientens rolle fra passiv mottaker til informert medvirker. Det ligger et betydelig potensial i å involvere brukerne og sette dem i stand til både å ta større ansvar for egen helse og til å bidra aktivt i planleggingen av nytt sykehus.

Pasientenes behov skal være førende for struktur og innhold i sykehuset. Gode, forutsigbare pasientforløp skal ligge til grunn for valg av virksomhetsmodell. Tverrfaglige miljø som utreder og behandler pasienten skal samles. Det innebærer at et nytt sykehus må ha bygningsmessige og tekniske løsninger som legger til rette for samarbeid om pasientforløp på tvers av spesialiteter og yrkesgrupper i sykehuset. Det må være IKT-løsninger som gjør det enkelt å kommunisere med så vel andre sykehus og primærhelsetjeneste som med pasienter. Samarbeid på tvers av spesialiteter, yrkesgrupper og funksjonsnivåer i helsetjenesten vil gi bedre sammenheng i pasientforløpene. Samtidig vil nye samarbeidskonstellasjoner ha positive effekter på forskning og innovasjon. Ny og fleksibel bygningsmasse med moderne teknologi må til dersom Norges største universitetssykehus skal kunne utvikle seg videre som ledende akademisk senter innen forskning, utdanning og innovasjon.

Nye samarbeidsformer, medisinske tilbud og teknologiske nyvinninger er også nødvendig for å kunne møte framtidens befolkningsvekst og bemanningsutfordringer.

### 4.2 Nasjonale og regionale føringer

Staten har et overordnet ansvar for at befolkningen skal få de nødvendige tjenester fra spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenestens samfunnsansvar er å yte tjenester av god kvalitet innenfor rammene av velferdsstatens grunnleggende etikk og moral, og å følge bestemmelser gitt i pasientrettighetsloven, helseforetaksloven, spesialisthelsetjenesteloven, Nasjonal helse- og omsorgsplan samt føringer gitt i de årlige oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Den nasjonale visjonen fra helsereformen i 2002 «Gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger når de trenger det, uavhengig av, alder, bosted, kjønn, økonomi og etnisitet» og de nasjonale verdiene for helseforetakene «kvalitet, trygghet og respekt», er lagt til grunn for OUS sin strategi og verdigrunnlag.

Helse- og omsorgsdepartementet stiller midler til rådighet for HSØ og øvrige regionale helseforetak gjennom et årlig oppdragsdokument. HSØ skal utføre pålagte oppgaver og gjennomføre styringskravene innenfor tildelte rammer og vedtar.

I tråd med nasjonale føringer skal sykehuset sørge for at forskning, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende ivaretas på en måte som underbygger god og forsvarlig pasientbehandling. Det skal legges vekt på likeverdige helsetjenester og arbeid for å redusere sosiale helseforskjeller mellom befolkningsgrupper, herunder innvandregrupper. Pasienter og brukere må ha trygghet for at tjenestene er tilgjengelige, og for at de blir møtt med omsorg og respekt.

OUS er tillagt ansvar for en rekke nasjonale og regionale behandlings- og kompetansetjenester. Sykehuset samarbeider med universitet og høyskoler om utdanning av helsepersonell. Utdanningsaktivitetene er regulert i egne avtaler med utdanningsinstitusjonene og skal være tilpasset samfunnets framtidige behov. OUS har i samarbeid med UiO blitt tillagt en sentral rolle for forskningen i HSØ. Sykehuset skal støtte og styrke forskningsaktivitet ved de andre helseforetakene, blant annet gjennom sentrale støttefunksjoner og forskningsnettverk.

Flere pågående regionale og nasjonale prosjekter kommer til å legge føringer for den videre utvikling av OUS. I HSØ pågår en kartlegging av framtidig kapasitetsbehov i regionen. Rapporten som vil foreligge høsten 2014, kommer til å få betydning for framtidig oppgavedeling mellom helseforetakene. En innstilling fra tilregnelighetsutvalget høsten 2014 vil få betydning for dimensjonering av regional sikkerhetsavdeling. Nasjonal helse- og sykehusplan som skal legges fram for Stortinget høsten 2015 kommer til å legge føringer for all sykehusplanlegging i Norge.

### 4.3 Hovedtrekk i dagens virksomhet

#### 4.3.1 Opptaksområde og funksjonsfordeling

OUS yter et bredt spekter av spesialisthelsetjenester og har nasjonale funksjoner, flerregionale og regionale funksjoner for HSØ samt område- og lokalsykehusfunksjoner for Oslo sykehusområde.

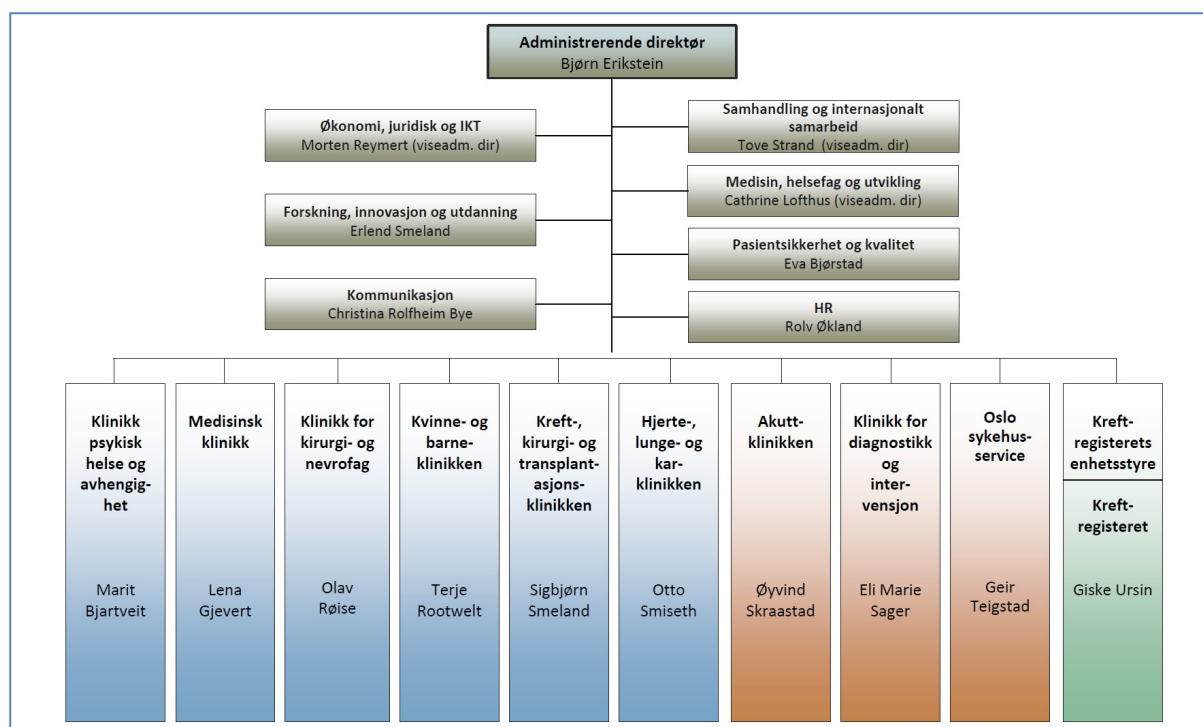
I dag er Oslo kommune inndelt i sektorer etter bydel. Akershus Universitetssykehus (Ahus), LDS og DS dekker 3 bydeler hver, mens OUS har lokalsykehusansvar for de seks bydelene Bjerke, Nordstrand, Søndre Nordstrand, Nordre Aker, Østensjø og Sagene. I tillegg har foretaket områdeansvar for bydelene Vestre Aker, Ullern, Frogner, St. Hanshaugen, Gamle Oslo og Grünerløkka. Dette innebærer lokalsykehusansvar for i overkant av 250 000 innbyggere og områdeansvar for mer enn 500 000. For enkelte fag, som for eksempel øyesykdommer, strekker områdeansvaret seg utover Oslo sykehusområde og tilsvarer et befolkningsgrunnlag på nærmere en million innbyggere.

I styresak 108-2008 slår HSØ fast at akuttfunksjoner innenfor kirurgi som hovedregel skal samles ett sted i hvert sykehusområde. En fullstendig samling av akuttkirurgien i Oslo er ikke gjennomført, men OUS har ansvar for det akuttkirurgiske tilbudet til LDS sine tre bydeler i tillegg til sine egne. Det foreligger dessuten en avtale som gir LDS det indremedisinske ansvaret for Sagene bydel. LDS har også overtatt ØNH-oppgaver fra OUS, mens DS har regionsansvar for revmakirurgi og deler av revmatologien. Flere spesialiteter slik som for eksempel nevrologi, urologi, pediatri, onkologi, hudsykdommer og gynekologi/obstetrikk finnes kun ved OUS.

Selv om de private, ideelle sykehusene i Oslo har overtatt oppgaver for OUS, har begge sykehus betydelig lavere egendekningsgrad enn OUS. Dette gjenspeiler dels at de private sykehusene ikke har tilbud innenfor alle spesialiteter, dels at pasienter søker seg til OUS på grunn av fritt sykehusvalg. Også Ahus og Vestre Viken har mange pasienter i eget opptaksområde som behandles ved OUS.

#### 4.3.2 Organisering, størrelse og lokalisering

OUS er organisert i ni klinikker (se figuren nedenfor), inkludert Oslo sykehuservice som leverer ikke-medisinske tjenester til resten av foretaket.



Figur 16 - Organisasjonskart over Oslo universitetssykehus pr. april 2014

Den somatiske virksomheten i OUS foregår i hovedsak på fire steder: Aker, Rikshospitalet, Radiumhospitalet og Ullevål. Klinik for psykisk helsevern og avhengighet har aktivitet ved en rekke forskjellige adresser, med Ullevål, Dikemark, Aker, Gaustad og Barn- og ungdomspsykiatrisk avdeling, Sogn (BUPA), som de fem største lokalitetene.

Vinteren 2012-13 ble det gjort en intern gjennomgang av organisasjonen med hensyn på geografisk fordeling av virksomheten. Av 83 avdelinger i sykehuset hadde 51 virksomhet ved mer enn en lokalitet, og hele 35 avdelinger hadde drift tre eller flere steder. Flertallet av disse avdelingene hadde døgndrift og behov for beredskap og vaktlag på mer enn ett sted. Dette gir oppstykkede pasientforløp og økte driftskostnader. Dette er en uønsket situasjon både for pasienter, ansatte og ledelse i sykehuset. Delt virksomhet medfører også ledelsesutfordringer.

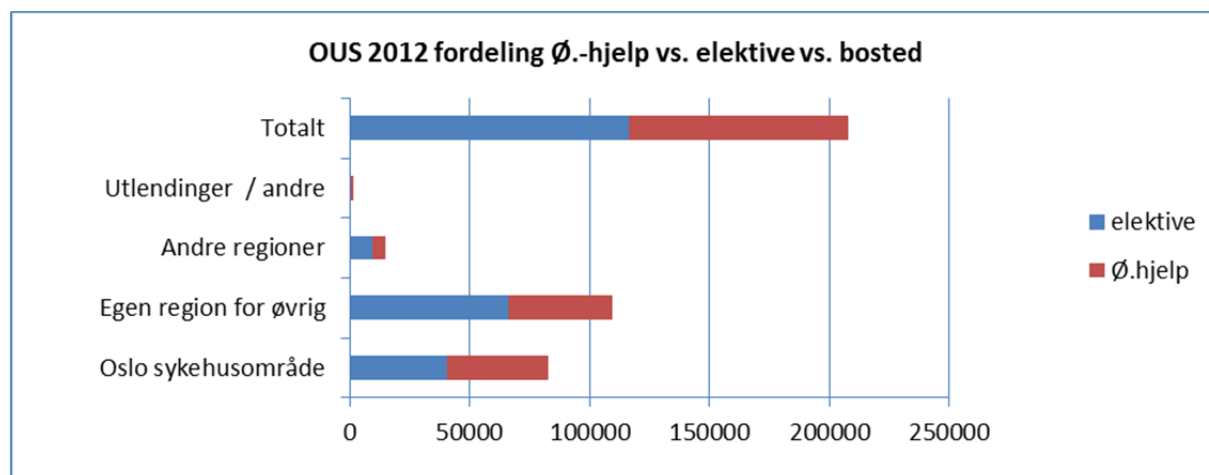
#### 4.3.3 Pasientbehandling – somatikk

Hovedtyngden av OUS sin somatiske virksomhet er knyttet til lands- og regionsfunksjoner som utgjør mer enn 60 % av den somatiske virksomheten i sykehuset. Tabellen og figuren nedenfor viser DRG-produksjonen i 2012, inndelt etter tilstandens hastegrad og pasientens bosted i sykehusområde og region. Sykehusets DRG-produksjon er økende.

De siste årene har det vært arbeidet systematisk for å få redusert ventelister og fristbrudd. Arbeidet har gitt resultater. Det arbeides videre med tiltak som kapasitetsøkning og ny oppgavedeling i regionen for å løse de utfordringer som fortsatt finnes innen en del fagområder. Flaskehalsene innen radiologi og patologi blir viet spesiell oppmerksomhet, og det pågår kapasitetsøkning innen begge områder.

Tabell 6 - DRG-finansiert somatisk virksomhet inndelt etter hastegrad og bosted (fra styrerepresentasjon, 25.april 2013).

Bosted	Elektive	Ø.hjelp	Totalt
Oslo sykehusområde	40 461	42 116	82 577
Egen region for øvrig	66 331	43 193	109 524
Andre regioner	9 536	5 101	14 637
Utlendinger / andre	209	1 106	1 315
<b>Totalt</b>	<b>116 537</b>	<b>91 516</b>	<b>208 053</b>



Sykehuset har også utfordringer med operasjons-, postoperativ- og intensivkapasitet. Akuttbygget på Ullevål som åpnet i februar 2014 vil bedre situasjonen på alle tre områder etter at ombygging i tilgrensende arealer i eksisterende bygg er ferdig. På Rikshospitalet pågår etablering av tre nye operasjonsstuer samt seks intensiv-/postoperative plasser. Inntil økt kapasitet er på plass arbeides det med å utnytte tilgjengelige ressurser best mulig. Den økende intensivvirksomheten de senere år gjenspeiler OUS sin stadig viktigere rolle som «bakvakt» innen traumatologi og annen avansert kirurgi og intensivbehandling.

Somatiske pasientaktivitet i OUS i 2012 er beregnet for:

- Døgnbehandling målt som avdelingsopphold, liggedager i normal seng og gjennomsnittlig liggetid samt liggedager i observasjonsseng tilknyttet akuttmottak og hotell.
- Dag- og poliklinisk behandling målt som antall dagbesøk og polikliniske besøk.

Tabellen nedenfor viser fordelingen av aktiviteten mellom de somatiske klinikkene.

Styrevedtak 108-2008 i HSØ la som føring at dupliserte lands- og regionsfunksjoner i OUS skulle samles ved Rikshospitalet på Gaustad. Dette vedtaket har ikke latt seg gjennomføre, grunnet faglig avhengighet mellom virksomhet som foregår på Ullevål og kapasitetsutfordringer på Rikshospitalet.

Store deler av den somatiske virksomheten drives i bygningsmasse som er i så dårlig forfatning at det er vanskelig å drive god pasientomsorg. Arbeidstilsynet har pålagt sykehuset å gjennomføre omfattende oppgraderingstiltak i en rekke av bygningene. Dårlig bygningsmasse er også en utfordring for forskning og innovasjon.

Tabell 7 - Somatisk pasientbehandling i OUS 2012

Klinikk	OUS 2012						
	Avd. opphold	Ligge-dager normal seng	Gjnsn. liggetid	Obs ligge-dager	Hotell ligge-dager	Dag-opphold	Poli-klinikk
B - Medisinsk klinikk	14 895	74 304	5,0	8 355		18 419	86 840
C - Klinikk for kirurgi og nevrofag	25 207	117 488	4,7			28 317	166 722
D - Kvinne- og barneklubben	24 142	93 640	3,9			9 605	116 649
E - Kreft- kirurgi og transplantasjonsklinikken	24 062	119 104	4,9			32 373	182 070
F - Hjerne-, lunge- og karklinikk	11 669	37 957	3,3			6 349	22 141
H – Akuttklinikken*				820			
<b>I alt</b>	<b>99 975</b>	<b>442 493</b>	<b>4,4</b>	<b>9 175</b>	<b>64 614</b>	<b>95 063</b>	<b>574 422</b>

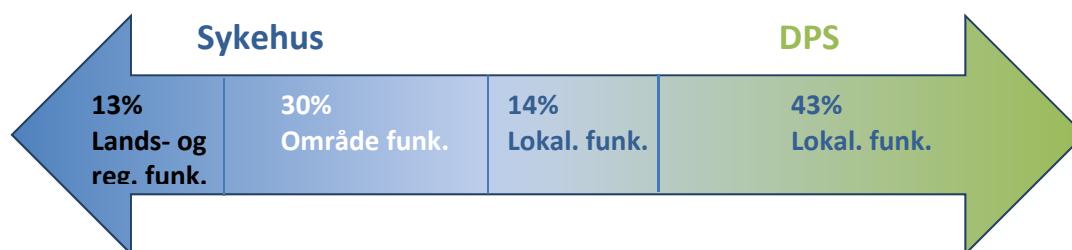
\* Data for 2012 inkluderer liggedager i observasjonssenger i Akuttklinikken. Øvrig aktivitet i Akuttklinikken som for eksempel intensivbehandling og smertebehandling er ikke medregnet her, men dimensjonert separat. Aktivitet tilknyttet Klinikk for diagnostikk og intervensjon inngår ikke i pasientgrunnlaget, men dimensjoneres separat. Data for poliklinisk behandling er ekskl. aktivitet i skadelegevakt, som lokaliseres sammen med storbylegevakten, samt stråleterapi som dimensjoneres separat.

#### 4.3.4 Pasientbehandling - psykisk helse og avhengighet

##### 4.3.4.1 Generelt

Det aller meste av OUS sin virksomhet innen psykisk helse og avhengighet er samlet i klinikk for psykisk helse og avhengighet. Klinikken leverer og utvikler hele bredden av tjenester, fra spesialiserte tjenester på sykehusnivå til desentraliserte tjenester på DPS-nivå. Det er krav om at tjenestene skal være tilgjengelige og sammenhengende, ha høy faglig kvalitet og være tilpasset befolkningens økende behov.

Hoveddelen av aktiviteten innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling består av område- og lokalsykehusfunksjoner. I 2012 var fordelingen 13 % nasjonale/regionale funksjoner og 87 % område/lokalsykehusfunksjoner. Til sammen 57 % av aktiviteten foregikk innenfor sykehuset (17 % lands- og regionsfunksjoner, 44 % område og lokalfunksjoner), mens de resterende 43 % som er lokalsykehusfunksjoner foregikk ved DPS-ene.



Figur 17 - Fordelingen mellom nasjonale/regionale funksjoner og område/lokalfunksjoner i klinikk for psykisk helse og avhengighet (klinikk A)

Tabell 8 - Pasientaktivitet innen psykisk helse og avhengighet i OUS 2012

Klinikk	Avdeling	OUS 2012			
		Opphold	Liggedager	Dag-behandling	Poliklinikk Besøk
Klinikk A	700423 Psykisk helse, nasj. og reg. funksj., avd	185	14 651	90	25 762
	700425 Psykisk helsevern døgntilrettelagt, avdeling	1 318	49 243	13	9 656
	700424 Rus- og avhengighetsbehandling, avdeling	2 804	26 154	823	16 127
	700426 Barne- og ungdomspsykiatrisk, avdeling	91	4 311	1 015	40 914
	<b>Klinikk A i alt</b>	<b>4 398</b>	<b>94 359</b>	<b>1 941</b>	<b>92 459</b>
DPS	109998 Josefinesgate DPS	340	10 977	654	16 350
	110012 Søndre Oslo DPS	179	5 931	13	21 325
	<b>DPS i alt</b>	<b>519</b>	<b>16 908</b>	<b>667</b>	<b>37 675</b>
<b>OUS i alt</b>	<b>4 917</b>	<b>111 267</b>	<b>2 608</b>	<b>130 134</b>	

#### 4.3.4.2 Sikkerhetspsykiatri

OUS har regions-, område- og lokalfunksjoner innen fagområdet sikkerhetspsykiatri. Sikkerhetspsykiatri er et fagfelt under utvikling og det pågår en utredning i regi av det såkalte *Tilregnelighetsutvalget* som bl.a. skal vurdere avgrensningen mellom sikkerhetspsykiatri og fengsel-/forvaring. Resultatet fra dette arbeidet vil få betydning for dimensjonering av sikkerhetspsykiatrien i OUS. Uavhengig av utvalgets konklusjoner foreligger et betydelig behov for moderne bygg til regional sikkerhetsavdeling og psykiatrisk avdeling for personer med utviklingshemming/autisme. Avdelingene er i dag lokalisert i meget dårlig bygningsmasse på Dikemark.

#### 4.3.4.3 Barn og unge

Det meste av barne- og ungdomsvirksomheten innen psykisk helse og avhengighet – BUP - drives i dag i utdaterte lokaler på Sogn. Det foregår imidlertid en dreining av virksomheten mot å legge BUP-poliklinikker i tilknytning til DPS, dvs. utenfor sykehusmiljø. DPS Syd, som er under oppføring på Mortensrud, planlegges med BUP-poliklinikk. Samlokalisering av DPS, ruspoliklinikk og BUP-poliklinikk tenkes også gjennomført ved DPS Nord5.

BUP-døgnplasser ivaretas i dag på sykehusnivå. Dette er et konsept som vil bli opprettholdt, gjerne i tett kontakt med behandling og ivaretagelse av øvrige barn i sykehuset. BUP-miljøet har god erfaring med å samarbeide med primærhelsetjenesten i såkalt arenaflexibel virksomhet. Det arenaflexible tilbudet blir tilpasset brukerens skiftende behov mht. både tid og sted.

#### 4.3.5 Forskning

Kvaliteten på moderne pasientbehandling er avhengig av kontinuerlig fagutvikling og oppdatering av kunnskap. Dette sikres gjennom integrering av forskning i de forskjellige klinikkene i sykehuset. En kan tale om både «klinikk-nær forskning» og «forskning-nær klinikk». Mange pasienter opplever det som både meningsfylt og viktig å bli forsket på.

Med utgangspunkt i størrelse, ressurser og sterke forskningstradisjoner har OUS et særskilt ansvar for forskning, både regionalt og nasjonalt. Forskningsvirksomheten i OUS representerer mer enn 50%

---

5 DPS ligger utenfor idéfasens mandat.



av all medisinsk og helsefaglig forskning i norske helseforetak. UiO er nærmeste samarbeidspartner og forskningsressurser er tett integrert mellom de to institusjonene.

Medisinsk fakultet er hovedsamarbeidspartner ved UiO. Samarbeid på tvers av fakulteter og økt satsing på livsvitenskap gjør også Det matematisk-naturvitenskapelige fakultet til en stadig viktigere samarbeidspartner. Det ligger et betydelig potensial i å styrke samarbeidet med andre fakulteter og med andre universiteter innenlands og utenlands. Forskning innen helsefag og samhandling har fått økt oppmerksomhet og er en strategisk målsetting i OUS forskningsstrategi.

OUS har sammen med UiO tre sentra for fremragende forskning (SFF). Sentrene er flerårige satsninger i regi av Forskningsrådet.

- Center for Cancer Biomedicine (CCB)
- Center for Immune Regulation (CIR)
- Norwegian Centre for Mental Disorders Research (NORMENT)

Tabell 9 - Forskningsaktivitet i OUS 2012

Forskning	2012
Antall vitenskapelige artikler, tall fra Norsk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning (NIFU)	1 750
Andel artikler i vitenskapelige tidsskrifter rangert på høyeste nivå (nivå 2/2a)	23 %
Andel vitenskapelige artikler med utenlandske medforfattere	45 %
Antall doktorgrader som i hovedsak er utført ved OUS	150
Antall forskningsårsverk inkludert støttepersonell	1 201

I idéfasen er beregning av framtidig arealbehov til forskning og utdanning basert på antall årsverk til forskning, forskningsstøtte og forskningsadministrasjon samt på det samtidige antall studenter og PhD-studenter (se Tabell 11 og 13).

Antall doktorgrader utført ved OUS er økende. Kandidatenes fakultetstilknytning gjenspeiler deres utdanningsbakgrunn. De fleste avhandlingene utgår fra det medisinske fakultet, men det utføres også et stort antall doktorgradsarbeider av realister og psykologer samt av kandidater med helsefaglig eller annen fagbakgrunn. Forskningssamarbeid på tvers av spesialiteter og fag er en forutsetning for god translasjonsforskning og bidrar til at grunnforskning kan omsettes til klinisk forskning og så til sist bli en del av klinisk praksis.

OUS har de siste årene arbeidet med å styrke den kliniske forskningen gjennom etablering av formaliserte forskningsgrupper. Sykehusets forskningsstrategi peker på at det også må satses på oppbygging av sentral infrastruktur for biobanking. Det samles årlig inn et stort antall celle- og vevsprøver ved sykehuset i forbindelse med diagnostikk, behandling og forskning.

Lagringsforholdene for biobankene er ikke gode. Fellesarealene er spredt, har varierende grad av infrastruktur og høyst begrenset kapasitet.

#### 4.3.6 Innovasjon

Det foregår betydelig innovasjonsaktivitet i OUS og det blir lagt særlig vekt på å styrke tjenesteinnovasjon gjennom prosjekter med formål å forbedre pasientflyt og -logistikk. Det er behov for arenaer som gjør det mulig fortløpende å kartlegge grensesnitt mellom fagområder når det gjelder nye forskningsresultater, klinisk kunnskap, teknologiske nyvinninger og overgangene mellom de ulike tjenestenivåene. Pasientens perspektiv blir stadig viktigere og teknologiske framskritt vil kreve god samhandling internt i sykehuset for å motvirke såkalt «silotenkning», med manglende integrasjon mellom ulike spesialiteter og fagområder.

Klinikkstabene i OUS har dedikerte «innovasjonskontakter» som skal fremme arbeidet med innovasjon i klinisk hverdag. Mulighetene til å drive med innovasjonsvirksomhet i klinikken begrenses imidlertid av ressurser og finansiering. Likevel foregår atskillig innovasjonsaktivitet, målt i form av oppfinnelser og kommersialisering. Det samarbeides godt med teknologioverføringsenheten Inven2 AS.

Tabell 10 - Innovasjon/utviklingsarbeid i OUS 2013

Innovasjon/utviklingsarbeid	2013	Herav innen psyk. helsevern
Antall årsverk utført av overleger/leger i klinisk stilling	13,1	5,4
Antall årsverk utført av psykologer i klinisk stilling	6,6	6,6
Antall årsverk utført av forskere, postdoktorer, stipendiater	7,9	0,2
Antall årsverk utført av øvrig sykehuspersonale (Lab personale, tekn. og adm. støtte, sykepleiere, hjelpepleiere)	102,5	36,5
Antall forskningsårsverk inkludert støttepersonell	130,1	48,7

#### 4.3.7 Utdanning

Utdanning er en lovpålagt oppgave og omfatter både grunn-, videre- og etterutdanning. Sykehuset har, som det største medisinske og helsefaglige miljøet i Norge, et særskilt ansvar for å bidra til oppbygging av både bredde- og spisskompetanse hos medarbeidere i helsesektoren. Sykehuset utdanner flere helsearbeidere enn noe annet norsk sykehus. I nært samarbeid med utdanningsinstitusjonene skal OUS utdanne helsearbeidere basert på samfunnets framtidige behov. Utdanningsaktivitetene skal også bidra til at sykehuset til en hver tid innehar den kompetanse som et ledende universitetssykehus trenger.

Tabell 11 - Antall studenter/utdanningsplasser i OUS 2012

Grunnutdanning	2012
Praksisplasser til studenter på masternivå (medisinstudenter, psykologistudenter)	840
Studenter totalt på bachelornivå med veiledet praksis ved OUS	1 535
Ambulansearbeiderutdanningen, antall læreplasser	55
Videreutdanning	2012
Leger i spesialisering (NR id-nr), fordelt på 42 spesialistutdanninger	708
Øvrige helsefag; studenter i praksis totalt pr. år	505
Videreutdanning på fagskolenivå, antall studenter i praksis pr. år	36

OUS har de siste årene nedlagt betydelig arbeid for å strukturere sin utdanningsvirksomhet. OUS sin første utdanningsstrategi ble vedtatt av styret i februar 2013. Det er opprettet utdanningsutvalg som rådgivende organ for direktøren i utdanningsspørsmål. Samarbeidet med universitet, høyskoler, fagskoler og videregående skoler er systematisert og utvidet, blant annet gjennom faglige nettverksmøter for flere av de helsefaglige utdanningene. Som ledd i dette arbeidet har det foregått en harmonisering av avtaleverket med de samarbeidende høyskoler og fagskoler.

#### 4.3.8 Samhandling og oppgavedeling med andre sykehus

Oppgavedelingen mellom helseforetakene i Oslo er historisk betinget. Oslo kommune som eide Aker, Ullevål og Dikemark sykehus fordelte arbeidsoppgaver og ansvar på det som ble oppfattet som mest hensiktsmessige måte. Oppgaver som hørte hjemme i primærhelsetjenesten eller i sosial- og omsorgstjenesten kunne legges til sykehusene. Med dagens eierskap, finansierings- og ansvarsforhold (jf. samhandlingsreformen) er en del av de historiske løsningene blitt mindre hensiktsmessige. Oppgavedelingen mellom sykehusene i Osloområdet er derfor moden for revisjon. HSØ har i 2014 en prosess for å kartlegge det framtidige behov for helsetjenester i regionen. Samtidig ser HSØ på en ny oppgavedeling i hovedstadsområdet. I mai 2014 foreligger ingen endelige forslag eller beslutninger.

#### 4.3.9 Samhandling med Oslo kommune

Som ledd i oppfølging av Samhandlingsreformen har OUS inngått avtaler og utarbeidet en rekke felles prosedyrer med øvrige sykehus i Osloområdet og Oslo kommune. Det er inngått en avtale med Oslo kommune om samhandling (Aker Helsearena) på Aker sykehus.

Tabell 12 - Samhandlingsaktiviteter ved Aker helsearena, Aker sykehus

<b>OUS</b>	Rehabilitering, døgn Rehabilitering, daghospital og poliklinikk Mammografiscreening Radiologi og laboratorietjenester Lærings- og mestringssenter
<b>Oslo kommune</b>	Legevakt Aker Kommunal akutt døgnenhet (KAD) (se omtale nedenfor) Kommunal rehabilitering, døgn Geriatrisk ressurscenter m/visningsleiligheten Almas hus Senter for migrasjonshelse  Kommunal kompetansetjeneste for rehabilitering
<b>Sunnaas</b>	"Raskere tilbake"- poliklinikk Regionale kompetansetjenester rehabilitering
<b>Sophies Minde</b>	Produksjon og tilpasning av ortopediske hjelpemidler

Tabell 12 viser en satsing på samarbeid om rehabilitering på Aker. Både OUS, Sunnaas og Oslo kommune har lagt deler av sin rehabiliteringsvirksomhet dit. HSØ har en uttrykt intensjon om å gjøre Aker til et «nasjonalt utstillingsvindu» innenfor rehabilitering.

Kommunen har etablert *Kommunal akutt døgnenhet* (KAD) der med 32 senger og har planer om videre økning i sengetall. Tilbudet skal sikre døgnopphold for pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp, men som ikke har behov for innleggelse i spesialisthelsetjenesten. Innleggelse i KAD skal redusere behovet for innleggelse i sykehus.

OUS og Oslo kommune har gjennom mange år samarbeidet om legevakt i Oslo. OUS har skadelegevakt, ortopedisk virksomhet og psykiatrisk legevakt samlokalisert med kommunens allmennlegevakt og psykososiale tjenester. Legevakten må etableres i nytt bygg grunnet forventet befolkningsvekst og dårlig bygningsstandard i Storgata 40. Det er enighet om at dagens driftskonsept er velfungerende og skal videreutvikles til Norges første Storbylegevakt. Fagmiljøet anbefaler at den nye Storbylegevakten lokaliseres i umiddelbar nærhet til akuttsykehuset. Det foreligger en

konseptvalgutredning for lokalisering på Ullevål. Prosjektet avventer beslutning om framtidig lokalisering av akuttfunksjon ved OUS. Kommunens legevakt på Aker vil bli opprettholdt.

Det blir samarbeidet med Oslo kommune om overføring av elektroniske epikriser fra OUS til kommunens EPJ-system. Elektroniske epikriser sendes nå til samtlige sykehjem i Oslo. Innføringen av DIPS i OUS høsten 2014 vil gi elektronisk kommunikasjon mellom øvrig primærhelsetjeneste og OUS.

Det skal nevnes at OUS har mye sykehusdrift på Aker som ikke er nevnt i tabellen over som viser samhandlingsaktiviteter på Aker. Det er planlagt overføring av sykehusvirksomhet fra Aker til andre deler av OUS: Samtidig har OUS konkrete planer om å opprette et dagkirurgisk og elektivt kirurgisk senter med tilhørende femdøgnspost på Aker.

## 4.4 Utvikling av kjernevirksomheten

### 4.4.1 Omstillingsfaktorer

#### 4.4.1.1 Metodikk

I idéfasen er det foretatt en systematisk gjennomgang av de omstillingsfaktorer som ble lagt til grunn ved framskrivning av aktivitet i arealutviklingsplanen. Dimensjoneringsgrunnlaget er nå korrigert for effekten av samhandlingsreformen og omlegging av opptaksområdet til Ahus og Vestre Viken. Det er dessuten blitt sett på potensielle omstillingsfaktorer som ikke ble tillagt vekt i arealutviklingsplanen. Bredt sammensatte grupper av fagfolk har diskutert betydningen av faktorer som nye e-Helse- og IKT-systemer, alder, etnisitet, livsstilsfaktorer, ny brukerrolle og medisinsk-teknologisk utvikling. Betydningen av de ulike faktorene er grundig diskutert i vedlegg (leveranse 3 fra delprosjekt virksomhetsløsninger 28.2.2014). Nedenfor blir betydningen av nye IKT- og e-Helse-løsninger drøftet spesielt, siden denne omstillingsfaktoren forventes å få vesentlig betydning.

#### 4.4.1.2 Spesielt om betydningen av nye IKT- og e-Helseløsninger

I framtiden kan det forventes betydelig effekt av gjennomgående nye IKT-løsninger som gir enkel og sikker tilgang til nødvendige opplysninger gjennom et pasientforløp, uavhengig av hvor i landet pasienten blir syk eller på hvilket nivå i helsetjenesten han eller hun blir utredet og behandlet. EU-landene Estland og Portugal har nylig innført gjennomgående elektronisk pasientjournalssystem (EPJ) for store deler av sin befolkning. Det amerikanske, private helsesystemet Kaiser Permanente som har drevet sin virksomhet med gjennomgående EPJ-system siden 2002, rapporterer om betydelig effektiviseringsgevinst. Antall kontroller/polikliniske konsultasjoner ved sykehusene ble redusert med nærmere 20 % fra første år. Videre reduksjon har vært på 2-5 % pr. år, målt i andel av konsultasjoner som foretas pr. sikker e-post.

Økt bruk av telemedisin og nye, interaktive e-Helseløsninger kommer også til å bli viktig. Frammøte til kontroll vil kunne erstattes av elektronisk kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient. I noen tilfeller ville det være hensiktsmessig at en spesialist fra OUS deltar i pasientkonsultasjoner hos kolleger andre steder i landet ved hjelp av interaktive løsninger. Nye e-Helse- og telemedisinløsninger vil imidlertid medføre behov for at areal settes av til denne nye typen pasientkontakt og samhandling. Driftsform og finansieringsordninger må legges om slik at leger og sykepleiere får reell mulighet både i tid og rom til å utføre «desktop medisin».

Gjennomgående EPJ-system vil sammen med bruk av telemedisin og interaktive e-Helse-løsninger redusere behovet for både poliklinisk areal og senger. Framskrivning av aktiviteten tar utgangspunkt i aktivitetstall fra 2012, før innføring av slike løsninger. Med utgangspunkt i erfaringer fra Kaiser Permanente og andre virksomheter som har tatt i bruk gjennomgående IKT-systemer og nye e-Helse løsninger, har forventet effekt av nasjonalt journalssystem og nye, interaktive e-Helseløsninger blitt satt til en reduksjon på 25 % i antall poliklinikkbesøk ved OUS fram til 2030. Effekten på sengetall vil ventelig bli noe mindre enn for poliklinikk og er satt til en reduksjon på 15 %. Denne reduksjonen baserer seg på at gjennomgående IKT-systemer vil gi bedre «vekslinger» mellom nivåene i

helsetjenesten, med bl.a. reduksjon i antall undersøkelser som allerede er foretatt ved annet sykehus eller hos primærlege. Dessuten vil større deler av mange pasientforløp kunne foregå ved lokal- eller områdesykehus.

#### 4.4.1.3 Betydning av de ulike omstillingsfaktorene

Tabell 13 viser hvilken effekt de ulike omstillingsfaktorene ble tillagt i arealutviklingsplanen og hvilken effekt de er tillagt i idéfasen. Forventninger til mer effektiv elektronisk kommunikasjon internt i sykehuset og mellom sykehuset og andre sykehus, primærhelsetjeneste og pasientene, utgjør den største forskjell i beregningsgrunnlaget.

Forventningene til den medisinsk-teknologiske utvikling er økt idet det antas at nye behandlingsmetoder og høyere krav til medisinsk behandling kommer til å øke mer enn effektiviseringseffekten av genteknologi og annen medisinsk faglig utvikling. Det forventes også at økende prevalens av livsstilsykdommer (diabetes, fedme, kreft, nevroser etc.), ikke minst i den fremmedkulturelle del av befolkningen, vil medføre noe økt behov for polikliniske arealer samt noe mer areal tilrettelagt for læring, mestring og fysisk trening.

Det foreligger et uforløst effektiviseringspotensial i å myndiggjøre brukerne og mobilisere deres egne krefter. På den annen side vil økt bruk av for eksempel egenmonitorering kunne gi økt etterspørsel etter konsultasjoner. Forholdene trekker i hver sin retning når det gjelder framtidig behov for sykehustjenester, og totaleffekten er vanskelig å estimere. Derfor er det ikke lagt inn noen faktor for disse endringene.

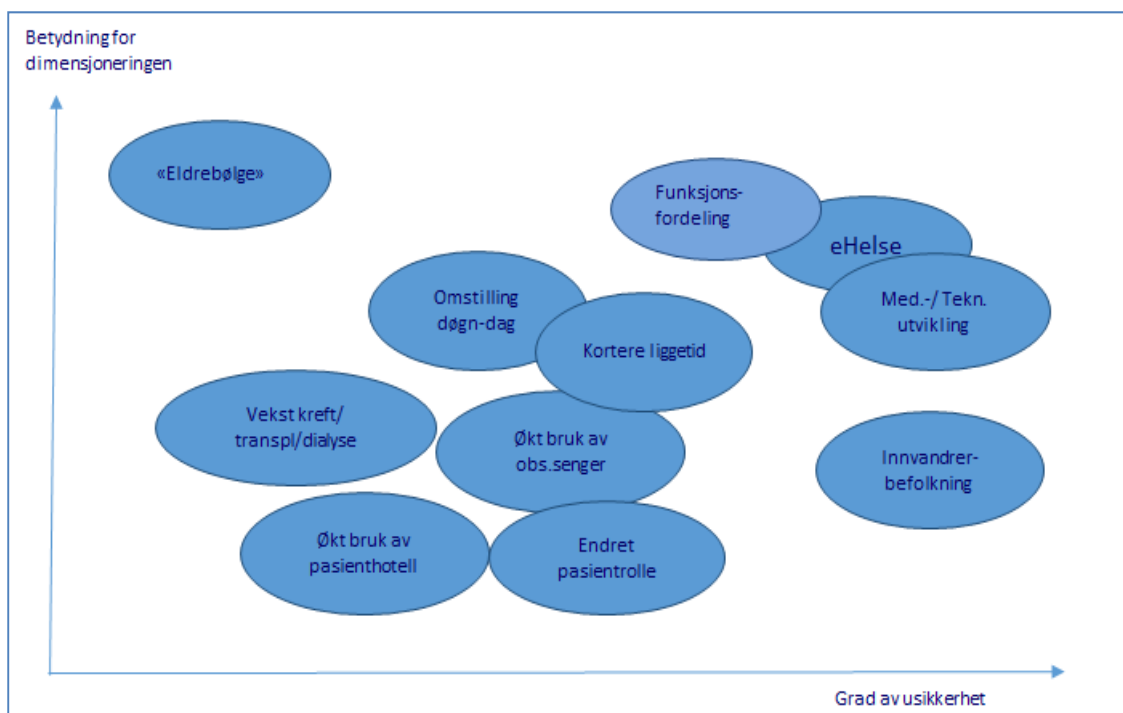
En del av de generelle omstillingene som ble lagt til grunn for framskrivningen i arealutviklingsplanen er blitt redusert når effekten av e-Helse er spesifisert for seg. Dette gjelder spesielt faktoren «økt samhandling» som nå er fjernet som egen faktor og istedenfor inkludert i betydningen av nye IKT- og e-Helseløsninger.

Tabell 13 - Betydningen av omstillingsfaktorer slik de er vurdert i hhv. Arealutviklingsplan 2025 og idéfase

Omstillingsfaktorer	Arealutviklingsplan 2025	Idéfase 2030
<b>Alder/etnisitet/livsstil</b>	Ikke vurdert	5 % økning av poliklinikk pga. livsstilsykdommer Økt behov for støtte- og pårørendeareal
<b>Ny brukerrolle</b>	Ikke vurdert	Faktorer nøytraliserer hverandre
<b>Medisinsk-teknologisk utvikling</b>	Ikke vurdert	Økt sengetall 0-5 % Poliklinikk økt 5 %
<b>IKT og e-Helse</b>	Ikke vurdert	25 % reduksjon for poliklinikk 15 % reduksjon for innleggelseser Økt behov for spesialrom og støtteareal til "laptop-medisin".
<b>Fra døgn til dag – Reduksjon i korttidsopphold</b>	40 % Rikshospitalet og Radiumhospitalet, 50 % Ullevål, 75 % Aker	30 % for lands- og regionfunksjoner 40 % for resterende aktivitet
<b>Mer bruk av observasjonssenger</b>	75 % økning akutt korttid Aker+Ullevål	Det samme; 75 % økning av akutt korttid Ullevål
<b>Mer bruk av pasient/sykehotell</b>	5-10 %	Det samme

Omstillingsfaktorer	Arealutviklingsplan 2025	Idéfase 2030
<b>Kortere gjennomsnittlig liggetid</b>	10 % reduksjon på Rikshosp. og Radiumhosp., 20 % på Aker og Ullevål	10 % reduksjon
<b>Sykdomsforekomst</b>	Konkret vurdering utvalgte grupper som kreft	Økning mht. realvekst kreftbehandling og transplantasjon. For øvrig opprettholdes vurderingene for somatikk. For psykisk helse og avhengighet forventes redusert aktivitet i sykehuset pga. større del av tilbudet på DPS-nivå.
<b>Funksjonsfordeling andre sykehus</b>	Anslag mht. på overføring pasienter til Ahus/Vestre Viken	Vestre Viken oppfyller sin målsetning om 5 % økt egedekningsgrad.

Omstillingsfaktorene i Tabell 13 har forskjellig sannsynlighet for å inntreffe innen 2030, og dersom de inntreffer vil de ha forskjellig betydning for framtidig aktivitetsnivå og arealbehov. Det er forholdsvis sikkert at det vil komme en betydelig befolkningsøkning og flere eldre i OUS sitt opptaksområde mot 2030 samt at denne veksten vil få stor effekt for dimensjonering av sykehuset. Det er vesentlig større usikkerhet knyttet til sannsynligheten for at medisinskteknologisk utvikling og utvikling innen IKT og e-Helse skal komme til å skje så raskt at den påvirker arealbehovet i 2030. Sistnevnte to faktorer har imidlertid potensial til å påvirke arealbehovet i betydelig grad dersom de inntreffer. F.eks. kan både nanoteknologi og e-Helse-løsninger medføre paradigmeskifter i utviklingen, men usikkerheten omkring når endringene vil inntre er så vidt stor at estimatene som brukes ved framskrivning av aktivitet og arealbehov foreløpig er holdt konservative.



Figur 18 - Omstillingsfaktorer og relativ grad av usikkerhet versus potensiell betydning

Figur 18 - Omstillingsfaktorer og relativ grad av usikkerhet versus potensiell betydning viser sammenhengen mellom relativ sannsynlighet for at forskjellige omstillingsfaktorer skal opptre som forventet og hvilken potensiell betydning dette i så fall vil få for aktivitetsnivå og arealbehov.

Ny oppgavedeling innenfor Oslo sykehusområde vil også kunne påvirke arealbehovet i stor grad. Her pågår det prosesser i HSØ sin regi som ikke er avsluttet. Effekten av ny oppgavefordeling kan være stor, men usikkerhet om dette medfører at det kun er tatt hensyn til at Vestre Viken oppfyller sin målsetting om økt egendekningsgrad. Det er også forutsatt at Ahus kommer til å være i stand til å dekke det økende kapasitetsbehov som er ventet i deres opptaksområde. For øvrige faktorer er usikkerheten mer moderat mht. om de vil inntreffe og i så fall effekten av det

#### 4.4.2 Utvikling av den somatiske virksomhet

##### 4.4.2.1 Akuttfunksjonen

Det legges til grunn at et framtidig sykehus skal ha ett sentralt akuttmottak som skal ta imot pasienter med uavklarte tilstander som trenger øyeblikkelig hjelp, dårlig medisinske pasienter samt slagpasienter som krever multidisiplinær tilnærming. Akuttmottaket skal kunne avklare og sortere alt og utføre alle livsnødvendige tiltak. Pasienter med avklarte tilstander kan i stor grad sendes direkte til diagnostisk og/eller behandlende enhet. Dette er i tråd med HSØ styresak 108-2008 og føringen om at akuttfunksjoner for kirurgi og ortopedi som hovedregel skal samles under en ledelse og fortrinnsvis på ett sted i hvert sykehusområde.

Et nytt sykehus skal ha eget akuttmottak for syke barn, men barn med multitraume blir tatt i mot i det sentrale akuttmottaket. Psykiatri og avhengighet (rusakutt) bør ha egne akuttmottak, men lokalisert i nærheten av det somatiske akuttmottaket.

Den antas at den prehospitale virksomheten vil få tilgang til et økende spekter av diagnostiske og teknologiske muligheter, slik at en større del av akuttpasientene vil bli traigert og diagnostisert utenfor sykehus. I lengre tid har man for eksempel hatt mulighet til å sende EKG av hjertesyke pasienter fra ambulanse til sykehus for å få stilt diagnose før pasienten kommer til sykehus. Det er også startet forsøk med mobile CT-løsninger i ambulanse med hensyn til diagnostikk av slagpasienter.

##### 4.4.2.2 Behandling av barn

Etablering av et barnesykehus i sykehuset ligger som en føring i mandatet for idéfasen. Et framtidig barnesykehus skal inneholde all pediatri inkludert nyfødtintensiv og barnehabilitering samt døgnbehandling innen både somatikk og psykisk helse for barn og ungdom. Tilbudet innen kirurgi på barn/barnekirurgi/barneintensiv vil være avhengig av tett samarbeid med flere voksenspesialiteter. Barnesykehuset bør ha eget akuttmottak. Fagfolkene som har vært involvert i idéfasearbeidet mener at avhengigheten mellom gynekologi og fødselshjelp samt mellom fødsler og nyfødtintensiv, er så stor at kvinnesykdommer bør samlokaliseres med barneverksamheten. Et framtidig "barnesykehus" er helt avhengig av nærhet til intensivavdeling og flere andre spesialavdelinger og kan i likhet med kreftvirksomheten (se kap. 4.4.2.3) ikke lokaliseres annet sted i Oslo enn OUS øvrige virksomhet.

OUS har 10 000 fødsler pr. år som er 1500 fødsler mer enn antall fødsler i OUS sitt opptaksområde. Antall fødsler er høyt for en enkelt institusjon også sett i internasjonal sammenheng. Fagmiljøet anbefaler at fødslene i sykehuset samles ett sted, med et differensiert tilbud til de fødende. Nærhet til nyfødtintensiv er grunnleggende. Økningen i fødsler fra nå og til 2030 kan med fordel ivaretas av andre, mindre fødeavdelinger i Oslo-området.

##### 4.4.2.3 Kreftbehandling

Kreftrisiko øker med alderen og eldrebølgen vil føre til en betydelig økning av kreftforekomst i befolkningen. Kreftkirurgi i OUS vil øke mer enn kreftforekomsten grunnet nasjonale og regionale føringer om sentralisering av avansert kreftkirurgi.



Økende kreftforekomst og nye behandlingsmuligheter forventes å gi en signifikant økning av medikamentell kreftbehandling (ca. 50 % mot 2030). Til nå har medikamentell kreftbehandling i Oslo vært samlet ved OUS. Aktivitetsøkning gjør det betimelig å vurdere om ett av lokalsykehusene i Oslo bør etablere onkologisk poliklinikk som gir medikamentell kreftbehandling.

Aktiviteten innen strålebehandling vil også øke betydelig. Fagrådet for kreft har pekt på at man bør desentralisere tilbudet gjennom etablering av stråleenheter ved ett eller flere områdesykehus i regionen.

I dag foregår utredning og behandling av kreft ved alle de fire hovedlokalitetene. En stor andel av pasientforløpene omfatter mer enn en lokalitet. En betydelig del av virksomheten innen ulike former for kreftkirurgi, onkologi og gastro- og lungemedisin er fortsatt duplisert.

I et nytt sykehus bør kreftomsorg og -forskning samles i et kreftsenter planlagt etter *Comprehensive Cancer Center*-prinsipper. Senteret må ligge i umiddelbar tilknytning til øvrige regions- og landsfunksjoner i sykehuset for å sikre nødvendig tilgang til spesialkompetanse, inkludert intensivavdeling. Ny og avansert kreftbehandling er forbundet med en risiko for alvorlige komplikasjoner. Et rent kreftsykehus lokalisert annet i Oslo ville ikke kunne tilfredsstille det medisinske forsvarlighetsbehovet som må legges til grunn for moderne kreftbehandling. Et framtidig proton-/partikkelsenter bør lokaliseres i umiddelbar nærhet til den øvrige kreftvirksomhet. OUS vil ha behov for en økning på 3 høyvolt strålemaskiner (linacer) utover dagens 17 linacer. Nærhet mellom laboratorieforskning og klinikk er av stor betydning, og en må arbeide for å finne løsninger som gjør det mulig å flytte virksomheten ved Institutt for kreftforskning sammen med den kliniske virksomheten.

#### 4.4.2.4 Avdeling for kompleks epilepsi

Statens Senter for Epilepsi er, og må forbli, et nasjonalt toneangivende miljø inne fagområdet. Samlokalisering med OUS øvrige virksomhet legges til grunn, og et slikt større tverrfaglig miljø forventes å kunne gi positiv effekt for både pasientbehandling, forskning og faglig utvikling. Som for psykisk helse legges det til grunn at samling av virksomhet knyttet til barn har høy prioritet, og SSE bør derfor flyttes til OUS hovedcampus med en delt løsning der SSE sin barneaktivitet legges til barnesykehuset. Fagmiljøet ved SSE peker på ulemper knyttet til en slik oppsplitting av virksomheten. Man er bekymret for at et delt fagmiljø vil miste sin ledende nasjonale stilling innen deler av fagfeltet samt svekke den gode samhandlingen mellom barne- og voksenepileptologene. Endelige beslutninger om framtidig lokalisering og organisering av virksomheten i avdeling for kompleks epilepsi vil kreve omfattende og gode prosesser som ligger utenfor idéfasens mandat. I påvente av slike prosesser i linjeorganisasjonen har en i idéfasesammenheng holdt fast ved det overordnede prinsipp at all barnevirksomhet i sykehuset skal samles i ett senter som er spesielt tilrettelagt for syke barn. Prinsippet gjelder uavhengig av valgt virksomhetsmodell (se senere).

### 4.4.3 Utvikling av virksomheten innenfor psykisk helse og avhengighet

#### 4.4.3.1 Generelt

OUS behandlingstjenester innen psykisk helse og avhengighet foregår både på sykehus og på DPS som ligger utenfor sykehus. Sykehusfunksjonene innen psykisk helse og avhengighet har behov for særlig høy bemanning, tverrfaglig kompetanse og tett integrasjon med forskning og utdanning, og forventes i framtiden å bli enda mer spesialisert. Døgnbehandling og spesialiserte poliklinikker innen psykisk helsevern og rusbehandling bør samles.

Det er solid faglig hold for at pasientgruppen bør behandles utenfor sykehus når det er mulig. Derfor bør DPS-virksomhet, BUP-poliklinikker og ruspoliklinikker fortsette å ligge desentralt, og en økende andel av pasientene bør få sin behandling der. Undersøkelser har også vist at de fleste pasienter foretrekker å bli behandlet hjemme eller i nærområdet, fremfor i sykehus.



#### 4.4.3.2 Akutttilbud

Akutt-tilbudet innen psykisk helse og avhengighet er tredelt: psykiatrisk legevakt i Storgata 40, psykiatrisk akuttmottak og et eget rusakuttmottak. Psykiatrisk legevakt bør være plassert som i dag, dvs. sammen med den kommunale legevakten i den framtidige Storbylegevakten.

Psykiatrisk akuttmottak ved OUS bør være forbeholdt psykiatri, med mulighet for rask videreføring til fagdifferentierte døgnenheter. Dette akuttmottaket vil ha større behov for skjerming enn for nærhet til det somatiske akuttmottaket, og kan gjerne ligge for seg selv. Rusakuttmottaket kan også ligge for seg selv, men bør ligge nær både psykiatrisk og somatisk akuttmottak. Det siste for å sikre tilgang på medisinsk spesialkompetanse ved behov.

Samfunnsutviklingen tilsier at det må forventes et økt behov for kompetanse innen psykisk helse og tverrfaglig rusbehandling i det somatiske mottaket, og det må legges til rette for en slik tilstedeværelse og løsning.

#### 4.4.3.3 Tilbudet til barn og unge

Tilbudet til barn og unge skal styrkes. Blant annet forventes satsning på tidlig diagnostikk å kunne gi positive individuelle og samfunnsmessige konsekvenser. Tilnærmingen til de unge bør skje i tett samarbeidet med førstelinjetjenesten og gjennom ambulante team. Etablering av fagnettverk på tvers av tjenestenivåer og enheter i spesialisthelsetjenesten kan også bidra til sikre bedre koordinerte og tilpassede tjenester. Nye teknologiske løsninger vil gi nye muligheter til å komme i kontakt med og holde kontakt med de unge pasientene.

Samling av hele sykehusstilbudet for barn i OUS i et barnesykehus er et viktig prinsipp i idéfasen og omfatter også barn og unge med behov for BUP-døgntilbud. BUP-senger i barnesykehuset vil gi den nødvendige tilgang til somatiske servicefunksjoner (MR/radiologi/lab), en stadig viktigere del av utredningen ved alvorlige og sammensatte lidelser hos barn og unge.

#### 4.4.3.4 Sikkerhetspsykiatri

Demografisk utvikling, endringer i lovverk og samfunnets vektlegging av behov for samfunnsvern vil gjøre det nødvendig å se nærmere på organisering, dimensjonering og lokalisering av sikkerhetspsykiatrien i OUS. En rapport fra Tilregnelighetsutvalget som skal være ferdigstilt til høsten vil kunne gi føringer som er av betydning for disse forhold.

OUS har regions-, område- og lokalfunksjoner innen fagområdet sikkerhetspsykiatri. Denne type døgnbehandling er arealkrevende grunnet høye krav til sikkerhet og skjerming. En samling av hele fagområdet sikkerhetspsykiatri ville bidra til en mer effektiv areal- og ressursutnyttelse. Av hensyn til kravene til perimeter sikkerhet bør virksomheten plasseres i et avskjermet område i utkanten av eller utenfor hovedcampus. Fagmiljøet ønsker samlokalisering med Kompetansesenter for fengsels-, sikkerhets- og rettspsykiatri, helst på samme lokalitet som den øvrige virksomheten innen psykisk helsevern.

#### 4.4.3.5 Rusbehandling

Pasienter med alvorlige eller kroniske rus- og avhengighetstilstander har ofte behov for langvarig behandling som veksler mellom ulike nivåer i helsetjenesten. Dette forutsetter samarbeid mellom døgn- og dagbehandling, poliklinikk og arenafleksibelt tilbud for å gi et mest mulig helhetlig pasientforløp i samarbeid med kommune eller bydel. Det er behov for å videreutvikle tverrfaglig spesialisert rusbehandling for å gi tilstrekkelig tilbud til de pasientgrupper som ikke får slikt tilbud i dag.

#### 4.4.4 Medisinske servicefunksjoner

OUS laboratorietjenester understøtter sykehusets lokale, regionale og nasjonale funksjoner og er også en viktig leverandør av tjenester til rekvirenter utenfor OUS. Det forventes at betjening av eksterne vil fortsette, og at den vil vokse.

Det er enighet om at den utstyrstunge laboratorievirksomheten bør samles i størst mulig grad. Lokaliseringen bør være sentral, men ikke nødvendigvis helt i kjernen for det framtidige sykehuset. Nærhet til og integrasjon med både klinikk og forskning må ivaretas. Det må videre være laboratorievirksomhet tett på akuttmottaket. Når det gjelder radiologi er det viktig for effektiv drift at modaliteter knyttet til akuttvirksomhet i størst mulig grad er sentralisert. OUS radiologitjenester håndterer store pasientvolum, og for å sikre gode pasientsløyfer åpnes det for at deler av radiologivirksomheten som er operativ på dagtid kan desentraliseres.

#### 4.4.5 Ikke-medisinske servicefunksjoner

Det har stor driftsmessig betydning å velge hensiktsmessige løsninger som gir effektive og framtidsrettede service- og logistiktjenester. Ulike løsninger har forskjellig arealbehov, og det må tas stilling til valg av løsninger innenfor områder som varelevering, vaskeri, kjøkken, renhold, medikamentforsyning, avfallshåndtering, IKT, administrative funksjoner og medisinsk-teknisk service i neste planleggingsfase. Arealutviklingsplan 2025 vurderte arealbehov knyttet til slike funksjoner til mellom 60 000 og 100 000 kvm. HSØ bør involveres i valgene slik at en sikrer stordriftsfordeler gjennom standardiserte løsninger på tvers av helseforetakene i regionen.

#### 4.4.6 Storbylegevakt

Sammen med de prehospitale tjenester vil den framtidige Storbylegevakten ha en svært viktig funksjon når det gjelder sortering og håndtering av akuttpasienter i Oslo. Oslo kommunes planlegging av Storbylegevakt er viktig for Oslo og for OUS, og det er i mandatet for idéfasen sagt at alternative løsninger for lokalisering av Storbylegevakten skal inkluderes i arbeidet. Det har vært god dialog med Oslo kommune i denne saken underveis i idéfasen.

Det konsept som i dag fungerer godt i Storgata 40 bør videreføres og utvikles videre. Dette betyr at samlokalisering av skadelegevakt med ortopedisk virksomhet, psykiatrisk legevakt, allmennlegevakt og psykososiale tjenester i all hovedsak søkes opprettholdt. Videreutvikling av Storbylegevakt-konseptet for å møte framtidig vekst i antall besøkende og nødvendigheten av å snu flest mulig før sykehusinnleggelse forventes også å medføre behov for nye og tettere samarbeidsformer mellom OUS og legevakt. Storbylegevakten bør derfor både få en lokalisering og sikres en fysisk fleksibilitet som gjør en slik utvikling mulig.

Det er bred enighet om at Storbylegevakten må ligge i nærheten av sykehusets akuttmottak og at den med fordel kan ligge i nærheten av sykehusets ortopediske virksomhet. Det kan være aktuelt å diskutere hvorvidt det skal være ortopediske senger og operasjonsvirksomhet begge steder, eller om det er mer hensiktsmessig å samle all ortopedisk virksomhet ett sted. Skadelegevakten må uavhengig av hvilken løsning som blir valgt sikres kompetansestøtte av ortopediske spesialister. Det kan også diskuteres om det kunne være hensiktsmessig å plassere annen elektiv kirurgisk virksomhet i nærheten av Storbylegevakten.

I tidligere planlegging av Storbylegevakten inkluderte OUS rusakuttmottaket som i dag ligger på Aker i konseptet. Nå er man imidlertid kommet til at det er mer ønskelig å plassere rusakuttmottaket sammen med øvrig tverrfaglig spesialisert rusbehandling på sykehusnivå i OUS, dvs. ikke som en del av Storbylegevakten.

#### 4.4.7 Samhandling med Oslo kommune

Ved Samhandlingsarena Aker har tjenestetilbudet fokus på helsefremmende og forebyggende arbeid, tidlig intervensjon, rehabilitering samt koordinering av behandling og oppfølging. Intensjonen er å selektere pasientgrupper eller områder hvor pasientene profiterer på at tjenestenivåene samhandler og er samlokalisert. Denne arenaen forventes videreutviklet.

Tilsvarende forventes samhandlingen mellom OUS og Oslo kommune om Storbylegevakten å kontinueres og utvikles videre i forbindelse med relokalisering av Storbylegevakten i nærheten av sykehusets sentrale akuttmottak (se kap. 4.4.6).

Det forventes videre at samhandling og innovasjon i grensesnittet mellom spesialist- og primærhelsetjenesten vil øke framover. Teknologisk og medisinfaglig utvikling vil kunne understøtte dette, og det samme gjelder endringer i samarbeid med fastleger og avtalespesialister, der begge grupper i framtiden antas å kunne utføre oppgaver som i dag gjøres av spesialisthelsetjenesten.

Innen psykisk helse arbeider man allerede i dag med arenafleksible tjenester. Innen somatikk er det også etablert for eksempel ambulerende sårteam. Denne type samhandling og leveranse av sykehustjenester på arenaer ut over det fysiske sykehuset forventes å øke, samtidig som teknologi kan bidra til at slike tjenester også kan leveres uten fysisk tilstedeværelse av spesialister.

## 4.5 Forskning, innovasjon, næringsutvikling og utdanning

### 4.5.1 Forskning

Sykehusets *Scientific Advisory Board* (SAB) ser et betydelig forskningspotensial i å utvikle OUS i umiddelbar nærhet av og integrert med UiO. I møtoreferat fra 11.2.2014 uttaler SAB:

"This is a great opportunity to adapt a new university hospital to the recent dynamic development of science within medicine and medical technology. It gives the opportunity to not only Transfer current activities but to Transform and modernise. The open attitudes to various models are promising and as mentioned above clinical research at OUS is right now in a positive phase showing a great potential to reach the "cutting edge" in medical sciences of benefit for tomorrows patients".

I løpet av det 21. århundre vil biomedisinsk forskning sannsynligvis forandre medisinen radikalt. Den medisinsk-teknologiske utviklingen, særlig fremskrittene innen sekvensering av genomet, gjør det teknologisk mulig å skaffe til veie detaljert og kompleks informasjon om individ og sykdomstilstand. Prisen på kommersielle analyser er fallende. Moderne biomedisinsk forskning genererer store, uhåndterlige mengder data som skal analyseres, ofte sammen med strukturerte data fra register og ustrukturert informasjon fra pasientjournaler. Avanserte analyser ved bioinformatiker fra realfagmiljøet må til for å forstå den biologiske sammenhengen bak observasjonene, og forskningen vil i større grad enn tidligere foregå ved computeren og ikke ved laboratoriebenken. Den økende kompleksiteten i biomedisinsk forskning medfører behov for nye samarbeidspartnere på tvers av fakulteter, fag og yrkesgrupper. Avansert utstyr, store datamengder (rådata) og høyt spesialisert kompetanse må gjøres tilgjengelig på tvers av avdelingsgrenser i sykehuset og mellom institusjoner som OUS og UiO. De samme laboratorieplattformene vil bli benyttet på tvers av ulike forskningsfelt. Den mest banebrytende teknologien er ofte resultat av større internasjonale og globale samarbeidsprosjekter.

Et nytt og moderne sykehus i umiddelbar nærhet av og integrert med UiO åpner for nye samarbeidskonstellasjoner på tvers av gamle avdelings-, institutt og institusjonsgrenser. Samarbeid med fysikkmiljøet ved UiO om forskning og utvikling i et framtidig proton-/partikkelsenter, beliggende i umiddelbar nærhet til begge institusjoner, vil for eksempel kunne resultere i ny og bedre strålebehandling for kreftpasienter. Nærhet mellom universitet og sykehus og mellom forskjellige forskningsmiljøer innenfor sykehuset vil også gjøre det mulig å dele laboratorieplattformer, biobanker, kliniske forskningsregistre og annen forskningsinfrastruktur. «High-throughput-analyser» fra ulike forskningsfelt vil kunne utføres av de samme ingeniørene ved en felles kjernefasilitet. For øvrig kommer store deler av analysene til å foregå i kommersielle laboratorier utenfor sykehuset

#### 4.5.2 Innovasjon og næringsutvikling

Myndighetene har gitt tydelige signaler om at virksomheten i offentlig helse og omsorg må sees i sammenheng med verdiskapingen i næringslivet. I flere stortingsmeldinger de senere årene omtales behovet for innovasjon og næringsutvikling. Spesielt er Helse- og omsorgsdepartementet opptatt av at de samfunns- og næringsøkonomiske effektene av sykehusets virksomhet skal være en del av målbildet for helseforetakene. Blant annet sies det:

«De regionale helseforetakene representerer fire av Norges største kunnskapsorganisasjoner med et budsjett på ca. 100 mrd. kroner og 97 777 årsverk i 2010. Vi har gode forutsetninger for å bidra til innovasjon og næringsvirksomhet, men det må igangsettes tiltak for å skape og kommunisere en slik kultur. Det er nylig fremhevet at en virksomhet ofte trenger et visst press for å innovere, og at målet må være en nasjonal kultur for nyskaping i helsesektoren.»

I St.meld. nr. 7 (2008-2009) («Innovasjonsmeldingen») uttales følgende:

«Økt innovasjonsevne i helse- og omsorgssektoren gir verdiskaping gjennom bedre løsninger for pasientene og bedre ressursutnyttelse. I mange tilfeller vil økt innovasjonsevne i sektoren samtidig gi økt privat verdiskaping. Forskning og innovasjon i samarbeid med næringslivet er en av fremgangsmåtene som helse- og omsorgssektoren bør ta i bruk for å utvikle et pasienttilbud som gir bedre kvalitet i behandlingen, økt effektivitet og bedre velferd. Det er ingen motsetning mellom å ruste opp helse- og omsorgssektoren for de kommende utfordringene og å ta best mulig vare på verdiskapingspotensialet. Innovasjon i helse- og omsorgssektoren forutsetter blant annet behovskartlegging, forskning, utvikling og testing av produkter og tjenester. Erfaringer fra Norge og andre land tyder på at utvikling av nye varer og tjenester i helse- og omsorgssektoren har best forutsetninger for å lykkes når utviklingen skjer i et samspill mellom offentlig sektor, FOU miljøer og næringslivet nasjonalt og internasjonalt.»

Innovasjon er også tydelig nedfelt i det årlige oppdragsdokumentet fra HSØ. Oppdragsdokumentet for 2013 har følgende bestilling til sykehuset:

- Økt forskningsbasert og behovsdrivet innovasjon i helseforetakene
- Økt omfang av innovasjoner som understøtter helhetlige pasientforløp og bedre samhandling mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten
- Økt implementering av nye produkter, tjenester, diagnostikk- og behandlingsmetoder, organisatoriske prosesser og løsninger som bidrar til økt kvalitet, effektivitet, kostnadseffektivitet, samhandling og mer helhetlige pasientforløp.
- Økt innovasjonseffekt gjennom bruk av offentlige innkjøp, før-kommersielle avtaler og prosjekter med leverandørindustrien.

Basert på styrende dokumenter har OUS utviklet sin egen innovasjonsstrategi. Her sies det:

«Landets største sykehus, Oslo universitetssykehus, som er førende innen medisinsk forskning og utvikling i Norge, vil også ta et overordnet ansvar for innovasjon». Visjonen er at Oslo universitetssykehus skal bli et av Europas ledende sykehus innenfor helseinnovasjon. «Innovasjon skal være en integrert og tydelig del av sykehusets virksomhet, skape verdi gjennom bedre pasientbehandling og nye behandlingsrutiner og slik bidra til optimal ressursbruk og økonomisk gevinst».

Det er en erkjennelse at effektivisering alene ikke kan løse helsetjenestens kostnadsutfordringer knyttet til behov for forebyggende helsearbeid og ivaretagelse av kroniske lidelser. *National Health Service* i England har derfor valgt innovasjon som strategisk verktøy for å effektivisere og videreutvikle helsetjenesten og har identifisert 5 satsingsområder knyttet til nyskaping/innovasjon.

OUS ønsker å bygge opp sin innovasjonssatsing omkring de samme områdene:

- Tjenesteinnovasjon og behandlingsforløp
- Bidra til pasientrettet IKT
- Sørge for at forskning kommer til nytte
- Samarbeid om utdanning og opplæring
- Samspill med næringsliv

Disse er nærmere utdypet nedenfor.

#### **4.5.2.1 Tjenesteinnovasjon og pasientforløp**

Dersom dagens helsetjeneste skal bli i stand til å møte morgendagens utfordringer må det arbeides systematisk med måten vi yter helsetjenester på. Helsetjenesten må sees på som en samlet leveranse. Selvbetjening, monitorering, elektronisk samhandling og telemedisin må bli en integrert del av tilbudet. Det må bygges opp arenaer som gjør det mulig fortløpende å kartlegge grensesnittene mellom fagområder, nye forskningsresultater, klinisk kunnskap, teknologiske nyvinninger og overgangene mellom de ulike tjenestenivåene. Samhandling med førstelinjetjenesten blir sentralt om pasienten skal møtes på riktig måte og fortrinnsvis utenfor spesialisthelsetjenesten. Pasientens behov må være kjernen i tilnærming til nye løsninger både i forebyggende virksomhet, medisinsk diagnostikk og behandling samt oppfølging.

Basert på pasientens behov må helsetjenestens samlede kompetanse skape slike arenaer for å videreutvikle morgendagens løsninger. Den raske utviklingen av nye teknologier vil i økende grad gjøre det mulig å understøtte integrerte og pasientrettede tilnærminger, og bidra til at den enkelte pasient kan få et persontilpasset forløp. Pasientens perspektiv vil bli stadig viktigere og vil sammen med teknologiske fremskritt kunne motvirke "silo-tenkning" mellom de ulike spesialitetene og fagområdene i sykehuset.

#### **4.5.2.2 Pasientrettet IKT**

I dag utføres nesten 90 % av alle helsetjenester gjennom personlig kontakt<sup>6</sup>. Selvbetjeningsteknologi kan med fordel erstatte en del av dagens løsninger. Hjemmebaserte teknologier, sensorer, helse-app'er og integrerte IKT-løsninger forventes å forbedre tilbudet og redusere kostnader. Imidlertid gjør dagens strenge krav til dataoverføring samt mangel på pasientvennlig teknologi dette til en kostbar, vanskelig og langsom prosess. Det er stort behov for ny IT-arkitektur og en tilpasning av lovverket i forhold til pasientsikkerhet, som gjør at man kan støtte samhandling, gode pasienttilnærminger og samarbeid på tvers av institusjoner. Se for øvrig kap 4.4.1.2.

#### **4.5.2.3 Implementering av forskningsresultater**

I dag kjennetegnes sykehusene av at nye forskningsresultater og ny klinisk kunnskap ikke i tilstrekkelig grad blir omsatt og integrert som del av medisinsk praksis. Man er ikke gode nok til å ta i bruk ny teknologi, drive aktiv kunnskapsoverføring og dele nye løsninger nasjonalt. Sykehusets samlede kompetanse innenfor forskning og klinisk virksomhet er høy. Denne kunnskapen bør utnyttes i langt større grad. Sykehuset må by på et «laboratorium» for uttesting som vil gjøre det mulig å dele kunnskap på tvers av fagområder, tjenestenivåer og yrkesgrupper, og som åpner for et samspill med næringslivet. Det nye sykehuset må bygges med fleksible arenaer for uttesting og verifisering av nye behandlingstilnærminger både sammen med næringslivet og ved bruk av ny teknologi. Dette vil styrke norsk næringsliv og gjøre det mulig å tilby pasienten den mest moderne behandling (bidra til «best practice»).

---

6 Ref. Christensen, K., Doblhammer, G., Rau, R., & Vaupel, J. W. (2009). Ageing populations: the challenges ahead. *Lancet*, 374(9696)

#### 4.5.2.4 Samarbeid om utdanning og opplæring

Befolkningsutviklingen vil føre til ubalanse mellom behov og tilgang på kompetent helsepersonell i årene som kommer. Det blir en viktig oppgave for sykehuset å utdanne tilstrekkelig mange helsearbeidere innenfor de ulike profesjoner og fagområder. Utdanning og kompetanseheving må sees i sammenheng med utviklingen innen medisinen. Nye behandlingsformer vil stille krav til ny kompetanse i form av nye profesjoner og må håndteres med utgangspunkt i pasientens behov.

#### 4.5.2.5 Samspill med næringsliv

Norge har en helsetjeneste preget av høy kvalitet, og sykehusene er en velegnet arena for uttesting og validering av nye metoder for diagnostikk, behandling og forebyggende helse. For at forskning og klinisk kunnskap skal komme til nytte i form av nye produkter og tjenester må sykehuset åpnes for viktige samarbeidspartnere. Samspill med næringsliv er en forutsetning for å kunne møte etterspørselen etter helsetjenester i framtiden.

*HelseOmsorg21* peker på mangelfull systematikk i innovasjonsarbeidet i helsevesenet. Rapporten fra arbeidsgruppe næringsliv oppfordrer til en mer helhetlig tilnærming med samspill mellom private og offentlige aktører, spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste, for å knytte sammen kunnskap, tjenestetilbud og verdiskaping. På samme måte peker innovasjonsmeldingen *Et nyskapende og bærekraftig Norge* på at sykehusene bør samarbeide med næringslivet for validering og verifisering av teknologi og nye behandlingstilbud.

OUS har en ambisjon om å bli et av Europas ledende sykehus innenfor innovasjon og næringsutvikling innen helse og har nedfelt som ett av sine prinsipper for innovasjonsvirksomhet at: «*Sykehuset skal legge til rette for samarbeid med næringslivet i utviklingen av nye produkter og for et tett samarbeid med Inven2 AS som kommersialiseringspartner*».

I tillegg til sykehuset og UiO er en rekke forskningsinstitutter lokalisert i det geografiske område for utbygging av nytt sykehus. Oslo Cancer Cluster Innovasjonspark, Oslo Medtech og Forskningsparken er eksempler på aktører i en helserelatert næringsutvikling i sykehusområdet. Inven2 AS er Norges største innovasjonsselskap og felles aktør for OUS og UiO i arbeidet med å kommersialisere arbeids- og forskningsresultater med næringsmessig potensial.

En forutsetning for samarbeid med næringslivet vil være at OUS sammen med andre helseaktører tilrettelegger for innovative anskaffelser, deltar som part i innovasjonsprosjekter og stiller testarenaer til rådighet for næringslivet og forskere. Helseaktørene må stille sin infrastruktur, kompetanse og brukermiljøer tilgjengelig for utprøving og testing av diagnostikk, legemidler, medisinsk utstyr, informasjonssystemer og velferdsteknologi.

En annen forutsetning for å lykkes med næringsutvikling med grunnlag i sykehusets innovasjonsvirksomhet vil være at det i tillegg til fasiliteter i sykehusbyggene, settes av arealer i sykehusets randsoner, der bedrifter kan etableres og utvikle seg i samarbeid med virksomheten ved sykehuset og UiO. Dette vil omfatte arealer for kontorer, laboratorier og produksjonsformål.

Sykehuset har i dag i liten grad tatt i bruk innovasjonsvirkemidler i anbudsprosesser (pre-kommersielle innkjøp). Dette er et virkemiddel som i større grad kan tas i bruk for å bygge opp under ønsket næringsutvikling.

For å lykkes med ambisjonene beskrevet ovenfor må OUS i samråd med UiO og Oslo kommune ta en ledende rolle i oppbygging av allianser med utvalgte aktører, der det etableres et formalisert samarbeid. Samarbeidet må være attraktivt for så vel næringsliv som førstelinjetjenesten (Oslo kommunen m.fl.) og academia.

For nærmere beskrivelse vises det til vedlagte delprosjektrapport «Innovasjon og næringsutvikling».



### 4.5.3 Utdanning

Ved prestisjetunge universitetssykehus i utlandet, der undervisning og utdanning har en høyere status enn i Norge, har man erkjent betydningen av å anstrenge seg for å rekruttere de beste kandidatene. Selv om det i øyeblikket utdannes tilstrekkelig mange innen de fleste grupper helsepersonell, viser ulike utredninger at Norge vil stå overfor et gap mellom tilgang på og etterspørsel etter helsearbeidere fra ca. 2020.<sup>7</sup> Eldrebølge i kombinasjon med små årskull i yrkesaktiv alder ligger til grunn for misforholdet. De siste årene har underskudd på intensiv- og operasjonssykepleiere vist hvor sårbar sykehusdriften er for mangel på spisskompetent personell.

Nok helsepersonell og helsepersonell med nøkkelkompetanse kommer til å bli en kritisk faktor i OUS sin framtidige drift. Utviklingen innen biomedisinsk forskning gjør at sykehuset også må skaffe seg realister med relevant utdanning på mastergradsnivå. Innenfor disse gruppene vil sykehuset måtte konkurrere med det private næringsliv. Utdanningstilbudet i sykehuset må være attraktivt på både grunn-, videre- og etterutdanningsnivå dersom OUS skal tiltrekke seg det nødvendige antall studenter og ferdig utdannet helsepersonell og realister. Det må satses på behovsdrivet utdanning gjennom styrket samarbeid mellom ulike utdanningsaktører for å tilpasse utdanningens innhold i takt med medisinsk utvikling. Simuleringslaboratorier, samlet i egen undervisningsfløy og integrert i de kliniske arealene, vil få økende betydning både i teknisk ferdighetsopplæring og trening på samhandling. Sykehuset må selvsagt også tilpasse seg bemanningsutfordringene på andre måter, blant annet gjennom nye, mer effektive driftsløsninger, ny teknologi og oppgaveglidning mellom yrkesgrupper.

## 4.6 Befolkningsutvikling

Demografi er en sentral og styrende faktor for framtidens behov for helsetjenester. Hvor mange innbyggere blir det, og hvordan blir alderssammensetningen? Demografisk framskrivning besvarer disse spørsmålene, men med noe usikkerhet i og med at både fødselsrater, dødelighet og flyttemønster endrer seg over tid.

I denne idéfaseutredningen er den demografiske analysen benyttet til å belyse utviklingen i det befolkningsområdet OUS dekker. I praksis betyr dette:

- Hele landet – for landsfunksjoner
- HSØ området – for regionfunksjoner
- Bydeler i Oslo – for lokal- og områdefunksjoner.

Tidsperspektivet for idéfasens behovsberegninger er satt til 2030, dvs. at kapasitet og areal skal beregnes ift. forventet 2030-befolkning. I kapasitetsberegningene legges «MMMM-alternativet» fra Statistisk Sentralbyrå til grunn. Demografiske utvikling er i tillegg belyst i et tidsperspektiv til 2040, og det er gjort følsomhetsanalyser ved å legge inn andre forutsetninger enn «MMMM-alternativet». Dette viser noe av usikkerheten i slike analyser. Historisk har f.eks. Oslo vokst fortere enn det en har forutsett i «MMMM-alternativet».

### 4.6.1 Framskrivning etter MMMM-alternativet for hele Norge

Tabellen nedenfor viser befolkningsframskrivning i Norge inndelt i sju aldersgrupper. Anslått økning i folketallet for alle aldersgrupper fram til 2040 vises i tabellen. Iht. framskrivningen blir folketallet i Norge rundt 6 millioner i 2030 og 6,4 millioner i 2040, altså hhv. 21 % og 28 % økning fra 2012.

---

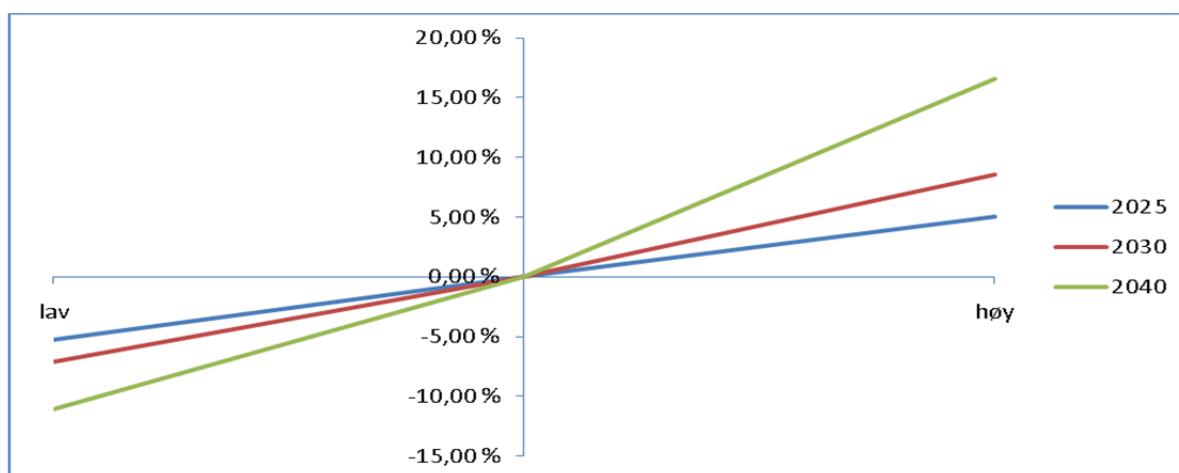
<sup>7</sup> St.meld. nr. 25 (2005-6) om fremtidens omsorgsutfordringer.

Befolkningstallet i aldersgruppene 67 år og eldre øker raskere enn i de yngre aldersgruppene. F.eks. blir aldersgruppen 67 år og eldre litt over 1 million mennesker i 2030 som er nesten 60 % økning fra 2012, og i 2040 har økningen blitt 93 %. Til sammenligning er økningen hos aldersgruppen 0-66 på 16 % og 19 % til hhv. 2030 og 2040.

Tabell 14. Befolkningsframskriving 2012-2040, hele Norge

Aldersgruppe	2012	2025	2030	2040
0-17	1 118 225	1 273 482	1 321 998	1 349 587
18-44	1 833 951	2 042 149	2 082 367	2 118 518
45-66	1 379 093	1 553 330	1 594 689	1 666 233
Sum 0-66	4 331 269	4 868 961	4 999 054	5 134 338
67-74	302 817	430 074	456 376	538 330
75-79	130 201	233 333	234 494	272 284
80-84	107 918	145 289	195 007	218 626
85+	113 665	122 016	152 395	236 834
Sum 67+	654 601	930 712	1 038 272	1 266 074
<b>Sum</b>	<b>4 985 870</b>	<b>5 799 673</b>	<b>6 037 326</b>	<b>6 400 412</b>

For å sjekke følsomheten i framskrivingen ved justering av ulike forutsetninger, ble framskrivingene som gir de laveste og høyeste befolkningstallene hentet fra SSB. Disse framskrivingene har betegnelsene LLML og HHMH. Figuren nedenfor viser befolkningstall i Norge pr. aldersgruppe i forhold til lav og høy vekst. Figuren viser hvordan LLML og HHMH-alternativene avviker fra MMMM-alternativet i prosent. Avviket øker med økt tidsperspektiv. Forskjellen mellom HHMH og MMMM-alternativene er mer enn forskjellen mellom LLML og MMMM i forhold til framskrevet befolkningstall i 2040. Det er altså mer sannsynlig at befolkningstallet blir høyere i 2040 enn at det blir lavere, sammenholdt med MMMM-alternativet.



Figur 19. Følsomhetsanalyse, Norge

#### 4.6.2 Helse Sør-Øst-området

Tabellen nedenfor viser befolkningsframskriving pr. fylke i HSØ-området fram til 2040 og befolkningsendringen fra 2012. Befolkningen i hele HSØ-området blir rundt 3,2 millioner mennesker i 2030, som er 24 % økning fra 2012. I 2040 blir befolkningen rundt 3,5 millioner, som er 32 % økning fra 2012.

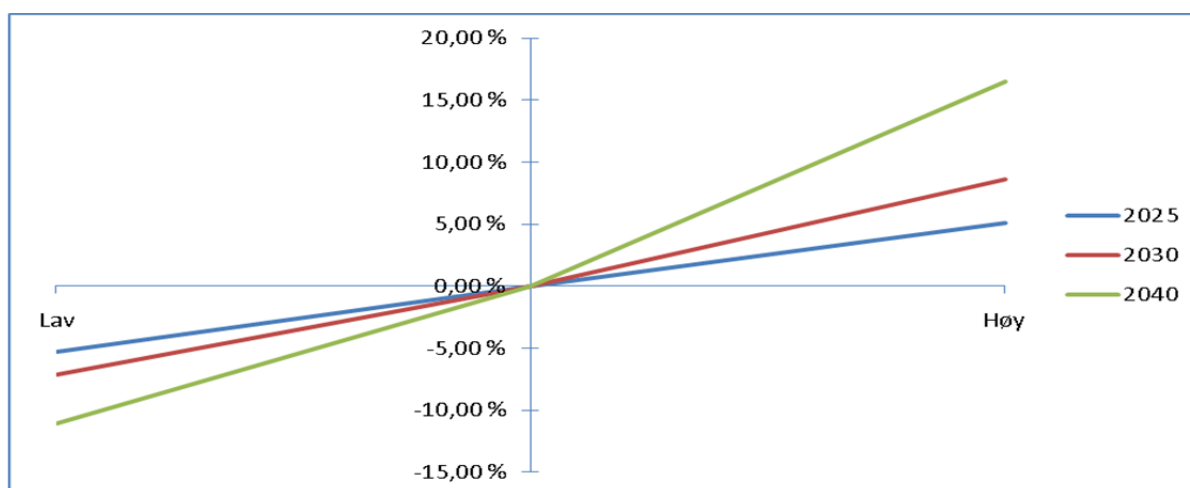
Veksten i Hedmark, Oppland og Oslo blir litt annerledes enn i de andre fylkene. Hedmark og Oppland vil oppleve lavere vekst enn de andre fylkene, mens befolkningen i Oslo øker raskere.



Tabell 15. Befolkningsframskriving 2012-2040 pr. fylke, Helse Sør-Øst området

Fylke	2012	2025		2030		2040	
	Bef.tall	Bef.tall	Endring	Bef.tall	Endring	Bef.tall	Endring
Østfold	278 352	322 754	15,95 %	337 250	21,16 %	360 115	29,37 %
Akershus	556 254	672 343	20,87 %	708 299	27,33 %	763 892	37,33 %
Oslo	613 285	753 833	22,92 %	784 842	27,97 %	833 733	35,95 %
Hedmark	192 791	211 879	9,90 %	218 600	13,39 %	228 550	18,55 %
Oppland	187 147	205 416	9,76 %	211 694	13,12 %	221 007	18,09 %
Buskerud	265 164	315 655	19,04 %	331 229	24,91 %	355 186	33,95 %
Vestfold	236 424	273 831	15,82 %	285 771	20,87 %	303 916	28,55 %
Aust-Agder	111 495	133 764	19,97 %	140 918	26,39 %	152 119	36,44 %
Vest-Agder	174 324	207 065	18,78 %	217 904	25,00 %	235 312	34,99 %
<b>Sum Helse SØ</b>	<b>2 615 236</b>	<b>3 096 540</b>	<b>18,40 %</b>	<b>3 236 507</b>	<b>23,76 %</b>	<b>3 453 830</b>	<b>32,07 %</b>

Følsomheten for ulike beregningsforutsetninger i HSØ- området er belyst nedenfor. Tabellen viser befolkningstall pr. fylke i forhold til lav og høy vekst. Figuren nedenfor viser hvordan LLML og HHMH-alternativene avviker fra MMMM-alternativet i prosent. Økt tidsperspektiv gir større usikkerhet.

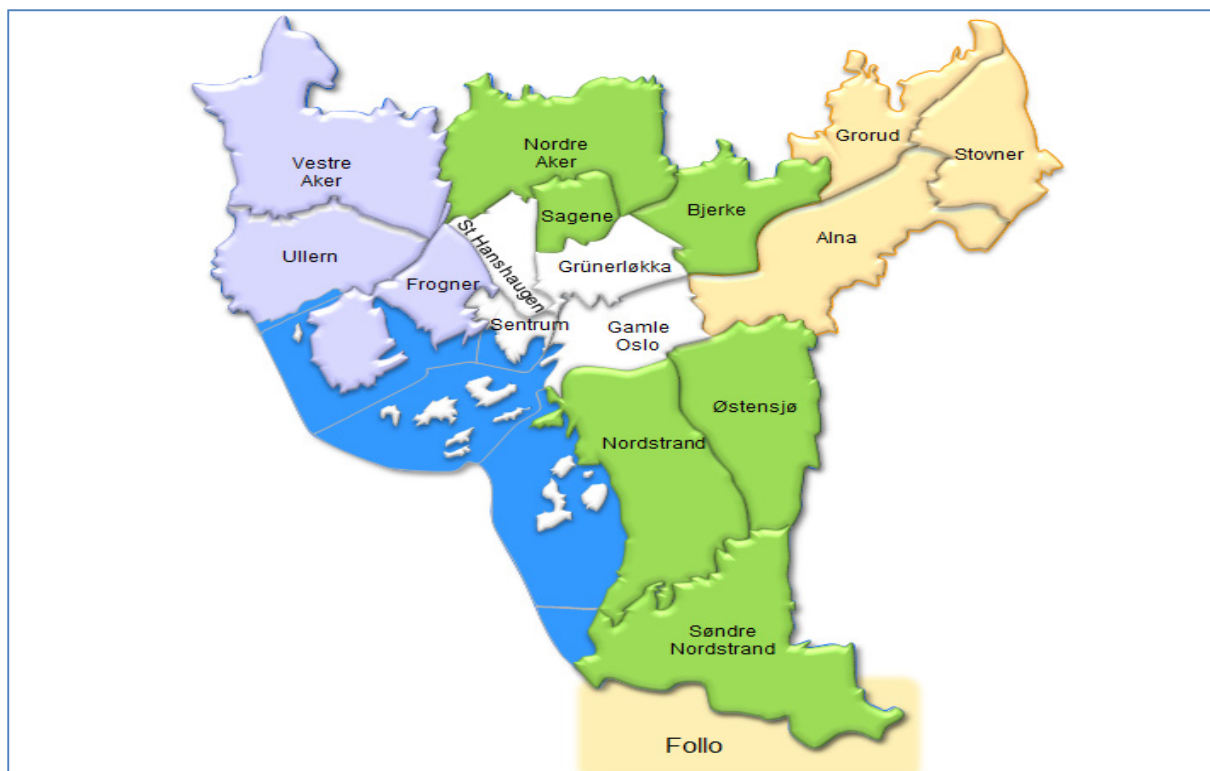


Figur 20 - Følsomhetsanalyse HSØ-området

#### 4.6.3 Oslo

Tabell 20 nedenfor viser befolkningsframskrivingen pr. bydel i Oslo fram til 2040 sammenlignet med 2012. Befolkningen i Oslo blir rundt 780 000 mennesker i 2030 som er 29 % økning fra 2012 og i 2040 blir befolkningen rundt 830 000, som er 37 % økning fra 2012. Dette er en raskere vekst i folketall sammenlignet med hele Norge og HSØ-området. Tabellen viser også betydelig forskjell i befolkningsutvikling mellom områdene i Oslo. Utviklingen i OUS sitt opptaksområde er nokså likt med gjennomsnittet for hele Oslo, mens i DS' område vil det bli mindre vekst i befolkningen. Derimot vil bli det bli en raskere befolkningsøkning i LDS' bydeler.

Tabell 19 og Figur 12 viser befolkningsutviklingen i Oslo pr. aldersgruppe. Aldersgruppen 67 år og eldre vil øke raskere sammenlignet med andre aldersgrupper. Oslo vil imidlertid fortsatt ha relativt færre mennesker som er eldre enn 67 år sammenlignet med hele Norge og HSØ- området. Ifølge framskrivingen vil antall mennesker 67 år og eldre bli 12 % av befolkningen i 2030 (økning fra 10 % i 2012) sammenlignet med 16,5 % og 17 % i hhv. HSØ- området og i hele Norge.



Figur 21. Bydelkart av Oslo

Tabell 16. Befolkningsframskriving 2012-2040 pr. bydel i Oslo

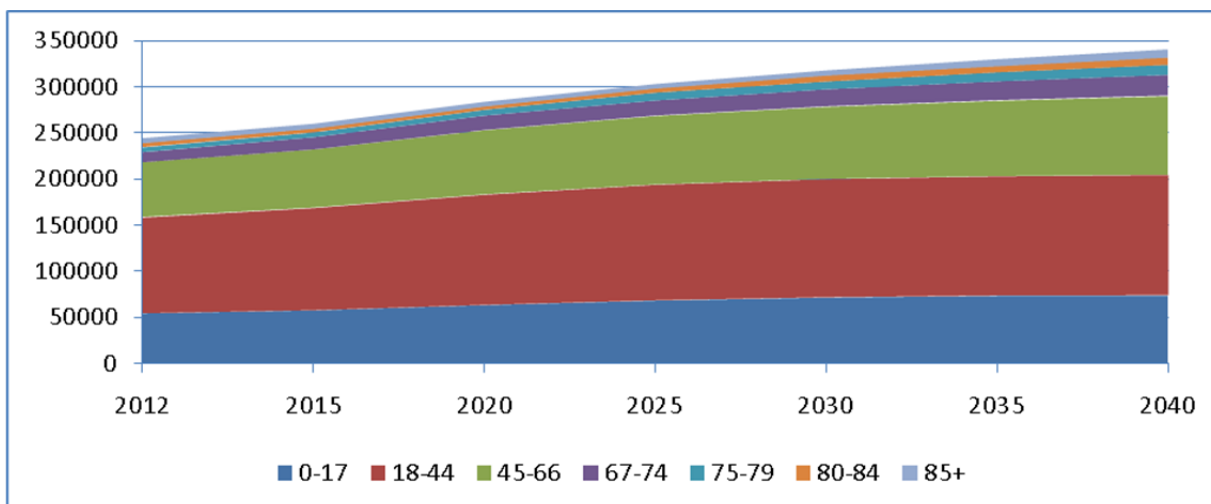
Bydeler	2012	2025		2030		2040	
	Bef.tall	Bef.tall	Endring	Bef.tall	Endring	Bef.tall	Endring
Sagene	35 990	46 875	30,24 %	48 319	34,26 %	50 721	40,93 %
Nordre Aker	48 432	58 591	20,98 %	61 462	26,90 %	65 837	35,94 %
Bjerke	29 090	37 712	29,64 %	39 547	35,95 %	42 177	44,99 %
Østernsjø	47 164	58 745	24,55 %	62 117	31,70 %	67 439	42,99 %
Nordstrand	47 696	58 577	22,81 %	61 825	29,62 %	66 792	40,04 %
Søndre Nordstrand	36 304	43 077	18,66 %	45 144	24,35 %	48 237	32,87 %
<b>Sum OUS opptaksområdet</b>	<b>244 676</b>	<b>303 577</b>	<b>24,07 %</b>	<b>318 414</b>	<b>30,14 %</b>	<b>341 203</b>	<b>39,45 %</b>
Frogner	52 531	61 186	16,48 %	62 423	18,83 %	65 395	24,49 %
Ullern	31 275	37 524	19,98 %	39 205	25,36 %	41 569	32,91 %
Vestre Aker	45 186	54 145	19,83 %	56 578	25,21 %	59 939	32,65 %
<b>Sum DS</b>	<b>128 992</b>	<b>152 855</b>	<b>18,50 %</b>	<b>158 206</b>	<b>22,65 %</b>	<b>166 903</b>	<b>29,39 %</b>
Gamle Oslo	44 958	58 232	29,53 %	60 311	34,15 %	63 503	41,25 %
Grünerløkka	49 307	62 754	27,27 %	64 408	30,63 %	67 372	36,64 %
St. Hanshaugen	34 109	43 700	28,12 %	44 706	31,07 %	47 052	37,95 %
Sentrum	963	1 625	68,74 %	1 688	75,29 %	1 704	76,95 %
<b>Sum LDS</b>	<b>129 337</b>	<b>166 311</b>	<b>28,59 %</b>	<b>171 113</b>	<b>32,30 %</b>	<b>179 631</b>	<b>38,89 %</b>
Grorud	26 777	32 743	22,28 %	34 311	28,14 %	36 722	37,14 %
Stovner	30 554	36 864	20,65 %	38 591	26,30 %	41 176	34,76 %
Alna	47 786	58 822	23,09 %	61 613	28,94 %	65 721	37,53 %
<b>Sum andre bydeler</b>	<b>105 117</b>	<b>128 429</b>	<b>22,18 %</b>	<b>134 515</b>	<b>27,97 %</b>	<b>143 619</b>	<b>36,63 %</b>
<b>Sum OUS Område</b>	<b>608 122</b>	<b>751 172</b>	<b>23,52 %</b>	<b>782 248</b>	<b>28,63 %</b>	<b>831 356</b>	<b>36,71 %</b>

Tabell 17. Befolkningsframskriving pr. aldersgruppe 2012-2040, Oslo i alt.

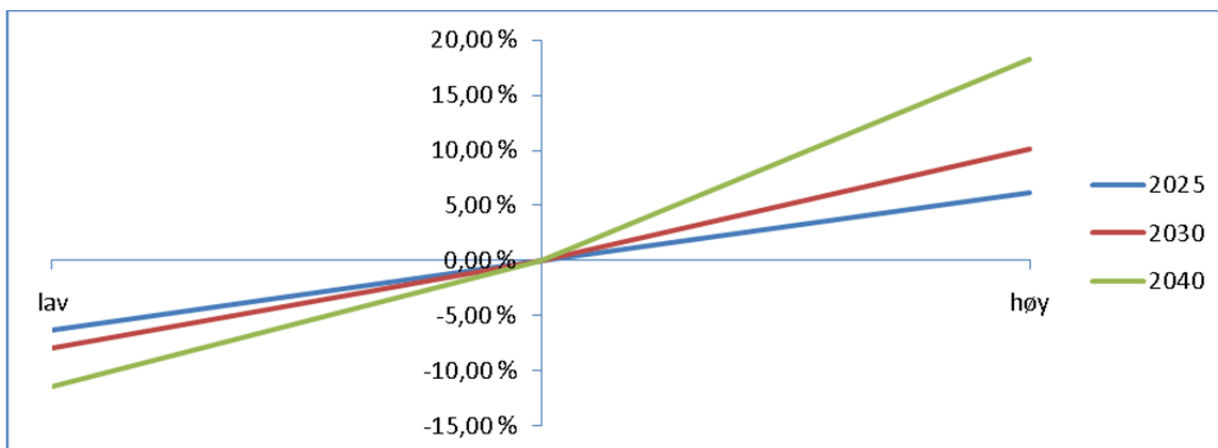
Aldersgruppe	2012	2025	2030	2040
0-17	122 079	152 247	158 762	162 810
18-44	282 560	337 078	341 935	347 136
45-66	146 407	177 087	185 339	200 265
Sum 0-66	551 046	666 412	686 036	710 211
67-74	28 085	40 570	44 269	53 529
75-79	11 462	22 124	21 779	26 666
80-84	10 198	13 506	18 460	20 759
85+	12 494	11 269	14 323	22 585
Sum 67+	62 239	87 469	98 831	123 539
<b>Sum</b>	<b>613 285</b>	<b>753 881</b>	<b>784 867</b>	<b>833 750</b>

Følsomheten for ulike vekstforutsetninger i HSØ-området er belyst i Figur 16 nedenfor. På samme måte som for hele Norge, blir det mer utslag i framskrivingene når tidsperspektivet forlenges, og forskjellen mellom HHMH og MMMM-alternativene er betydelig større enn forskjellen mellom LLML og MMMM.

Sammenlignet med hele Norge og HSØ, kommer det fram at følsomheten i befolkningsframskriving for Oslo er litt høyere enn tilsvarende tall for hele Norge og HSØ-området.



Figur 22. Aldersgruppe fordeling 2012-2040, OUS opptaksområdet



Figur 23. Følsomhetsanalyse, Oslo

#### 4.6.4 Etnisitet

Nedenfor er det vist en sammenligning av befolkningssammensetningen i Oslo og Norge mht. innvandreres andel av folketallet. Befolkningssammensetningen er litt annerledes i Oslo enn i Norge som helhet. Oslo har ca.12 % av Norges innbyggere, mens nesten 27 % av Norges innvandrere bor i Oslo. Omlag 30 % av Oslos befolkningen er innvandrere, mens tilsvarende tall for hele landet er 14 %.

Tabell 18. Innbyggere og innvandrere. Sammenligning mellom Norge i alt og Oslo.

	Norge	Oslo	% Oslo
Antall innbyggere	5 051 631	626 913	12,41 %
Antall innvandrere	710 465	189 400	26,66 %
% Innvandrere	14,06 %	30,21 %	-

#### 4.6.5 Oppsummering

Her er vist befolkningsframskrivninger for hele Norge, HSØ- området og Oslo. Fokus er på utviklingen fra 2012 og fram til 2025, 2030 og 2040. Framskrivningene er hentet fra SSB. De er basert på fire komponenter: fruktbarhet, levealder, innenlandsk flytting og innvandring.

Den historiske befolkningsutvikling viser at fra 1950 har befolkningen i HSØ-området (uten Oslo og Akershus) vokset med om lag den samme hastighet som i hele landet. Befolkningen i Oslo og Akershus har på den annen side vokset mye raskere enn hele landet.

De demografiske framskrivingene indikerer at denne trenden i befolkningsutviklingen vil fortsette, dvs. Oslos befolkning vil øke raskere enn i resten av landet sett under ett. I 2030 vil folketallet i Oslo bli ca. 782 000, 3 515 000 i HSØ-området og 6 037 000 i Norge i alt. Det betyr en forventet økning fra 2012 til 2030 på 29 % i Oslo, 24 % i HSØ-området og 21 % i hele landet.

Framskrivningene viser at alderssammensetningen blir annerledes i framtiden enn i dag. Antall innbyggere 67 år og eldre blir relativt flere i 2030 enn i dag. I 2012 var det ca. 650 000 innbyggere i denne aldersgruppen. I 2030 forventes dette å øke til ca. 1 038 000 og i 2040 til 1 266 000, dvs. nærmere en dobling til 2040. Fordi de eldste aldersgruppene er de som bruker mest helsetjenester, er det av stor betydning for kapasiteten at denne aldersgruppen øker så mye i årene fram mot 2030 og 2040.

Innvandrere i Oslo utgjør 30 % av Oslos befolkning mens de utgjør 14 % i hele Norge. Sammenligningen viser også at innvandrere med opprinnelsesland utenfor Europa er relativt flere i Oslo enn i hele Norge.

### 4.7 Effektivisering og omstilling

Det demografisk framskrevne pasientgrunnlaget for somatikk og psykisk helse og avhengighet er justert i forhold til de endringsdrivere som er beskrevet tidligere. Disse oppsummeres nedenfor med henvisning til konsekvensene for pasientaktiviteten:

- Alder, etnisitet og livsstil: øking i poliklinikk og dagbehandling
- Medisinsk-teknologisk utvikling: økning i poliklinikk, dagbehandling og liggedager
- IKT og e-Helse: reduksjon poliklinikk, avdelingsopphold og liggedager
- Omstilling og effektivisering somatikk:
  - Fra døgn- til dagbehandling: reduksjon avdelingsopphold og liggedager og økning i dagbehandling og poliklinikk

- Mer bruk av observasjonssenger: reduksjon avdelingsopphold og liggedager og fler observasjonssenger
- Hotell: økt bruk av hotell, flytting av liggedager fra normal seng til hotellseng
- Kortere gjennomsnittlig liggetid: reduksjon av liggedager
- Omstilling og effektivisering psykisk helse og avhengighet:
  - Fra døgnbehandling i sykehus til DPS: reduksjon i opphold og liggedager i sykehus og økning i DPS
  - Kortere gjennomsnittlig liggetid: reduksjon av liggedager

Endringsdriverne er i prinsipp de samme for somatikk og psykiatri. Men omstilling i somatikk skjer i stor grad innenfor sykehuset, mens det i psykisk helse og avhengighet i stor grad er tale om omstilling fra sykehus til DPS.

For somatikk er det korrigert for Vestre Viken sin ambisjon om økt egendekningsgrad til 75 %.

For psykisk helse og avhengig korrigeres for følgende forhold:

- DPS medregnes ikke i arealet til OUS
- BUP-poliklinikk samt ca. 40 % av ruspoliklinikkene flyttes til DPS og medregnes dermed ikke i arealet til OUS

Pasientframskrivning for somatikk blir ut fra dette som vist i tabellen nedenfor.

Tabell 19 - OUS somatikk, framskrivning av aktivitet til 2030.

Klinikk	OUS 2012							OUS 2030 idéfase (etter omstilling og effektivisering og ekskl. Vestre Viken)						
	Avd. opphold	Ligge-dager normal seng	Gjnsn. liggetid	Obs ligge-dager	Hotell ligge-dager	Dag-opphold	Poli-klinikk	Avd. opphold	Ligge-dager normal seng	Gjnsn. liggetid	Obs ligge-dager	Hotell ligge-dager	Dag-opphold	Poli-klinikk
B - Medisinsk klinikk	14 895	74 304	5,0	8 355		18 419	86 840	16 980	75 970	4,5	12 031		36 726	93 031
C - Klinikk for kirurgi og nevrofag	25 207	117 488	4,7			28 317	166 722	27 062	111 735	4,1	1 023		41 146	174 487
D - Kvinne- og barneklubben	24 142	93 640	3,9			9 605	116 649	24 111	73 840	3,1	351		13 545	117 075
E - Kreft- kirurgi og transplantasjonsklinikken	24 062	119 104	4,9			32 373	182 070	28 830	128 887	4,5	650		53 529	210 051
F - Hjerter-, lunge- og karklinikk	11 669	37 957	3,3			6 349	22 141	13 885	38 984	2,8	83		9 547	25 082
H – Akuttklubben*				820							1 055			
<b>I alt</b>	<b>99 975</b>	<b>442 493</b>	<b>4</b>	<b>9 175</b>	<b>64 614</b>	<b>95 063</b>	<b>574 422</b>	<b>110 867</b>	<b>429 416</b>	<b>4</b>	<b>15 193</b>	<b>97 461</b>	<b>154 493</b>	<b>619 727</b>

Vekst % 2012-2030

11 % -3 % -12 % 66 % 51 % 63 % 8 %

\* Det foreligger ikke kvalitetssikrede tall for intensivvirksomheten i Akuttklubben for 2012. Dimensjoneringen for intensivvirksomheten i 2030 er håndtert på særskilt måte. Poliklinisk virksomhet i Akuttklubben og Klinikk for diagnostikk og intervensjon som heller ikke er indikert i tabellen, er i 2030-perspektiv dimensjonert som kliniske spesialrom i egne beregninger, ikke basert på aktivitetstall.

Tabellen over viser utviklingen fra 2012 til 2030 (vekst %), hvor det framgår en mindre økning for avdelingsopphold, en reduksjon for liggedager i normalsenger og stor økning for observasjonsliggedager, hotellidøgn samt dagbehandling og poliklinikk. Dette er en konsekvens av de endringsdriverne som er lagt inn i framskrivningen.

Det fremkommer en reduksjon av aktivitet i normalsenger og en økning i observasjons- og hotellsenger, slik at det samlede antall senger total sett øker med ca. 100 i perioden.

Beregning av sengetall er basert på liggedager og utnyttelsesgrad som varierer noe mellom funksjoner (se avsnitt om utnyttelsesgrader). Rapportert sengetall fra OUS i 2012 er noe lavere enn

tallet man har kommet frem til her, da rapportert sengetall er beregnet basert på 85 % belegg for «alle senger» (effektive senger). Det bør vurderes nærmere i den videre bearbeidingen om utnyttelsesgradene, som grunnlag for kapasitetsberegning, skal justere for noen av funksjonsområdene.

For psykisk helse og avhengighet blir resultatet av framskrivningen som vist i tabellen nedenfor.

**Tabell 20 - Tabell: OUS psykisk helse og avhengighet framskrivning av aktivitet til 2030**

Klinikk	Avd. deling	OUS 2012				OUS idéfase 2030			
		Avd. opphold	Liggedgr. normal-seng	Dag-opphold	Poli-klinikk	Avd. opphold	Liggedgr. normal-seng	Dag-opphold	Poli-klinikk
A - Psykisk helse og avhengighet	Psykisk helse, nasj. og reg. funksjoner	185	14 651	90	25 762	198	14 338	117	27 751
	Psykisk helsevern døgntilrettelagt	1 318	49 243	13	9 656	1 442	49 357	23	12 433
	Rus- og avhengighetsbehandling	2 804	26 154	760	11 547	3 239	27 323	1 113	12 863
	Barne- og ungdomspsykiatrisk	91	4 311	1 015		108	4 921	1 655	
<b>OUS ekskl. DPS, BUP-poliklinikk og ruspoliklin.</b>		<b>4 398</b>	<b>94 359</b>	<b>1 878</b>	<b>46 965</b>	<b>4 987</b>	<b>95 939</b>	<b>2 909</b>	<b>53 046</b>

Vekst i %

13 % 2 % 55 % 13 %

Nederst i Tabell 20 er den samlede utviklingen fra 2012 til 2030 vist. Det fremgår at det er en mindre økning i aktiviteten. Antall normalsenger blir ca. 306 sammenlignet med 300 i 2012, hvilket må sees i sammenheng med at en økende del av sengebehovet vil bli ivaretatt i DPS.

#### 4.8 Utnyttelsesgrader

I dette avsnitt vises hvilke utnyttelsesgrader som benyttes i framskrivning av kapasitets- og arealbehov. Bruk av utnyttelsesgrad på under 100 % for senger ivaretar de normale uke- og sesongsvingningene i et sykehus.

For senger er vist utnyttelsesgradene i tabellen under.

**Tabell 21 - OUS utnyttelsesgrader senger**

Utnyttelsesgrader senger	OUS	Kommentarer
<b>Somatiske senger</b>	82 %	Gjennomsnitt: 80 % for lands- og regionspasienter (elektive) og 85 % for lokal- og områdepasienter
<b>Hotellsenger</b>	70 %	Redusert utnyttelse, f.eks. ikke belegg i helg
<b>DPS-senger</b>	90 %	20-30% av DPS-sengene er beredskapssenger som belegges ca. 60 %
<b>Voksenpsykiatri</b>	90 %	Jf. Sintef's framskrivning av sengetall i Helse Øst
<b>BUP-senger</b>	73 %	Redusert utnyttelsesgrad pga. få senger
<b>Rus/avhengighet</b>	80 %	
<b>Barn</b>	70 %	Redusert pga. små grupper og sesongsvingninger
<b>Observasjon</b>	80 %	Redusert utnyttelsesgrad pga. øyeblikkelig hjelp

Det er lagt inn en utnyttelsesgrad for poliklinikker og dagbehandling etc. på 230 dager i året, som er tilsvarende som i arealutviklingsplanen og ved planlegging av St. Olavs Hospital. Ved Ahus og Nytt østfoldsykehus er det lagt til grunn 240 dager.

Ti timer effektiv åpningstid pr. dag er lagt til grunn for de investeringsmessig tunge funksjoner (billeddiagnostikk og operasjon) mens 8 timer er lagt til grunn for beregning av poliklinisk virksomhet. Ti timer pr. dag for poliklinikk har vært vanlig planforutsetning i HSØ, men har vist seg vanskelig realisert i praktisk drift. Det er derfor valgt å gå ned til 8 timer for poliklinikkfunksjoner i OUS.

For undersøkelses- og behandlingsfunksjoner er det anvendt følgende utnyttelsesgrader, som for det meste samsvarer med de utnyttelsesgradene som ble benyttet i arealutviklingsplanen.

Tabell 22 - OUS utnyttelsesgrader, undersøkelse/behandling

Utnyttelsesgrader dag/poliklinikk undersøkelser/behandlinger	Dager/år	Timer/dag	Minutter pr. unders. / beh.	Kommentarer
Dagplass	230			
<b>Polikliniske standardrom</b>	<b>230</b>	<b>8</b>		
Pediatri	230	8	40	
Gynekologi og føde	230	8	30	
Anestesiologi (smertebehandling)	230	8	40	
Kirurgi og ortopedi	230	8	30	
Medisinske fag og hjerte-/lungekirurgi	230	8	40	
Kjevekirurgi	230	8	30	
Plastikkirurgi	230	8	30	
Nevrokirurgi	230	8	30	
Barnekirurgi	230	8	30	
Nevrologi	230	8	40	
Revmatologi	230	8	40	
Øre-nese-hals	230	8	30	
Øye	230	8	30	
Onkologi	230	8	40	
Psykatri og habilitering	230	8	75	
Fysikalsk med. og rehabilitering	230	8	40	
Psykosomatikk	230	8	75	
Kompleks epilepsi	230	8	75	
<b>Billeddiagnostikk</b>	<b>230</b>	<b>10</b>		
Konvensjonell røntgen	230	10	20	90 % i dagtid
Angiografi	230	10	110	90 % i dagtid
Ultralyd, CT, Nukleærmedisin	230	10	30	90 % i dagtid
PET	230	10	70	100 % i dagtid
MR	230	10	60	90 % i dagtid
Mammografi	230	10	20	100 % i dagtid
<b>Operasjon</b>	<b>230</b>	<b>10</b>		
Kirurgi *)	230	10	190	90 % i dagtid
Ortopedi **)	230	10	190	90 % i dagtid
Nevrokirurgi **)	230	10	190	90 % i dagtid
Plastikkirurgi ***)	230	10	160	90 % i dagtid
Gynekologi/føde ***)	230	10	160	90 % i dagtid
Øre-nese-hals ***)	230	10	160	90 % i dagtid
Øyesykdommer	230	10	60	90 % i dagtid
Dagkirurgi (ekskl. øye)	230	8	90	100 % i dagtid

\*) Gastrokirurgi, thoraxkirurgi, urologi, barnekirurgi. Basert på måling i RH: 175 min/OP

\*\*\*) Basert på måling i RH: 178 min/OP

\*\*\*\*) Basert på måling i RH: 144 min/OP



Sammenliknet med arealutviklingsplanen er det foretatt justering for PET og mammografi. Disse undersøkelsene foregår bare på dagtid, og foreslås derfor justert til 100 % på dagtid. Operasjonstidene er basert på data fra arealutviklingsplanen.

## 4.9 Virksomhetsalternativer

### 4.9.1 Innledning

OUS er Norges mest komplette sykehus. Samling av hele virksomheten ved én lokalitet ville være den av de tre scenarioene nevnt i idéfasemandatet som gir best mulighet til å oppfylle OUS sine strategiske mål. I et samlet sykehus ville forholdene ligge til rette for helhetlige pasientforløp og for alle tenkelige multidisiplinære konstellasjoner og faglig og forskningsmessig samarbeid. Et samlet sykehus kunne tilby et pasientgrunnlag som spenner fra folkesykdommer til sjeldne syndromer og således gi mulighet for tilbud om store pasientmateriale for forskning og fullstendige utdanningsløp for både grunn- og videreutdanning. Samling av alle funksjoner ved en lokalitet ville dessuten kunne gi stordriftsfordeler innen mange områder.

Medarbeidere og brukere er opptatt av at sykehuset ikke må bli for stort. Det finnes imidlertid ikke evidensbaserte holdepunkter for at samling av det meste av sykehuset ett sted (scenario 1) er uheldig, forutsatt at man velger en organisering som gir inndeling i forholdsvis autonome enheter. Slike enheter ville kunne utvikle sin egen identitet og ha den oversiktighet som arbeidstakere og brukere etterlyser, og som gir både medarbeidere og pasienter en opplevelse av tilhørighet.<sup>8</sup>

Tre virksomhetsmodeller er vurdert nærmere. Virksomhetsmodell 1 innebærer en videreføring av dagens struktur; modell 2 har en todeling av virksomheten etter funksjonsnivå og modell 3 er en virksomhetsmessig klyngemodell med tematiske sentra som deler på tung infrastruktur beliggende sentralt i sykehuset.

Følgende prinsipper ble utarbeidet på tidlig tidspunkt og lagt til grunn for videre arbeid med virksomhetsmodeller:

1. Pasientperspektivet skal være førende for valg av modell.
2. Av hensyn til forskning, utdanning og opprettholdelse av kompetanse, bør OUS ha ansvar for virksomhet som spenner fra det høyspesialiserte til det alminnelige.
3. Forskning og utdanning skal være tett integrert med både den høyspesialiserte og den alminnelige delen av virksomheten.
4. Akutt og elektiv virksomhet bør skilles for å oppnå god drift.
5. Pasienter med behov for OUS høyspesialiserte tjenester må 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 skal 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 skal sikres likeverdige helsetjenester. Dette gjelder både pasienter med behov for høyspesialiserte tjenester og pasienter som behøver behandling for vanlige, sammensatte og kroniske tilstander.

---

<sup>8</sup> Kjekshus, L. E. En evidensbasert fusjon? Tidsskrift for Den norske legeförening; 131: 2497-9, 2011



8. Samling av virksomhet er et gode, men enheter må av drifts- og ledelsesmessige hensyn ikke bli u hensiktsmessig store.

Gjennom arbeidet med virksomhetsmodeller i en bredt sammensatt faglig rådgivningsgruppe, i ledergruppe, N3-lederforum og annen sammenheng, er det blitt tydelig at inndeling av virksomhet etter hastegrad (prinsipp 4) er mer sentralt enn inndeling etter «grad av spesialisering» (prinsipp 5 og 6).

#### 4.9.2 Generelt for alle modeller

##### 4.9.2.1 *Virksomhet som det kan være hensiktsmessig å legge annet sted enn sykehusets hovedområde*

All virksomhet behøver ikke en sentral plassering på campus. Flere deler av virksomheten kan ha en fordel av å ligge annet sted.

##### *Innen psykisk helse og avhengighet*

Det legges til grunn at DPS-ene i OUS også i framtiden skal være lokalisert i pasientens nærmiljø. DPS-ene vil om mulig, ha god nytte av samlokalisering med somatiske sykehusenheter som ivaretar alminnelig somatisk behandlingstilbud. En samlokalisering mellom DPS og ruspoliklinikk samt BUP-poliklinikk og dagbehandling, etter modell fra Mortensrud, anbefales av virksomheten. DPS samlokalisert med BUP-poliklinikk og ruspoliklinikk er lagt til grunn for alle virksomhetsmodellene.

##### *Sikkerhets- og rettspsykiatri*

Det pågår en utredning (Tilregnelighetsutvalget) som vil foreligge til høsten, og signaler tyder på at samfunnsvernet vil tillegges større vekt ved utbygging av tilbudet innen sikkerhetspsykiatri. Dette vil få betydning både for behovsanslag mht. antall plasser, fysisk utforming og lokalisering av sikkerhetsavdelinger. Fagmiljøet i OUS synes det er lite ønskelig at fengsler skal overta ansvaret for pasientgruppen og mange mener det er viktig at sikkerhetspsykiatrien ikke løsrives organisatorisk og fysisk fra øvrig psykisk helsevern. Det kan likevel være aktuelt å legge de tyngste langtidsplassene utenfor campus, primært på grunn av kravene til perimenter sikkerhet (fysisk sikring, oversiktlige arealer og adgangskontroll). En eventuell beslutning om å legge de tyngste langtidsplassene annet sted enn det sentrale sykehusområdet, ville gjøre det mulig å frikoble prosjektet fra den øvrige tidligfaseplanleggingen i OUS. Dette kunne gi en raskere byggeprosess.

##### *Innen kirurgi*

Skjerming av utvalgte, elektive forløp fra den akutte virksomheten anses fordelaktig både for pasient og virksomhet. Det gir mulighet for effektiv drift og vil kunne bidra til å redusere ventetider og risiko for strykning av planlagte operasjoner. En rent elektiv kirurgisk enhet kunne både ligge alene eller i tilknytning til ny storbylegevakt. Lokalisering i en elektiv kirurgisk enhet er først og fremst aktuell for virksomhet med store volumer og som er lite intensivkrevende samt for elektiv kirurgi som enten foretas dagkirurgisk eller der pasientene ligger maksimalt 3 dager. Eksempler på slik kirurgi finnes innenfor øyesykdommer, ortopedi, gastrokirurgi, urologi, plastikkirurgi, ØNH, nevrokirurgi, karkirurgi og gynekologi.

Det er foretatt anslag for hvilken omtrentlig størrelse et slikt senter for elektiv kirurgi burde ha. Det er kun regnet elektiv kirurgi for voksne. Anslaget viser at man burde etablere et senter med 12–14 operasjonsstuer. Selv om volumet skulle reduseres noe av ulike faglige grunner, vurderes det sannsynlig at det vil bli tilstrekkelig stort til å kunne utgjøre en effektiv og hensiktsmessig driftsenhet i sykehuset.

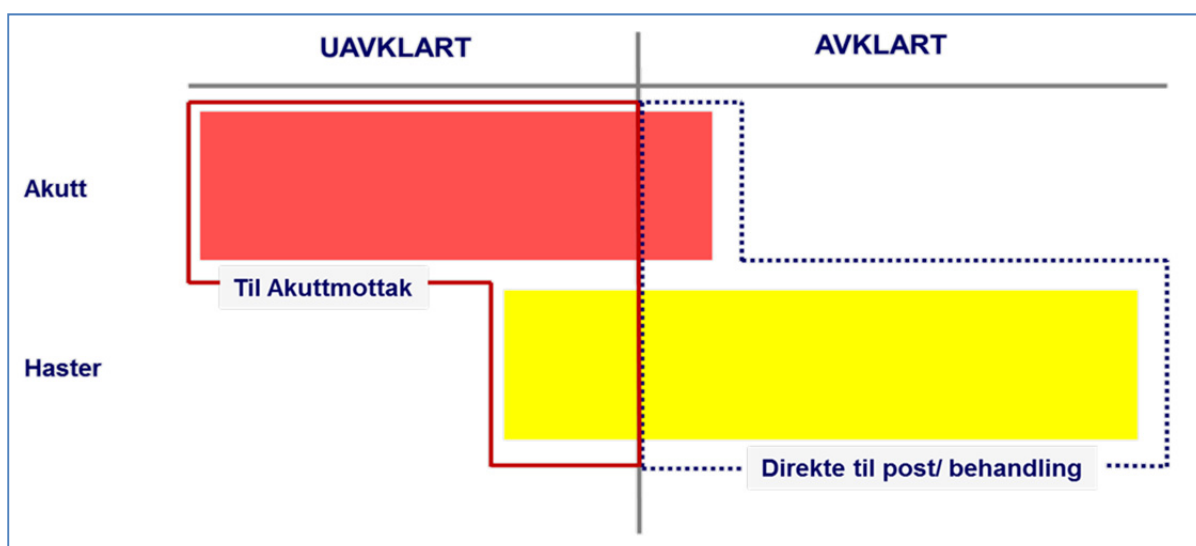
##### 4.9.2.2 *Hvilke pasienter skal gjennom akuttmottaket?*

Det er bred enighet om at man må ha ett stort akuttmottak, med triågefunksjoner og multimodalt med nærhet til alle nødvendige funksjoner og spesialiteter.

Prinsippene for akuttmottaket skal være:

- Pasienter med akutte uavklarte tilstander skal inn gjennom sykehusets sentrale akuttmottak.
- Pasienter med akutte avklarte tilstander (f.eks. hjerneslag) som krever multidisiplinær tilnærming skal innlegges gjennom sykehusets sentrale akuttmottak.
- Pasienter med akutte avklarte tilstander skal til en diagnostisk eller behandlende enhet iht. følgende presisering:
  - Predefinerte «fast tracks» som ikke krever multidisiplinær tilnærming, slik som PCI, fødsler, rus m.fl. Disse pasientene kan innlegges direkte i behandlende enhet.
  - Akuttpasienter som ikke har tilstander med akutt hastegrad, men som kan behandles/utredes i løpet av noen timer eller dager. Disse pasientene bør innlegges direkte i behandlende/utredende enhet. Eksempler er oppstart av kreftutredning og -behandling samt ortopediske «delayed emergency»-tilstander.
  - Pasienter med psykiske lidelser får øyeblikkelig hjelp ved psykiatrisk legevakt eller DPS, eller sendes til akuttpsykiatrisk mottak. Det somatiske akuttmottaket må inneha kompetanse innenfor områdene psykisk helse og rus.
  - Rusakuttmottak ligger utenfor sykehusets sentrale akuttmottak, men i nærheten av akuttpsykiatrisk mottak. Det sentrale mottaket må også ha ruskompetanse.
- Elektive pasienter skal ikke gjennom akuttmottaket. De tas imot direkte på sengepost, i dag-enhet eller poliklinikk.

Som vist i Figur 24 vil enkelte pasienter med akutt hastegrad (røde) bli tatt imot rett i behandlende enhet. Det gjelder f.eks. pasienter som kommer til PCI eller pasienter til rusakutt. Pasienter med avklart tilstand som haster (gule) vil i hovedsak innlegges direkte i behandlende enhet, mens uavklarte pasienter med gul hastegrad må gjennom akuttmottaket for triage (avklaring, prioritering).



Figur 24 - Skissen illustrerer hvilke akuttpasienter mottaket (mottakene) i OUS skal dimensjoneres for.

Akuttmottaket skal kunne avklare alle tilstander og utføre livsnødvendige øyeblikkelige tiltak. Akuttmottaket må ha et tydelig pasientansvar, også for sammensatte og uavklarte lidelser.

Det må sikres tilstrekkelig areal og funksjonalitet for pårørende i et akuttmottak. Dette har vesentlig betydning for ivaretagelse av pasienten.

Til sammenlikning kan nevnes at akuttmottaket for somatikk på Ullevål i 2012 håndterte 27 000 pasienter, Rikshospitalet ca. 3 500 (stort sett avklarte), mens 3 500 akuttpasienter ble behandlet på

Aker (urologi og kar). Til sammen utgjør dette ca. 34 000 akuttpasienter. I tillegg har gynekologi, barnemedisin, rus og psykiatri egne akuttinntak.

#### 4.9.2.3 Integrasjon mellom forskning, innovasjon, utdanning og klinikk

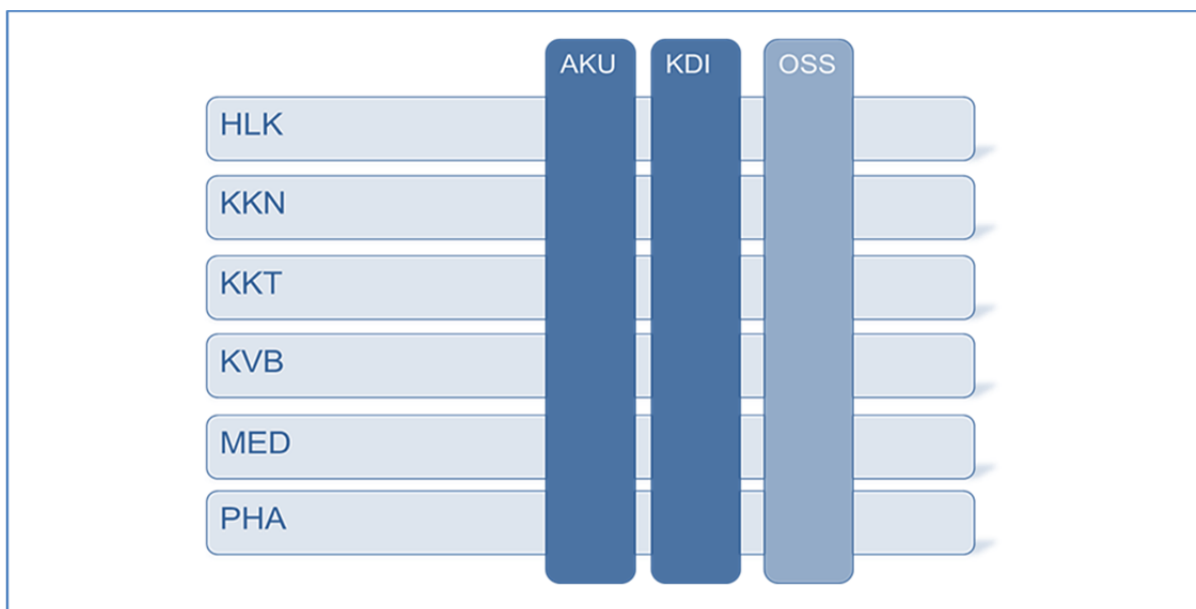
Forskningsutvalg/forskningslederforum har anbefalt en kombinasjon av rene FoU-arealer og FoU-arealer integrert i klinisk virksomhet. På dette grunnlag er idéfaseberegningene gjort med en 50:50 fordeling mellom rene FoU-arealer og integrerte FoU-arealer gjennom hele sykehuset. I forbindelse med hovedfunksjonsprogrammet må det utarbeides en detaljert plan for hva som er hensiktsmessig i de ulike deler av sykehuset.

Ved etablering av nytt sykehus med fysisk nærhet til UiO kunne innovasjonen vært styrket gjennom etablering av et senter for innovasjon, et mulig samarbeidsprosjekt mellom OUS, UiO, Oslo kommune og næringslivet. Ideen er ikke helt ny. Det er tidligere utarbeidet et forslag om etablering av Senter for medisinsk innovasjon (SMIA) som skulle skape interaksjon mellom sykehusets forskning og næringslivet. SMIA skulle inneholde kompetansesenter for kliniske studier, kjernefasiliteter, biobank og annen infrastruktur for forskning.

I et framtidig Campus Oslo kunne konseptet vært utvidet til å omfatte OUS nære samarbeidspartnere UiO og Oslo kommune og til å bli en felles utprøvningsarena for ny teknologi og nye metoder. Innovasjonssenteret ville synliggjøre et målrettet innovasjonssamarbeid og føre til at forskningsinvesteringene i OUS, UiO og Oslo kommune kommer enda bedre til nytte for både pasienter og samfunn.

#### 4.9.3 Virksomhetsmodell 1: Videreføring av dagens virksomhetsmodell

Dagens OUS er en tradisjonell fagbasert linjeorganisasjon med kliniske avdelinger som svarer til de ulike medisinske spesialiteter. Avdelingene er samlet i klinikker som i noen grad er tematisk sammensatt. Medisinske og ikke-medisinske støttefunksjoner er samlet i tre serviceklinikker som yter bistand på tvers av klinikkene. Av historiske årsaker er virksomheten i dag spredd over en rekke ulike lokaliteter.



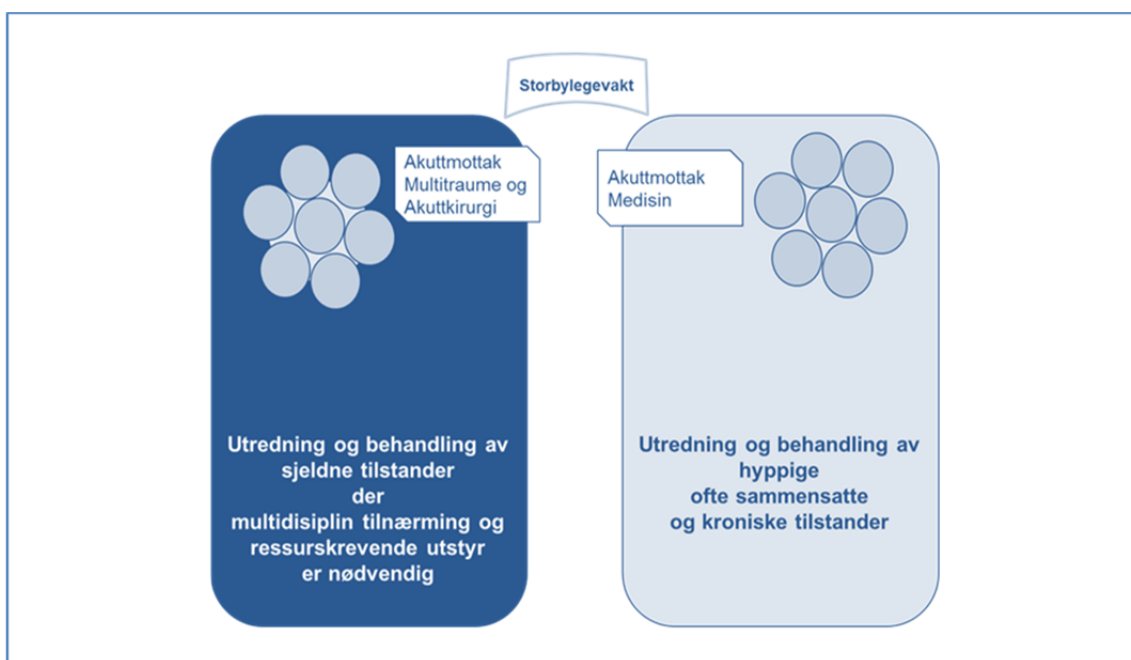
Figur 25 - Klinikstruktur i virksomhetsmodell 1 videreføring av dagens struktur.

Den strategiske utviklingsretning som ligger til grunn for dagens virksomhetsløsning er at det tverrfaglige miljø som behandler én sykdom skal samles ved én lokalitet. Arbeidet med å kartlegge avhengigheter har vist at det er stor grad av samarbeid mellom flere kliniske avdelinger om de samme pasientene. I tillegg viste oppsummeringen etter gjennomført spørreundersøkelse i organisasjonen at de fleste avdelingene opplevde nærhetsbehov til andre avdelinger både innenfor

og på tvers av klinikkgrensene. Tematiske møter og gruppearbeid i ulike fora har vist behov for å videreutvikle og styrke samarbeidet mellom somatikk og psykiatri/rus og mellom kirurgiske og medisinske fag på tvers av funksjonsnivåene i sykehuset. Samarbeid om pasientforløp på tvers av spesialiteter, funksjonsnivå og klinikker gjør det vanskelig å oppfylle føringene i strategien dersom dagens modell skulle fordeles på to lokaliteter, Gaustad og Ullevål.

#### 4.9.4 Virksomhetsmodell 2: Funksjonsnivådelt virksomhetsmodell

Virksomhetsmodell 2 er en funksjonsnivådelt modell der utredning og behandling av sjeldne tilstander som krever kostbare investeringer, spesiell kompetanse eller multidisiplinær tilnærming (lands- og regionsfunksjoner), skilles tydelig fra utredning og behandling av hyppige, ofte kroniske og sammensatte tilstander (område- og lokalsykehusfunksjoner) som også krever multidisiplinær tilnærming.



Figur 26 - Struktur i virksomhetsmodell 2 deling etter funksjonsnivå

Modellen baserer seg på HSØ-vedtaket i sak 108-2008, som definerte at dublerede regions- og landsfunksjoner i utgangspunktet skulle samles på Gaustad «for å sikre framtidig samordning av høyspesialiserte fagmiljøer». I den senere tid har gode og effektive pasientforløp vært vektlagt, og dette gjenspeiles både i HSØ sin plan for strategisk utvikling 2013-2020, i oppdrag og bestilling for OUS og i OUS sin strategi 2013-18.

Multitraume plasseres sammen med lands- og regionsfunksjonene. Mandatet for idéfasen legger som føring at akuttkirurgien skal foregå ved samme lokalitet. Utredning og behandling av hyppige, ofte sammensatte og kroniske tilstander vil dermed omfatte i all hovedsak indremedisinske tilstander, elektiv kirurgi på område- og lokalsykehusnivå samt psykisk helsevern og rusbehandling. Modellen tar med dette hensyn til de sterke avhengigheter mellom multitraume og lands- og regionsfunksjoner, samtidig som den erkjenner at multitraumevirksomheten vil være en «magnet» som tiltrekker seg annen akuttkirurgi og enkelte indremedisinske funksjoner. Det kan imidlertid tenkes at volumet av utsatt akutt gastrokirurgi og ortopedi («delayed emergency») er tilstrekkelig stort til å kunne foregå sammen med det hyppige, sammensatte og kroniske.

Et framtidig OUS med nivådelt virksomhetsmodell ville passe best i et fysisk todelt sykehus.

## 4.9.5 Virksomhetsmodell 3: Klyngemodellen

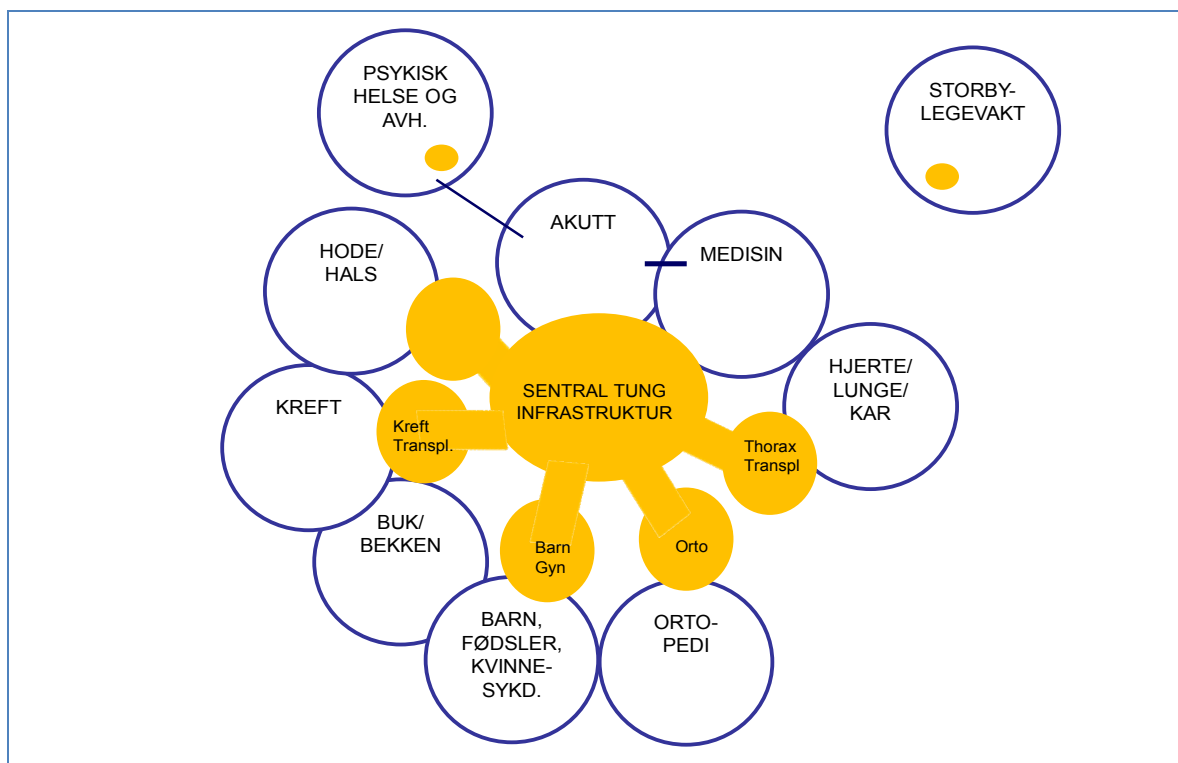
### 4.9.5.1 Hovedtrekk

I klyngemodellen fordeles virksomheten i relativt autonome, organisatorisk og fysisk adskilte enheter (sentra) av passende størrelse. Sentrene kan sees på som mindre sykehus i sykehuset der klinisk virksomhet samles tematisk, på tvers av medisinske spesialiteter. Fysisk kan sentrene plasseres i en klynge på samme tomt eller fordeles mellom to eller flere lokaliteter.

I den grad det er hensiktsmessig bør klyngemodellen samle mye av den tunge infrastrukturen (operasjonsstuer, intensivsenger, intervensjonsstuer, avansert billedanalyse og laboratorievirksomhet) sentralt i sykehuset. Sentrene deler på disse fellesressursene. Duplisering av den tyngste infrastrukturen ansees som lite hensiktsmessig, men det kan bli nødvendig dersom modellen skal appliseres i en videreutvikling av OUS i scenario 2 delt løsning.

Utvikling mot en stadig mer spesialisert medisin gir økt behov for samarbeid på tvers av spesialiteter og yrkesgrupper. Det vil også bli økt behov for tverrfaglig samarbeid for å håndtere den voksende gruppen eldre pasienter med sammensatte sykdomsbilder. Nye elektroniske kommunikasjonsløsninger vil i noen grad kunne redusere fysisk nærhetsbehov mellom enheter i sykehuset.

I arbeidet med utforming av klyngemodellen er det vurdert avhengigheter og nærhetsbehov mellom ulike deler av den kliniske virksomheten gjennom en spørreundersøkelse i linjeorganisasjonen samt gjennom analyse av virksomhetsdata fra 2012. Resultatet fra kartleggingen er sett i sammenheng med hvordan tematisk organiserte internasjonale referansesykehus har satt sammen sine tematiske enheter. Arbeidet har resultert i en modell som er illustrert i Figur 27



Figur 27 - Struktur i virksomhetsmodell 3 klyngemodellen

Klyngemodellen har fellestrekk med de tematisk organiserte referansesykehusene som prosjektet har studert, men klyngemodellen skiller seg fra de fleste av dem på to sentrale punkter:

- Sentralisering av tung medisinsk infrastruktur
- Et medisinsenter som ligger i fysisk tilknytning til akuttsenteret

Det har vært fokusert på i hvilken grad tung infrastruktur bør sentraliseres i tematisk organiserte sykehus. Den første tiden etter åpningen av St. Olav hadde man negative erfaringer med desentralisert drift av radiologi og akuttvirksomhet i den sentermodellen som var valgt. Større deler av disse funksjonene har blitt sentralisert. OUS er om lag tre ganger så stort som St. Olav. Størrelsesforskjellen gjør at et framtidig OUS organisert etter klyngemodellen nok vil tåle en desentralisering av medisinske servicefunksjoner bedre enn St. Olav, men kvelds- og nattdrift bør i stor grad samles sentralt i sykehuset, både av faglige og driftsøkonomiske årsaker. Sykehusledelsen ved St. Olav refererer til at pasienter med sammensatte indremedisinske problemstillinger ikke sjelden blir utskrevet fra en medisinsk avdeling i ett av de organbaserte sentrene, med henvisning til poliklinisk oppfølging hos en av de øvrige medisinske spesialitetene i et annet senter. Det er grunn til å tro at et medisinsk senter som omfatter de fleste indremedisinske spesialiteter ville gi bedre ivaretagelse av den voksende gruppen eldre med sammensatte medisinske tilstander.

Dersom virksomheten i et sykehus med klyngemodell skal deles mellom to lokaliteter (scenario 2) vil det være mest hensiktsmessig å skille etter hastegrad, mellom sentre med overvekt av hhv. akutt og elektiv virksomhet. Det er avgjørende å beholde akuttvirksomheten samlet for sikre et helhetlig perspektiv og umiddelbar tilgang til riktig kompetanse i akuttsituasjoner.

De tematiske sentrene skal sikre pasientene et tverrfaglig og helhetlig tilbud på tvers av spesialiteter. Kreftpasienten skal for eksempel ivaretas i kreftsenteret, den ortopediske pasienten i ortopedisenteret og pasienten med et sammensatt indremedisinsk sykdomsbilde skal få sitt tilbud i det medisinske senteret. Det bør likevel være mulig å la pasienten få gjennomført f.eks. et gastrokirurgisk inngrep med tilhørende postoperativ oppfølging av kirurger som har sin tilhørighet i buk/bekkensenteret. Det må så langt det er mulig tilrettelegges fysisk for samarbeid om pasienten på tvers av spesialiteter og senter gjennom felles sengeposter, dagenheter, poliklinikker og rom for multidisiplinære møter. Avhengigheter, nærhetsbehov, ønske om og voksende tverrfaglig samarbeid samt ivaretagelse av pasienten uavhengig av hvorvidt diagnosen er sjelden eller hyppig, forsterker behovet for samlokalisering av større deler av virksomheten.

Det har vært diskutert hvorvidt andre enheter i klyngemodellen enn dag-/elektivt kirurgisk senter, DPS/ruspoliklinikk/BUP-poliklinikk og regional avdeling for sikkerhetspsykiatri, kunne plasseres utenfor hovedcampus i en delt klyngemodell. Det er konkludert med at dette ikke er ønskelig, basert på ovenfor nevnte avhengigheter og ønsket tverrfaglig samarbeid. Da er det mer aktuelt å se på reduksjon av aktiviteten ved hovedcampus som resultat av mulig ny oppgavedeling.

#### 4.9.5.2 Sentrene i klyngemodellen

En klyngemodell kan utvikles på ulike måter og omfattende, gode og grundige prosesser vil være nødvendig før en kan fatte endelig beslutninger om hvilke senter som skal opprettes, hva hvert senter skal inneholde og hvordan sentrene skal plasseres fysisk i forhold til hverandre. Forslaget nedenfor er en første skisse og baserer seg på analyse av avhengigheter mellom ulike kliniske fagområder (gjennom spørreundersøkelse blant N3-ledere og analyse av kontaktregistreringer fra 2012). I tillegg er gode og helhetlige pasientforløp vektlagt slik at de tematiske sentrene sikrer pasientene et tverrfaglig og helhetlig tilbud.

##### Kreftsenter

Kreftsenteret skal ivareta pasienter som er under kreftbehandling. Senteret bør være utformet og plassert i nær relasjon til andre sentra som er involvert i multidisiplinær utredning og behandling av kreft og med tilgang til intensivavdeling.

Kreftsenteret kunne omfatte onkologi, medisinsk fysikk, brystsenter, prostatasenter, gynekologisk kreft, onkologisk hematologi og institutt for kreftforskning. Et mulig fremtidig proron-/partikkelsenter bør også være integrert i kreftsenteret med geografisk samlokalisering.

Plassering av dagkirurgiske stuer i senteret kan være hensiktsmessig for å sikre effektive pasientforløp, spesielt knyttet til brystkreftkirurgi. For øvrig er det argumenter som kan tale for at

kreftkirurgien kan foregå i operasjonsstuen til organbaserte senter, slik at en ikke splitter malign og ikke-malign kirurgi utført av samme spesialitet. Dette forholdet behøver nærmere avklaring.

Kreftsenteret skal i hovedsak utføre krevende diagnostisering, behandlingsvurdering, behandlingsoppstart og tung kreftbehandling, strålebehandling, partikkelbestråling, avansert medikamentell behandling etc. Andre deler av kreftbehandlingsforløpet kan skje utenfor OUS sitt kreftsenter og i samarbeid med andre sykehus i regionen.

#### Hode-/halscenter

Hode-/halscenteret kunne være sammensatt av nevrokirurgi, plastikkirurgi, øre-nese-hals, kompleks epilepsi hos voksne, kjeve- og ansiktskirurgi, øye, nevrologi og endokrinkirurgi.

#### Senter for psykisk helse og avhengighet

Dette senteret anbefales å omfatte all døgnbehandling for voksne innen psykiatri og rus/avhengighet samt avgiftning og spesialiserte poliklinikker. Senteret har eget psykiatrisk akuttmottak (pasienter innlagt på tvang). I tillegg kan det være hensiktsmessig å legge rusakuttmottaket til senteret, altså ikke i Storbylegevakten som tidligere planlagt i konseptet for denne. Begrunnelsen for heller å legge rusakuttmottaket til senteret for psykisk helse og avhengighet er nærheten til avgiftningsenhet samt til akuttsenteret. Sikkerhetspsykiatri kan vurderes lagt for seg selv grunnet bl.a. sikringsbehov. Det avventes føringer i utredning fra Tilregnelighetsutvalget som blir ferdigstilt til høsten.

#### Akuttsenter

Akuttsenteret kan inneholde akuttmottak, traume/multitraume, observasjonsenhet (ikke senger ut over observasjonsenger), konsultasjonsrom for tverrfaglig spesialisert behandling innen rus og psykisk helse. Senger for ivaretagelse av slagpasienter som ligger flere dager (5-8) med behov for kombinasjon av akutt behandling og akutt rehabilitering må ivaretas nær akuttsenteret, f.eks. innen medisinsenteret eller i hode-/halscenteret.

Akuttsenteret må ha dedikerte lab- og røntgen fasiliteter samt dedikerte operasjonsstuer og hybridstuer til akutt og traume/multitraume. Tilknyttet akuttsenteret må det være helikopterlandingsplass og ambulansemottak.

Storbylegevakten vil ha en viktig funksjon som buffer for akuttsenteret, og bør ligge i nærheten av akuttmottaket.

#### Medisinsenter

Medisinsenteret skal håndtere pasienter med medisinske diagnoser. Hovedtyngden vil være knyttet til hyppig forekommende, sammensatte/systemiske tilfeller. Tentativt ser man for seg at senteret kan inneholde gastromedisin, lungemedisin, hjertemedisin, infeksjonsmedisin, nyremedisin inkl. dialyse, hematologi, revmatologi, hud, psykosomatikk, geriatri, endokrinologi, sykkelig overvekt og forebyggende medisin.

Det er mange interne avhengigheter i medisinsenteret. Senteret kan med fordel ligge i nærheten av hjerte-/lunge-/karsenteret idet avhengighetsanalysene viser spesielt hyppig samhandling om pasientforløpene mellom disse sentrene. Det må også vurderes behov for organisering av gastromedisin i buk-/bekkensenteret grunnet diagnostikk og behandling f.eks. med stent. Det samme gjelder organisering av hjertemedisin og lungemedisin i sin helhet i hjerte-/lunge- og karsenteret. Videre må det vurderes organisering av hematologi i kreftsenteret. Dette må utredes videre.

#### Hjerte-lunge-karsenter

Hjerte-/lunge-/kar senteret vil som nevnt være et av sentrene der akuttpasienter kan komme direkte. PCI bør håndteres her. For øvrig er det skissert at karkirurgi, funksjoner innen hjertemedisin og lungemedisin, hjerte- og lungetransplantasjoner samt thoraxkirurgi hører hjemme i dette senteret.



### Ortopedisenter

Ortopedisenteret kunne omfatte ortopedi, smerteklinikk, rehabilitering, fysikalsk medisin og kanskje idrettsmedisin. Senteret skal håndtere elektive pasienter og pasienter med hastegrad som tilsier tiltak innen rimelig tid (timer eller dager).

Det ortopediske senteret kan med fordel ligge nær Storbylegevakten som inkluderer OUS skadelegevakt, siden det er stor grad av samhandling og kompetansedeling mellom skadelegevakt og ortopedisk avdeling, som skadelegevakten er en del av. I denne modellen er det imidlertid trolig mer hensiktsmessig å samle alle ortopediske operasjonsstuer og tilhørende senger i ortopedisenteret fremfor å opprettholde virksomhet knyttet til elektiv og «delayed emergency» ortopedi i Storbylegevakten. Forholdet krever nærmere avklaring. Ortopedisk poliklinikk kan det kanskje være gunstig å ha begge steder.

### Barnesykehus med fødselshjelp og kvinnesykdommer

Modellen legger til grunn at alle barn skal ivaretas i Barnesykehuset. Dette betyr at barn samles her uavhengig av om de skal behandles medisinsk, opereres eller om de er psykisk syke. Barnesykehuset skal sikre spesiell og god ivaretagelse av syke barn, en uttalt målsetting i Strategi 2013-18.

Nærhetsbehov og avhengighet mellom nyfødtdisin og fødsler gjør at senteret også bør omfatte gynekologi og fødsler. Gynekologiske operasjoner vil enkelte ganger kreve samarbeid med kirurger med tilhørighet i buk-/beggensenteret.

Tentativt foreslås det å samle følgende virksomhet i Barnesykehuset: akuttmottak for barn med pediatrik poliklinikk, barnemedisin, barnehabilitering, barnenevro, barneepilepsi, spiseforstyrrelser, barne- og ungdomspsykiatri døgnet, sengepost for kirurgiske barn, gynekologi, fødsler, nyfødttintensiv og barneintensiv. For sistnevnte må nærhet til voksenintensiv ivaretas for mulig samdrift og fleksibilitet. Barnekirurgi/kirurgi på barn kan utføres av kirurger tilhørende andre senter, men barna skal uansett ivaretas i barnesykehuset. Klinisk genetikk også er også et fagområde som bør finnes i dette senteret.

### Buk-/beggensenter

Buk-/beggensenteret skal ivareta pasienter innen urologi, gastrokirurgi, lever- og nyretransplantasjoner og evt. også omfatte spesialisert dialyse for transplanterte pasienter. I tillegg foreslås kirurgi knyttet til både gynekologisk kreft og fedme ivarettatt i senteret, idet kompetansen knyttet til buk-/beggens utvikles her. Det bør også vurderes om gastromedisinsk virksomhet skal legges til senteret med tanke på diagnostikk og behandling med stent etc.

### Tung infrastruktur og medisinske støttefunksjoner

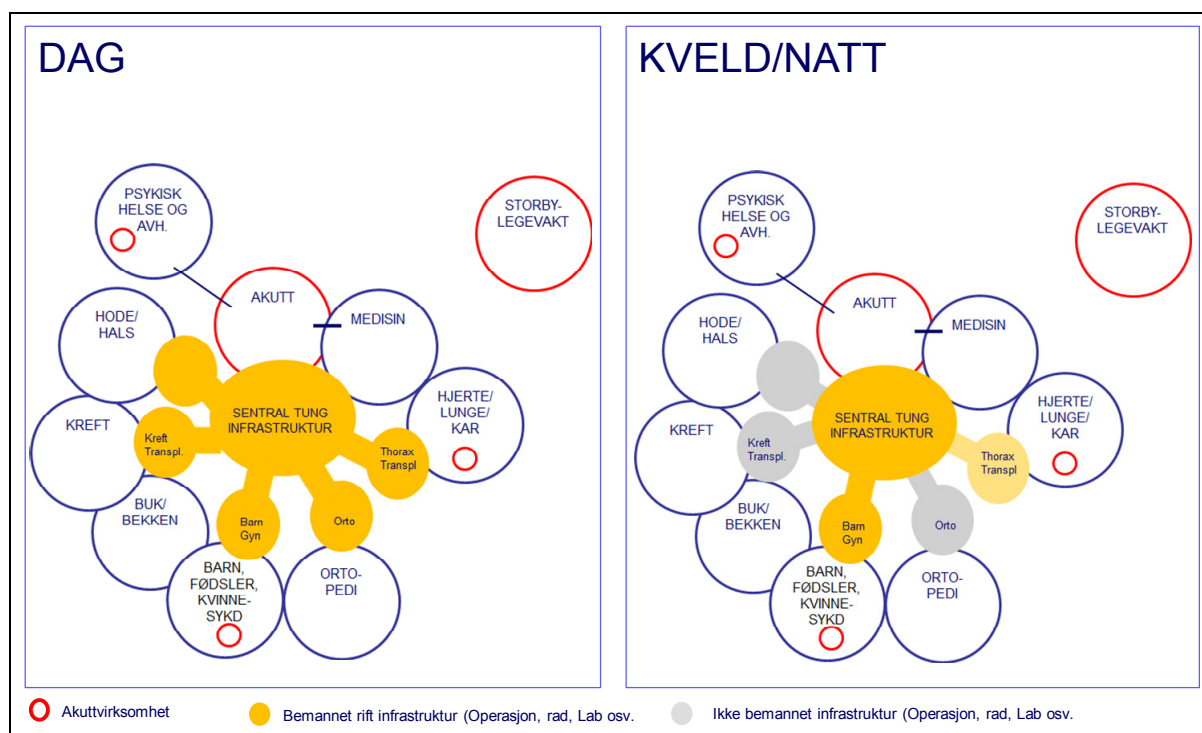
Klyngemodellen har en kjerne av tung infrastruktur som kan omtales som sentral eller gjennomgående tung infrastruktur. I illustrasjonen er den gjennomgående infrastrukturen tegnet som en «hånd med fingre» inn i de ulike sentrene. Dette er gjort for å vise at det vil være noe infrastruktur innen medisinsk service som plasseres desentralisert nær eller i sentrene. Den tunge infrastrukturen som er gjennomgående og samlet sentralt vil bestå av intensivstuer, operasjonsavdeling, intervensjonsstuer, tung radiologi, nuklærmedisin og laboratoriefunksjoner samt kjernefasiliteter for forskning.

Det er et poeng å samle laboratoriefunksjoner. På den annen side vil den sentrale enheten, dersom alle slike funksjoner samles ett sted, kunne bli uhenksom og stor. Det foreslås derfor at laboratoriefunksjoner samles i stor grad, men ikke nødvendigvis alle inne i kjernen av sykehuset. Hensyn til dag/døgndrift, grad av hast, typer prøver som inngår i store analysemaskiner og type interaksjon med kliniske miljøer kan bidra til å avklare plassering. God integrasjon mellom laboratorieforskning og klinisk laboratorievirksomhet er vesentlig.



Klyngemodellen legger til grunn at akuttvirksomhet i størst mulig grad samles, mens de øvrige senterene (med noen unntak) er av mer elektiv karakter. Dette gjør det også mulig å redusere andel tung infrastruktur som er i drift kveld og natt i disse sentrene, som illustrert i Figur 28.

Bemanning av infrastruktur i flere av «fingrene» kan unngås utenom kjernetiden. Kun infrastrukturvirksomhet knyttet til akutfunksjoner opprettholdes døgnet rundt. Litt svakere, oransje farge på «fingeren» merket thorax/transplantasjon som er knyttet til hjerte/lunge/karsenteret indikerer at deler av virksomheten her evt. kan stenges kveld og natt. Dette senteret behøver infrastruktur som kan håndtere PCI og evt. akuttoperasjoner på inneliggende pasienter.



**Feil! Fant ikke referansebildet.**

Figur 28 - Illustrasjon av klyngemodellen og bemanning av tung infrastruktur gjennom døgnet

#### 4.9.6 Oppgavedeling i spesialisthelsetjenesten i Oslo-området

##### 4.9.6.1 Innledning og bakgrunn

I en styresak i desember slo HSØ fast at «det bør skje en sterkere grad av koordinering mellom sykehusene i de tre sykehusområdene» og at «som en del av denne samordningen er det også nødvendig å foreta en avklaring av den langsiktige utviklingen av lokalsykehusfunksjonen i Oslo sykehusområde. Det er særlig viktig at dette avklares i sammenheng med den regionale kapasitetsanalysen og idéfasearbeidet i OUS. Oslo kommune må delta i dette arbeidet».

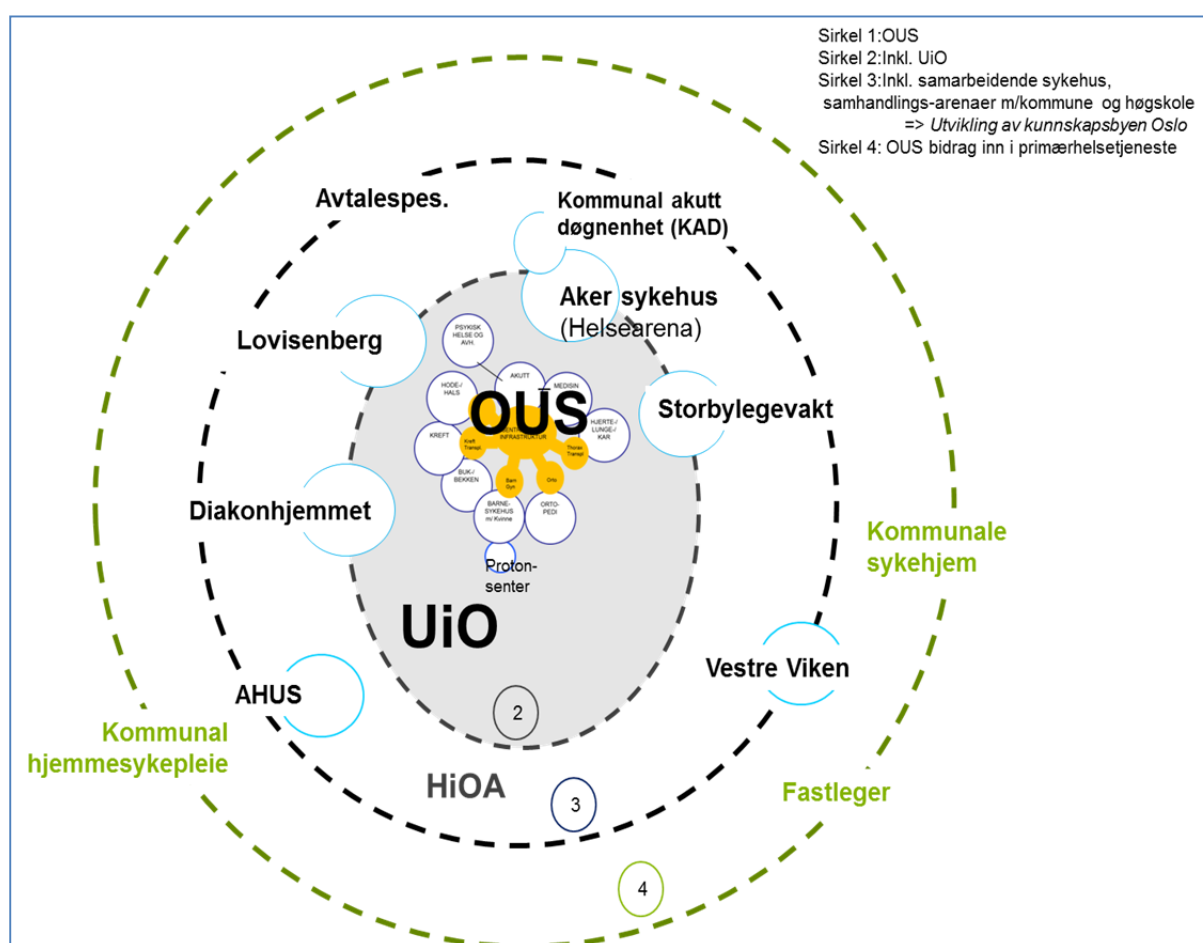
I styresaken foreslo styringsgruppen i HSØ-prosjektet *Kapasitetsutfordringer i hovedstadsområdet* i tillegg til kortsiktige tiltak, også konkrete muligheter som kunne få betydning på lenger sikt og som burde arbeides videre med:

- LDS har planer for nybygg med 100-120 nye somatiske senger som kan realiseres i løpet av 2-3 år.
- Martina Hansens Hospital har mulighet til å utvide elektiv ortopedisk virksomhet, noe på kort sikt og ved investeringer på lengre sikt.
- Vestre Viken Bærum har mulighet til å bemanne 35 senger med hovedvekt på indremedisin, ortopedi og noe kirurgi.

- Vestre Viken Bærum har også kapasitet til ytterligere 300 fødsler pr år.
- Det er viktig at KAD-plassenes intensjon om å forebygge unødvendige sykehusinnleggelser realiseres.
- Samarbeid mellom OUS og Oslo kommune om storbylegevakt
- Samarbeid med LDS og DS om ny oppgavedeling.
- Videre arbeid med oppgavedelingen i hovedstadsområdet innen områder som for eksempel palliasjon, ortopedi og generell indremedisin
- Samarbeid mellom sykehusavdelinger og avtalespesialister.

#### 4.9.6.2 Helhetstilnærming

Virksomheten i OUS inngår i en større sammenheng når det gjelder pasientbehandling, forskning, utdanning og innovasjon. Det er derfor hensiktsmessig å tenke helhetlig om en virksomhetsmodell for spesialisthelsetjenesten i hovedstadsområdet.



Figur 29 - Virksomheten i OUS sett i helhetlig sammenheng

Figur 29 viser virksomheten i OUS sett i en helhetlig sammenheng der andre sykehus, primærhelsetjeneste, universitet og høyskoler er samarbeidspartnere som leverer selvstendige bidrag til pasientforløp, forskning og utdanning. Samtidig er det viktig å påpeke at det er pasienten som står i sentrum og at OUS på mange måter fungerer som en "bakvakt" og siste skanse for mange kritisk syke pasienter i Norge, og således samhandler med hele spesialisthelsetjenesten i landet til pasientens best.

Endring i oppgavedeling mellom aktørene vil ha konsekvenser for aktivitetsutviklingen i OUS. Utbygging av LDS og DS ville være ønskelige og viktige bidrag til å møte behovet for sykehustjenester til Oslos voksende befolkning. I løpet av idéfaseprojektet er det blitt klart at en bør se på fordeling av sektorer mellom sykehusene i Oslo sykehusområde på ny og at det også vil være hensiktsmessig å videreutvikle den faglige profilen til det enkelte Oslosykehus utover den sektorbaserte lokalsykehusprofilen. DS har allerede markert seg med en "eldre/revmatologi/ortopediprofil" og LDS med "hospice/øre-nese-hals/elektiv ortopediprofil". I tillegg har begge sykehus omfattende virksomhet innen psykisk helse. OUS bør bidra til at de private ideelle sykehusene får utvikle sine faglig sterke områder videre, som ledd i best mulig helhetsløsninger for spesialisthelsetjenesten i Oslo.

#### 4.9.6.3 Omfordeling av oppgaver

Som oppfølging av styresaken i HSØ om kapasitetsutfordringer i hovedstadsområdet i desember 2013, har prosjektet sammen med faglig rådgivingsgruppe og ledergruppen i OUS diskutert oppgaver som kan tenkes fordelt på andre måter mellom OUS og samarbeidende sykehus.

Det er i første rekke naturlig å se på oppgaver med lav kompleksitet og høyt volum. Ved omfordeling av mer komplekse oppgaver er det vesentlig at det legges vekt på kompetanseoverføring og oppfølgende rådgivningsstøtte i en overgangsfase. Nye IKT/e-Helse/telemedisinløsninger (felles RIS/PACS, digitalt patologisystem, laboratoriesystem og håndteringssystem for cytostatika) åpner for medvirkning fra regionavdelingen, slik at større deler av pasientforløpene til regionpasienter kan foregå utenfor OUS. Et annet hensiktsmessig tiltak ville være å utvide bruk av «rullerende» spesialister. Ny oppgavedeling må ledsages av omfordeling av undervisnings-/universitetsoppgaver.

I Oslo-området kan det være aktuelt å fordele lokal- og områdesykehusoppgaver til LDS, DS, Sunnaas, Martina Hansens Hospital (MHH), Ahus, Vestre Viken Bærum eller til private aktører og/eller avtalespesialister. Spesielt vil dette gjelde fremtidig vekst innen lokal- og områdefunksjonene. Fra et OUS-perspektiv ser en det som viktigere å fordele oppgaver i hovedstadsområdet etter funksjon enn etter sektor- og bydelsansvar. Dette ville gi samarbeidende sykehus anledning til å utvikle og styrke en faglig profil utover det å fungere som lokalsykehus for visse deler av byen. Primærhelsetjenesten i bydelene som sogner til de private, ideelle sykehusene er svært fornøyd med sine lokalsykehus. God detaljkunnskap om lokale forhold og tilbud samt spisskompetanse når det gjelder oppfølging av kronikere med alminnelige, ofte sammensatte tilstander gjør LDS og DS til gode samarbeidspartnere for hjemmesykepleie og leger i bydelene. Det ville derfor være hensiktsmessig at sykehusene utviklet seg videre som nærsykehus for et geografisk område *samtidig* som de styrker sin faglige profil. En slik kombinasjon vil bidra til å styrke den samlede kompetanse innen spesialisthelsetjenesten i hovedstadsområdet.

Det er behov for systematisk gjennomgang av hvilke regionsfunksjoner som kan omdefineres til flerområde- eller områdefunksjoner samt å se etter nye og hensiktsmessige arbeidsdelinger som avgrenser regionsykehusets bidrag i langvarige, sammensatte pasientforløp. Disse problemstillingene er ikke utredet i idéfasen.

Omfordeling av oppgaver som i dag løses i OUS og omfordeling av fremtidig vekst innen de samme områdene vil redusere størrelsen på et framtidig samlet sykehus. Det er derfor av interesse å vurdere hvilken potensiell betydning omfordeling kunne få for framtidig arealbehov i OUS. Tabellen nedenfor viser innspill til konkrete oppgaver som det er interessant å se nærmere på i denne sammenheng. Det er estimert at oppgavene som er listet opp ville ha behov for et areal på ca. 50 000 kvm i 2030.

Det presiseres at forslagene er høyst tentative og at det må gjennomføres gode og omfattende prosesser knyttet til oppgavedeling i regi av linjeorganisasjonen. Flere av de aktuelle fordelingsmulighetene kunne gjennomføres i et mer kortsiktig perspektiv enn det 2030-perspektivet som ligger til grunn for planleggingen i idéfasen.

Tabell 23 - Oppgaver som kan bør vurderes med tanke på ny oppgavedeling

Oppgave	I idéfasesammenheng har vi framskrevet aktiviteten til 2030 og estimert tilhørende arealbehov for følgende oppgaver:
<b>Medisin/nevrologi</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Generell indremedisin</li> <li>○ Dialyse</li> <li>○ Rehabilitering (nevrovaskulær, traume, lungemedisin, geriatri)</li> <li>○ Geriatri</li> <li>○ Nevrologi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Anslagsvis ½ - 2/3 av lokalsykehusfunksjonen knyttet til disse oppgavene kunne tenkes fordelt til eksisterende sykehus eller avtalespesialister.</li> </ul>
<b>Kirurgi</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Gastrokirurgi</li> <li>○ Ortopedi</li> <li>○ Øyesykdommer</li> <li>○ Urologi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Anslagsvis ½ av OUS' elektive lokal- og områdekirurgi innenfor nevnte områder kunne tenkes fordelt til eksisterende sykehus, avtalespesialister eller private spesialister.</li> </ul>
<b>Kvinne/Barn</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Gynekologi</li> <li>○ Fødsler</li> <li>○ Reproduksjon/IVF</li> <li>○ Barn</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Poliklinisk oppfølging hos avtalespesialister, evt andel gynekologiske operasjoner til private</li> <li>○ Vekst i fødsler kan ivaretas av andre sykehus i Oslo-området</li> <li>○ Kan vurderes om noe av virksomheten kunne foregå hos private eller i et elektivt senter utenfor Campus</li> <li>○ Kontroller og kronikeroppfølging i større grad hos avtalespesialister og fastleger</li> </ul>
<b>Akutt</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK)</li> <li>○ PCI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ AMK behøver ikke ligge på Campus</li> <li>○ Noe av virksomheten overført som områdefunksjon til Ahus.</li> </ul>
<b>Kreft</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Palliasjon</li> <li>○ Medikamentell kreftbehandling</li> <li>○ Strålebehandling</li> <li>○ Kreftkirurgi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bør fordeles etter LEON-prinsippet. Regionstilbud til pas med spesielt komplekse problemstillinger forutsetter at OUS har et volum generell palliasjon. Kunne tenkes overført ½-2/3 av dagens aktivitet.</li> <li>○ Overføre ½ av ikke-høyspesialisert cytostatikabehandling for Oslopatienter til annet sykehus i Oslo (svarende til andel som i dag foregår ved områdesykehus utenfor Oslo).</li> <li>○ Overføre større andel av strålebehandlingen (regionsoppgave) til utvalgte områdesykehus. Gir negativ realvekst for strålebehandling på 15 % (er allerede lagt inn i framskrivningene).</li> <li>○ Sentralisering av avansert kreftkirurgi (fra område til flerområde/regionsoppgave) iht. nasjonale og regionale handlingsplaner. Økning 15% aktivitet (lagt inn i framskrivningene allerede).</li> </ul>
<b>Psykisk helse</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Alderspsykiatri</li> <li>○ Lokalsykehusoppgaver Sagene</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hele volumet</li> <li>○ Aktiviteten for Sagens bydel</li> </ul>

#### 4.9.6.4 Fremtidige kapasitetsutfordringer i Osloregionen

Idéfasen har i sine framskrivninger av aktivitet lagt til grunn forventet utvikling i alderssammensetning og befolkningsvekst til 2030. Den betydelige befolkningsøkning som forventes i hele Osloregionen og som anslås opp mot 30 %, vil være en felles utfordring for alle sykehusene i området. Vestre Viken som har ansvar for vestre del av regionen planlegger nytt sykehus som skal kunne realiseres i løpet av de neste 10 år. Fram til det forventer foretaket å kunne håndtere den økende befolkning med de plass- og bygningsmessige ressurser de har til rådighet. Nytt østfoldsykehus åpner i 2015. For Oslos vedkommende er det, i tillegg til OUS, de tre sykehusene LDS, DS og Ahus som skal løse oppgavene. Både LDS og DS har planer om kapasitetsmessige utvidelser som kan ivareta mer enn befolkningsøkningen innenfor eget område. Dette betyr at all vekst knyttet til OUS sitt opptaksområde ikke behøver å skje i OUS. Det må avklares i hvilken grad og hvor lenge utbyggingene ved LDS og DS vil kunne møte det økte kapasitetsbehovet i Oslo. Ahus har ansvar for de tre bydelene i Groruddalen og for øvre og nedre Romerike samt Follo. Oslos østlige områder, både nord og sør samt øvre og nedre Romerike med Folloregionen, er de deler av Osloregionen som kommer til å få størst befolkningsvekst de neste årene. Ahus og OUS deler på disse områdene og Ahus har allerede utfordringer med å ivareta helsetilbudet til økende befolkning innenfor sitt ansvarsområde.

Det ligger utenfor idéfasens mandat å finne løsninger for de andre sykehusområdene. HSØ har pågående prosesser for å se helhetlig på de fremtidige kapasitetsutfordringene og muligheten for ny oppgavedeling i regionen og må i denne sammenheng også vurdere behov for evt et nytt lokalsykehus. Det uansett grunn til å se på om de voksende kapasitetsbehovene i Oslo, Ahus, Østfold og Vestre Viken sykehusområder burde møtes med løsninger som går på tvers av dagens sykehusområder. En etappevis utvikling av OUS vil også gi mulighet for nye vurderinger underveis.

#### 4.9.7 Virksomhetsmessig vurdering av scenarier og modeller

##### 4.9.7.1 Scenario 0

Et scenario 0 som medfører at OUS fortsetter å drive virksomhet i stor grad som i dag, dvs. like spredt og i en bygningsmasse som ikke fremmer mulighet for utvikling av effektiv moderne sykehusvirksomhet, vil være svært utfordrende.

Det må også forventes at pasienter, pårørende og OUS-ansatte vil forvente bygg med bedre fasiliteter (enerom, inneklima, IKT etc.) i framtiden.. Det tegnes også et fremtidsbilde der Norge vil mangle hender i helsevesenet. OUS vil, som andre sykehus, være avhengig av framstå som en attraktiv arbeidsgiver for å tiltrekke seg arbeidskraft. Et scenario 0 vil ikke kunne bidra til å innfri disse behov og/eller forventninger.

For øvrig vises det til kapittel 7 der 0-alternativet er beskrevet.

##### 4.9.7.2 Scenario 1 og 2 - Samling versus delt lokalisering av virksomheten

Samling av store deler av virksomheten ved en lokalitet ville være den av de to løsningene som gir best mulighet til å oppfylle strategiske mål for OUS. Dersom sykehuset samler store deler av virksomheten ved en lokalitet ville forholdene ligge til rette for helhetlige pasientforløp og multidisiplinære konstellasjoner og faglige og forskningsmessige samarbeid på tvers av spesialiteter og fagområder. Et samlet sykehus ville kunne tilby et pasientgrunnlag som spenner fra folkesykdommer til sjeldne syndromer og således gi mulighet for tilbud om store pasientmateriale for forskning og utdanningsløp for både grunn- og videreutdanning. Samling av funksjoner ved en lokalitet ville dessuten kunne gi driftsmessige stordriftsfordeler.

Idéfasens arbeid med virksomhetsløsninger har vist at medarbeidere i sykehuset er opptatt av at sykehuset ikke må bli for stort. En er bekymret for at samling av store deler av virksomheten skal være forbundet med flere stordriftsulempere enn stordriftsfordeler. Representanter for arbeidstakerorganisasjonene har uttrykt at de er skeptiske til et sykehus som er så stort at det

mangler identitet og blir uoversiktlig for både brukere og medarbeidere. Finnes det evidensbaserte holdepunkter for hva som er optimal størrelse på et moderne universitetssykehus?

Det ble i 2011 publisert en gjennomgang av studier av sammenhengen mellom sykehusstørrelse og organisering og betydningen for effektivitet og kvalitet (Kjekshus, Tidsskrift for Den norske legeforening, 2011). Artikkelen konkluderer med at "alle sykehus er for store og alle sykehus er for små". Enten for store til å kunne drives effektivt eller også for små til å ha en tilstrekkelig kvalitet. Hovedbudskapet er at den optimale størrelsen på et sykehus er avhengig av hvilke organisasjonsløsninger som blir valgt. Dessuten er det av avgjørende betydning at de ansatte aksepterer konsekvensene av et nytt organisatorisk prinsipp for virksomheten, det å gå bort fra organisering etter fag. Sykehus organisert etter pasientforløp innebærer at det kan organiseres i mindre enheter som likevel er komplett for de pasientgruppene enheten behandler. Enheter som kan ta et helhetlig ansvar for hele pasientforløpet.

Vi finner altså ikke holdepunkter som gir grunnlag for å mene at samling av hele OUS ved en lokalitet (scenario 1) er uheldig dersom en velger en organisasjonsløsning som gir inndeling i mindre enheter. Slike enheter ville gi den oversiktliggheit som arbeidstakere og brukere etterlyser, med mulighet for å utvikle identitet ved og opplevelse av tilhørighet for medarbeidere og brukere til en mindre enhet i sykehuset. Det må imidlertid presiseres at en slik utvikling av sykehuset vil fordre en organisasjonsutvikling.

DPS-ene og elektiv kirurgisk virksomhet kan ha en fordel av å ligge utenfor et stort, fysisk samlet sykehus. En nærmere avklaring må til for å bestemme endelig lokalisering for ny regional sikkerhetsavdeling og psykiatrisk avdeling for personer med utviklingshemming/autisme. Det kan også være andre områder som bør lokaliseres annet sted.

#### 4.9.7.3 Vurdering av de tre virksomhetsmodellene

##### Videreføring av dagens virksomhetsmodell

Videreføring av dagens struktur (virksomhetsmodell 1) som er en faginndelt klinikkstruktur med tverrgående serviceklinikker, må samles ved en lokalitet dersom den skal gi rom for utvikling av helhetlige pasientforløp. Elektiv virksomhet er ikke skjermet fra akuttvirksomhet. Dette vil ha uheldige følger for så vel driftseffektivitet som kvalitet på pasientbehandlingen. Iht. konklusjoner over vil det kunne bli mer utfordrende å drive et stort, samlet OUS på denne måten, enn et sykehus delt inn i mindre, tverrfaglige enheter, organisert for å kunne yte helhetlig pasientbehandling for tematisk inndelte pasientgrupper (klyngemodellen).

##### Nivådelte virksomhetsmodell

Den nivådelte modellen har utgangspunkt i HSØ sitt styrevedtak 108-2008 om at dupliserte lands- og regionsfunksjoner i OUS skulle samles på Gaustad. Et alternativ var da at Ullevål ble utviklet til et «storbysykehus» med akuttmottak og områdefunksjoner. Vedtaket har ikke latt seg implementere av flere grunner, både bygningsmessige og faglige pga. avhengigheter, og det fokuseres nå på gode og effektive pasientforløp, jf. HSØ sin plan for strategisk utvikling 2013-2020 og OUS sin strategi 2013-18, I idéfasen er 108-modellen modifisert ved at akuttkirurgi er lagt til den delen av sykehuset som har ansvar for lands- og regionsfunksjoner, inkludert traumebehandling.

Modellen er lite realistisk å gjennomføre i scenario 1 samlet løsning. I delt løsning har den betydelige ulemper, ikke minst knyttet til duplisering av akuttmottak og deling av de fleste spesialiteter i sykehuset. Samling av traumevirksomhet og akuttkirurgi ved den ene av enhetene ville «virke som en magnet» på kirurgisk virksomhet, slik at det aller meste av kirurgien ville bli samlet ved denne lokaliteten. En kunne diskutere om det også burde vært lagt noe akuttkirurgi til den delen av virksomheten som behandler hyppige tilstander. Denne enheten kunne eventuelt vurderes plassert på alternative lokaliseringer, mens lands- og regionsfunksjoner kunne ligge i campusområdet.



Utdanning kunne tilrettelegges ved at studenter og spesialistkandidater fikk første del av sin utdanning ved lokaliteten med ansvar for behandling av hyppige tilstander og deretter roterte til lokaliteten med ansvar for utredning og behandling av sjeldne og infrastrukturkrevende tilstander.

#### Klyngemodellen

Klyngemodellen er sammensatt av ikke for store, delvis autonome enheter eller sentre, som kan tilby mest mulig komplette forløp til tematisk likartede pasientgrupper. Sentrene er fysisk plassert på en slik måte at de kan dele på tung infrastruktur som intensiv, intervensjonsstuer, operasjonsstuer og avansert billedanalyse, laboratorievirksomhet og kjernefasiliteter. Med utgangspunkt i kunnskap om kliniske avhengigheter, foreslås å dele inn virksomheten etter hastegrad, tematisk etter pasientforløp og etter alder. Modellen anses å ha flest fordeler dersom de fleste sentrene samles innenfor ett område. Modellen bør ledsages av en reorganisering på tvers av fag. En slik prosess kan være utfordrende, men vil gi enheter av en oversiktlig størrelse, med identitet og muligheter for å tilby helhetlige pasientforløp. Klyngemodellen vil egne seg godt for etappevis utbygging av sykehuset og har vært den foretrukne av de tre modellene hos alle grupper som har vært involvert i arbeid med virksomhetsløsninger i idéfasen.

#### Grovsortering

Modellene har blitt kvalitativt vurdert gjennom samlinger i ulike fora, inkludert faglig rådgivningsgruppe, ledergruppe, N3-lederforum, prosjektgruppe, scientific advisory board og i ulike tematiske møter i løpet av høsten og vinteren. Vurdering av de tre modellene har gått i favør av klyngemodellen.

Som beskrevet over har en vurdert det slik at dagens virksomhetsmodell, vil være vanskelig å dele i to uten at dette går betydelig ut over et stort antall pasientforløp. Den nivådelte virksomhetsmodellen med deling etter funksjonsnivå er derimot først og fremst aktuell å utvikle i et fysisk todelt sykehus (scenario 2). Klyngemodellen egner seg best dersom alle eller de fleste sentrene samlokaliseres, men kan også utvikles på to lokaliteter.

Tabell 24 - Grovsortering av hvilke modeller det er aktuelt å gå videre med for hhv 0-alternativ, scenario 1 og 2

Virksomhetsmodell \ Scenario	0-alternativ	Scenario 1 Samlet ett sted	Scenario 2 Delt virksomhet
1 - Dagens virksomhetsmodell	X	X	-
2 - Nivådelt virksomhetsmodell	-	-	X
3 - Klyngemodell	-	X	X





## 5 Arealbehov

### 5.1 Oppsummering dimensjonerende forutsetninger

På grunnlag av framtidig pasientgrunnlag i 2030 er det foretatt dimensjonering av de pasientrelaterte funksjoner i OUS, dvs. senger, poliklinikkrom, dagplasser etc.

Operasjoner og billeddiagnostikk er framskrevet dels basert på aktiviteten i 2012 og dels under hensyntagen til den framskrevne pasientaktivitet.

For akutfunksjonen er det korrigert for 11 observasjonssenger i Oslo kommune. Skadelegevakt er heller ikke medregnet i arealbehov for OUS nybygg, da denne i framtiden er forutsatt lokalisert som en del av storbylegevakten. Dette innebærer også at billeddiagnostiske rom tilsvarende aktiviteten i skadelegevakten ikke er medregnet i OUS-arealet. Det er også korrigert for at Vestre Viken HF planlegger å øke egedekningen i eget sykehusområde. Det er lagt til grunn at egedekningen i Vestre Viken sykehusområde økes til 75 %.

Fremtidig bemanning er også av betydning for arealbehovet og danner grunnlag for dimensjonering av personalerelaterte funksjoner som kontorer, møterom, garderober og kantine. For vurdering av bemanningen 2030 er det tatt utgangspunkt i bemanningen 2012 i årsverk, ekskl. forskning og ekstern bemanning. Bemanningen er framskrevet til 2030 basert på pasientutviklingen. For somatikk er det korrigert for de funksjoner som er tenkt lagt annet sted enn hovedlokalisasjonen (blant annet DPS, BUP-poliklinikker, deler av rus-poliklinikker, skadelegevaktfunksjonen). Etter framskrivning basert på pasientaktivitet er det beregnet en generell effektivisering som tilsvarer den som ble anvendt i arealutviklingsplanen, og korrigert for de endringer fra arealutviklingsplanen som er beskrevet i kapittel 4. Den framskrevne bemanningen danner grunnlag for dimensjonering av de personalrelaterte funksjonene svarende til prinsippene i arealutviklingsplanen.

For servicefunksjoner som ikke umiddelbart kan kapasitetsberegnes, f.eks. kliniske støttefunksjoner og intern service, er det tatt utgangspunkt i arealutviklingsplanens forutsetninger, med tillegg som svarer til økningen i sengetallet samt et generelt usikkerhetstillegg på 5 %.

Forskning og utdanning er omhandlet som i arealutviklingsplanen.

### 5.2 Arealdefinisjoner, brutto- og nettoareal

Arealene summeres først i nettoareal som er summen av funksjonsrommenes innvendige gulvareal. Dette tillegges arealer til trafikk, teknikk og konstruksjon til et samlet bruttoareal. Forhold mellom bruttoareal og nettoareal kalles brutto/nettofaktor, og det regnes med en brutto/nettofaktor på 2,1, det samme som ble brukt i arealutviklingsplanen. I tidligere prosjekter har denne faktoren ofte vært satt til 2,0, men realisering av de siste store sykehusprosjektene både i Norge og Danmark har vist at dette ikke er realistisk. 2,1 er også en krevende forutsetning, men er lagt til grunn her bl.a. for å være konsistent med forutsetningene i arealutviklingsplanen. Denne forutsetningen bør vurderes nærmere i konseptfasen.

### 5.3 Arealstandarder

Erfaringer fra nye delfunksjonsprogram har vist behov for å ta hensyn til nye krav til universell utforming. Det betyr at arealstandarden for noen funksjoner er økt sammenlignet med arealutviklingsplanen. For eksempel har delfunksjonsprogram for Nye Kirkenes Sykehus vist at en arealstandard på 27 kvm for en normalseng ikke er realistisk ved ensengsrom med eget bad i hvert rom, når kravet til universell utforming skal ivaretas. Det er størrelsen på badene som blir hovedutfordringen. For OUS bør arealstandarden økes til minimum 30 kvm for å oppfylle kravet. Tilsvarende økning vil i all hovedsak gjelde for alle sengerom. Tilsvarende effekt oppstår i areal i

møterom, slik at dette anbefales økt til 2 kvm pr. plass. For andre romtyper har erfaringer fra senere delfunksjonsprogram resultert i økt standard, for eksempel for kliniske spesialrom og stråleterapi.

Ensengsrom med bad til hvert rom forutsettes i nye bygg, mens det for eksisterende bygg aksepteres en andel senger i flersengsrom og at flere rom kan dele bad.

I arbeidet med idéfasen foreslås det å videreføre forutsetningene fra arealutviklingsplanen angående kontorer og dermed legge til grunn en arealstandard med ca. 50 % i landskap i nybyggene. Videre foreslås at ca. 50 % av kontorarealet kan lokaliseres i kontorbygg/kontorfløyer. Andel av ansatte som har behov for kontorplass endres heller ikke ift. arealutviklingsplanen.

Generelt anbefales det at i alternativer der eksisterende bygningsmasse inngår i framtidig drift, legges det til grunn en modifisering av arealstandardene i retning av dagens situasjon, men selvsagt innenfor rammen av det som er fastsatt gjennom lov og forskrift knyttet til de aktuelle bygg og funksjoner. Konkret er dette omtalt under sengeområder ovenfor, men det vil også gjelde for andre funksjoner.

For OUS er det anvendt følgende arealstandarder:

Tabell 25 - OUS arealstandarder

Kapasitetsbærende enhet	kvm netto for OUS	Bemerkning
<b>Kliniske funksjoner</b>		
Senger somatikk	30,0	Økt pga. universell utforming
Senger medisinsk overvåking	40,0	Hjerteovervåking - 50 % av de hjertemedisinske senger
Senger barn	42,0	Økt pga. universell utforming
Senger infeksjonsmedisin	37,0	Økt pga. universell utforming
Døgnplass voksenpsykiatri	45,0	Økt pga. universell utforming
Skjermet døgnplass voksenpsykiatri	58,0	Økt pga. universell utforming
Døgnplass ungdomspsykiatri	56,0	Økt pga. universell utforming
Skjermet døgnplass ungdomspsykiatri	58,0	Økt pga. universell utforming
Dagplass somatikk	15,0	
Dagplass dialyse og kreft	20,0	
Dagplass psykiatri	20,0	
Poliklinikkrom, standard (somatikk & psykiatri)	30,0	
Spesialrom somatikk	45,0	Økt pga. plassbehov til endoskopirom, erfaringer fra Aarhus og Gødstrup
Stråleterapi	245,0	Økt pga. erfaringer fra Radiumhospitalet og Gødstrup
Spesialrom psykiatri	30,0	
Hotellseng	25,0	
Observasjonsseng	30,0	Økt pga. ekstra behov knyttet til akuttmottaksfunksjonen
<b>Medisinske servicefunksjoner</b>		
Intensivsenger og tung overvåking	50	Gjelder både voksne og barn
Postoperativ	16	
Operasjon, inneliggende	120	
Operasjon, dag	120	
Billeddiagnostikk, angio, CT, MR, PET, nukleærmedisin	90	
Billeddiagnostikk, ultralyd	30	Inkl. andel i birom
Billeddiagnostikk, øvrige	70	
Fødestue	70	Økt pga. erfaringer fra Østfold og Gødstrup

Kapasitetsbærende enhet	kvm netto for OUS	Bemerkning
Arbeidsplass laboratorier	15	Ekst. spesial-laboratorier og birom
Donortapping	15	
<b>Ikke-medisinske servicefunksjoner</b>		
Kontorarbeidsplass	8,5	Per kontorplass, inkl. printer/kopierom og toalett. Ca. 50
Kontorarbeidsplass til administrasjon	9,0	% av kontorplassene er i landskap
Møterom	2,0	Per plass. Økt pga. universell utforming
Garderobeskap	0,8	Per skap
Overnattingsrom	15,0	Inkl. toalett og bad samt andel i fellesrom
Personalkantine og kafeteria	2,1	Per plass

#### 5.4 Arealbehov pr. hovedfunksjon

På grunnlag av arealstandardene er det foretatt arealberegning for somatiske sykehusfunksjoner i OUS i 2030 samt tilsvarende for psykisk helse og avhengighet.

Tabell 26 - Arealbehov somatiske sykehusfunksjoner 2030 sammenlignet med arealutviklingsplanen

OUS - somatiske sykehusfunksjoner	OUS idéfase 2030		Arealutviklingsplan 2025	
	Senger	Nettoareal	Senger	Nettoareal
Akutfunksjoner	42	5 029	62	5 868
Somatikk, klinikkene	1 841	119 580	1 584	98 059
Medisinsk service		27 911		27 825
Kontorfunksjoner		31 607		29 295
Administrasjon og intern service		42 071		40 772
<b>I alt</b>	<b>1 883</b>	<b>226 199</b>	<b>1 646</b>	<b>201 819</b>
<b>Bruttoareal (b/n faktor 2,1), avrundet</b>		<b>475 000</b>		<b>424 000</b>

Sengene er observasjonssenger, normale senger og hotellsenger.

Arealet er eksklusiv funksjoner som er trukket ut. Til sammenligning vises arealet fra arealutviklingsplanen.

Økningen av sengetall og areal i idéfasen skyldes særlig befolkningsutviklingen og at det nå er framskrevet til 2030 i stedet for til 2025 slik som i arealutviklingsplanen.

Antall observasjonssenger er i idéfasen redusert fra arealutviklingsplanen pga. nedgang i akutte korttidsinnleggelser fra 2009 til 2012 samt for å ta hensyn for tilveksten av kommunale akutte døgnssenger.

For psykisk helse og avhengighet vises arealberegningene i tabellen nedenfor.

Tabell 27 - Arealbehov psykisk helse og avhengighet 2030 sammenlignet med arealutviklingsplanen

OUS - Psykisk helse og avhengighet	OUS idéfase 2030		Arealutviklingsplan 2025	
	Senger	Nettoareal	Senger	Nettoareal
Akutfunksjoner	13	935	13	896
Behandling	306	17 705	400	23 305
Kontorfunksjoner		5 294		10 861
Service		6 832		9 015
<b>I alt</b>	<b>319</b>	<b>30 766</b>	<b>413</b>	<b>44 077</b>
<b>Bruttoareal (b/n faktor 1,8), avrundet</b>		<b>55 000</b>		<b>79 000</b>

Arealet er primært redusert fordi funksjoner nå er trukket ut sammenlignet med arealutviklingsplanen (den omfattet alle OUS sine funksjoner). Dette gjelder DPS og poliklinikker for BUP og rus som ikke inngår i arealet for psykisk helse og avhengighet i idéfasen (som omtalt tidligere i dette kapittelet).

Det samlede sengebehovet for OUS 2030 utgjør 2.200 som fordeler seg på somatikk, psykisk helse og avhengighet samt hotell.

## 5.5 Samlet arealbehov og potensial for arealreduksjon

I dette avsnitt vises det samlede arealbehovet til OUS sykehusfunksjoner for somatikk og psykisk helse og avhengighet samt forskning og utdanning.

Tabell 28 - 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
<b>I alt</b>	<b>567 000</b>	<b>62 000</b>	<b>630 000</b>

Arealbehovet for OUS sin virksomhet framskrevet til 2030 er her vist med de aktuelle forutsetninger for endringsdrivere slik som beskrevet i kapittel 4, utnyttelsesgrader og arealstandarder samt for øvrig videreførte forutsetninger fra arealutviklingsplanen.

I dag har OUS ca. 1 000 000 kvm areal til sin samlede virksomhet og rundt 900 000 til den delen av virksomheten som omfattes av idéfaseprosjektet. Basert på arealberegningene, og en løsning der eksisterende bygningsmasse utenom Rikshospitalet i hovedsak bygges nytt, vil arealbehovet reduseres fra dagens ca. 900 000 kvm til mellom 600 000 og 700 000 kvm. Dvs. en reduksjon på mellom 200 000 og 300 000 kvm. For å oppnå dette må det bygges vel 400 000 kvm nybygg, mens Rikshospitalet og noen begrensede arealer for øvrig beholdes.

## 5.6 Arealbehov relatert til virksomhetsmodeller

Det er beregnet arealbehov for alle de tre virksomhetsmodellene som ble beskrevet i kapittel 4.9 i tillegg til 0-alternativet. Hovedprinsippene er oppsummert i tabellen nedenfor.

Tabell 29 - OUS alternativene for areal og virksomhet

OUS virksomhetsmodell	Somatikk	Psykisk helse og avhengighet	Forskning og utdanning
0-alternativet (ingen endringer)	Renovering og nødvendig utbygging av eksisterende funksjoner	Renovering og nødvendig utbygging og utflytting av eksisterende funksjoner	Renovering og nødvendig utbygging av eksisterende funksjoner
Dagens virksomhetsmodell	Lokalisert som en samlet løsning	Lokalisert sammen med somatikk, bortsett fra regional sikkerhetspsykiatri (Regional sikkerhetsavdeling og Psykiatrisk avdeling for psykisk utviklingshemmede) som evt. kan lokaliseres separat.	Lokaliseres sammen med somatikk og psykisk helse og avhengighet
Nivådelt virksomhetsmodell	Delt i to lokaliseringer 1) Lands- og regionsfunksjoner samt akutt kirurgi (< 24 timer) med tilhørende fagområder 2) Øvrig somatikk, forutsettes eget medisinsk mottak.	Lokalisert sammen med "øvrig somatikk" bortsett fra regional sikkerhetspsykiatri som evt. kan lokaliseres separat.	Somatikk: Anslagsvis 2/3 lokaliseres sammen med lands- og regionsfunksjoner og 1/3 med område- og lokalfunksjoner. Psykisk helse og avhengighet: Sammen med resten av virksomheten innen PHA
Klyngemodell	Oppdeles i en klyngemodell med to varianter. 1) Medisinsk klynge med alle medisinske fag 2) Gastromedisin i Buk-/bekkensenter og hjertemedisin + lungemedisin i hjerte-/lunge-/karsenter	Et senter for psykisk helse og avhengighet bortsett fra regional sikkerhetspsykiatri som evt. kan lokaliseres separat	Omkring halvdel av forskning og utdanning integreres med den kliniske virksomheten i klyngene. Resten etableres i egne FoU-bygg.
Funksjoner som kan trekkes ut og lokaliseres «annet sted» (uavhengig av alternativ)	Omfordeling av oppgaver etter prosesser i OUS, HSØ og de øvrige Oslo sykehusene. Resten etableres som alternativ 1, 2 eller 3	En andel av område- og lokalfunksjoner overføres fra OUS sentralt og til DPS-ene eller andre sykehus i Oslo-området. Resten etableres som alternativ 1, 2 eller 3	

De arealmessige konsekvensene av de forskjellige virksomhetsmodellene oppsummeres i neste avsnitt.

### 5.6.1 0-Alternativet

I dag har OUS ca. 1 000 000 kvm areal til sin samlede virksomhet og rundt 900 000 til den delen av virksomheten som omfattes av idéfaseprosjektet. Veksten fram til år 2030 tilsvarer en økning på ca. 70 000 kvm sykehusfunksjoner. En stor del av dagens areal er gammelt, uhensiktsmessig for sykehusdrift og dermed ikke i stand til å fange opp økt kapasitetsbehov. FoU mangler også arealer og er forutsatt å økes med ca. 20 000 kvm i 0-alternativet for å bli tilnærmeelsesvis sammenlignbart med de øvrige alternativer. I tillegg vil 0-alternativet kreve et rokkeringsareal fordi det må drives kontinuerlig oppgradering og ombygging av eksisterende arealer. Dette er vurdert til ca. 10 000 kvm. Noe areal fases ut, men dette er begrenset da det bare er i noen tilfeller at hele bygg kan tømmes.

### 5.6.2 Videreføring av dagens virksomhetsmodell

Dagens virksomhetsmodell innebærer en samlet lokalisering av virksomheten i OUS, men med mulighet for separat lokalisering av regional avdeling for sikkerhetspsykiatri.

Arealbehovet i dette alternativ er:

Tabell 30 - OUS bruttoarealbehov ved videreføring av dagens virksomhetsmodell

OUS idéfase	Lokalitet 1 (somatikk, psykisk helse, forskning og utdanning)	Lokalitet 2 (regional sikkerhetspsykiatri)	I alt
Dagens virksomhetsmodell			
Somatikk, samlet løsning	475 018		475 018
Psykisk helse (ekskl. regional sikkerhetspsykiatri)	46 499	8 879	55 378
Forskning og utdanning, somatikk	92 051		92 051
Forskning og utdanning, psykisk helse	7 140		7 140
<b>I alt (avrundet)</b>	<b>621 000</b>	<b>9 000</b>	<b>630 000</b>

### 5.6.3 Virksomhetsmodell 2

I virksomhetsmodell 2 er somatiske sykehusfunksjoner delt i en del som omfatter lands- og regionfunksjoner samt akuttkirurgi med tilhørende fagområder, og en del med øvrige somatiske funksjoner som omfatter område- og lokalfunksjoner, inkludert medisinsk mottak.

Forskning og utdanning innen somatikk er fordelt med 2/3 knyttet til lands- og regionsfunksjoner og 1/3 til lokal- og områdefunksjoner.

Psykisk helse og avhengighet inkl. forskning og utdanning samlokaliseres med de øvrige somatiske funksjoner (lokal- og områdefunksjoner) mens regional sikkerhetspsykiatri eventuelt kan lokaliseres annet sted.

Arealbehovet er vist i tabellen under:

Tabell 31 - OUS bruttoarealbehov ved nivådelt virksomhetsmodell

OUS idéfase Nivådelt virksomhetsmodell	Lokalitet 1: somatikk lands- og regionsfunksj. + akuttkirurgi m. tilhørende virksomhet+ forskning og utdanning (kvm)	Lokalitet 2: somatikk lokal- og områdefunksjoner med medisinsk mottak, psykisk helse, forskning og utdanning (kvm)	Lokalitet 3: regional sikkerhets-psykiatri (kvm)	I alt: (kvm)
Somatikk oppdeles i 1) lands- og regionsfunksjoner + akuttkirurgi m. tilhørende fagområder 2) øvrige somatikk med medisinsk mottak	278 228	196 790		475 018
Psykisk helse og avhengighet		46 499	8 879	55 378
Forskning og utdanning, somatikk	61 367	30 684		92 051
Forskning og utdanning, psykisk helse og avhengighet		7 140		7 140
<b>I alt, avrundet</b>	<b>340 000</b>	<b>281 000</b>	<b>9 000</b>	<b>630 000</b>

#### 5.6.4 Klyngemodellen

I klyngemodellen er sykehusfunksjonene samlet i klynger som fremstilt under beskrivelsen av virksomhetsmodellene, med tilknyttede forskning og utdanning.

Det etableres tematiske sentre: (se 4.9.5.2 for nærmere beskrivelse om innhold)

- Akuttsenter
- Barnesykehus med fødselshjelp og kvinnesykdommer
- Kreftsenter
- Buk-/bekkensenter
- Hode-/halscenter
- Ortopedisenter
- Medisinsenter
- Hjerte-/lunge-/karsenter
- Senter for psykisk helse og avhengighet

I tillegg kommer en kjerne av sentral tung infrastruktur og medisinske støttfunksjoner samt hotell. Dessuten er sikkerhetspsykiatri vurdert lagt for seg selv grunnet blant annet sikringsbehov.

Til de ulike sentrene er det tilknyttet kliniske funksjoner som senger, poliklinikk og dagbehandling samt spesial- og kontorfunksjoner.

For hver senter er det dessuten foretatt en vurdering av behovet for nærliggende eller integrerte medisinske servicefunksjoner, i første rekke mht. operasjon og radiologi. Disse er tatt med i senterets areal, men bør fysisk ligge i grensesnittet mellom senteret og en sentral eller gjennomgående infrastruktur i sykehuset. «Sentraloperasjon» og sentertilknyttede operasjonsstuer bør fysisk sett være beliggende i det samme området, slik at grensene kan være fleksible både fysisk og organisatorisk.

Videre er det vurdert hvilke servicefunksjoner som naturlig hører til i senteret f.eks. mht. pasientservice (skole og pårørendeovernatting til barnehospital), personalservice (garderober, kantine) samt fasiliteter til pasientopplæring og andre mestringsaktiviteter, personalutdanning, renhold og sengeoppredning.

Medisinske servicefunksjoner, ikke-medisinsk service og forskning og utdanning er plassert i sentrene som vist i tabellen på neste side.



Tabell 32 - OUS klyngemodell i alternativ 3

Senter	Medisinsk service funksjoner	Service	Forskning og utdanning
Akuttsetter	Akuttmottak Prehospitale funksjoner Observasjonspost Operasjon & PO Sterilsentral Radiologi Laboratorium for pasientnære analyser (PNA)	Pasientservice Personalservice Utdanning personal Renhold Sengesentral	10 % tillegg til forskning og utdanning
Barnesykehus, fødsler og kvinnesykdommer Kreftsetter Buk-/bekkensetter Hode-/halssetter Ortopedisetter Medisinsetter Hjerte-/lunge-/karsetter	Operasjon & PO Sterilsentral Radiologi Laboratorium for PNA Klinisk støtte	Pasientservice Personalservice Utdanning personal Renhold	10 % tillegg til forskning og utdanning
Psykisk helse og avhengighet Regional sikkerhetspsykiatri	Klinisk støtte	Pasientservice Personalservice Utdanning personal Renhold	10 % tillegg til forskning og utdanning
Sentral tung infrastruktur	Intensiv Operasjon & PO Sterilsentral Radiologi Laboratorium PNA Apotek Medisinsk teknikk	Pasientservice Personalservice Utdanning personal Renhold	10 % tillegg til forskning og utdanning
Laboratorier	Laboratorier	Personalservice Utdanning personal Renhold	10 % tillegg til forskning og utdanning
Fellesfunksjoner		Pasientservice Personalservice	
Ledelse/adm.		Ledelse/adm. Personalservice Utdanning personal Renhold	
Ikke medisinske servicefunksjoner		Personalservice Utdanning personal Renhold Servicefunksjoner	
Forskning og utdanning			Restfunksjoner forskning og utdanning

På denne bakgrunn er arealbehovet i alternativ 3 som vist nedenfor.

Tabell 33– OUS brutto arealbehov ved klyngemodell

OUS idéfase klyngemodell	Lokalisering 1 (somatikk, psykisk helse, forskning og utdanning)				Lokalisering 2 (regional sikkerhetspsykiatri)			I alt
	Sykehusfunksjoner (somatikk og psykisk helse)	Forskning og utdanning, somatikk	Forskning og utdanning, psykisk helse	I alt	Regional sikkerhetspsykiatri	Forskning / utdann., psykisk helse	I alt	
Akuttsetter	22 902	2 290		25 192				
Barnesykehus, fødsler og kvinnesykdommer	84 229	7 641		91 870				
Kreftsetter	54 136	5 414		59 550				
Buk-/bekkensetter	34 007	3 401		37 408				
Hode-/halssetter	41 675	4 167		45 842				
Ortopedisetter	19 649	1 965		21 614				
Medisinsetter	51 121	5 112		56 234				
Hjerte-/lunge-/karsetter	29 101	2 910		32 011				
Setter for psykisk helse og avhengighet	38 681		3 868	42 549	8 879	888	9 767	
Sentral tung infrastruktur	39 797	3 980		43 777				
Hotell	22 378			22 378				
Laboratoriesetter	39 542	3 954		43 496				
Fellesfunksjoner	5 883			5 883				
Ledelse / administrasjon	6 265			6 265				
Ikke-medisinske servicefunksjoner	32 506			32 506				
Forskning og utdanning (somatikk og psykisk helse)		51 217	2 384	53 601				
<b>I alt, avrundet</b>	<b>522 000</b>	<b>92 000</b>	<b>6 000</b>	<b>620 000</b>	<b>9 000</b>	<b>1 000</b>	<b>10 000</b>	<b>630 000</b>

Det er en svært begrenset arealøkning som følge av desentralisering i form av ekstra rom til billediagnostikk og noen ekstra rom til anestesi for preoperative tilsyn.

Det er også utarbeidet en variant av dette alternativet, hvor gastromedisin legges i buk-/bekkensetteret og hjertemedisin og lungemedisin i hjerte-/lunge-/karsetteret. Det betyr at medisinsetteret blir noe mindre og de to øvrige større. Tabell 36 viser arealbehov for klyngene Buk-/bekkensetter, medisinsetter og hjerte-/lunge-/karsetter for klyngemodellen dersom gastromedisin, lungemedisin og kardiologi lokaliseres i hhv buk-/bekkensetter og hjerte-/lunge-/karsetter i stedet for i medisinsetteret.

Tabell 34 - Arealbehov dersom gastromedisin, lungemedisin og kardiologi lokaliseres alternativt

OUS idéfase Klyngemodell (alternativ)	Lokalisering 1 (somatikk, psykisk helse, forskning og utdanning)			
	Sykehusfunksjoner (somatikk og psykisk helse)	Forskning og utdanning, somatikk	Forskning og utdanning, psykisk helse	I alt
Sentre i klyngemodellen				
Buk-/bekkensetter	37 030	3 703		40 733
Medisinsetter	36 410	3 641		40 051
Hjerte-/lunge-/karsetter	40 861	4 086		44 947

Det er identifisert oppgaver som kan tenkes omfordelt mellom sykehusene i Oslo-området, jf. kapittel 4.9.6.3.

Dette er oppgaver med høyt volum, og i hovedsak lokal- og områdefunksjoner. Dersom man beregner areal knyttet til oppgaver som kan omfordeles og tar hensyn til at kommende vekst innen de samme fagområdene kan dekkes av andre sykehus i hovedstadsområdet enn OUS, vil dette medføre en arealreduksjon i OUS på omkring 50.000 kvm.

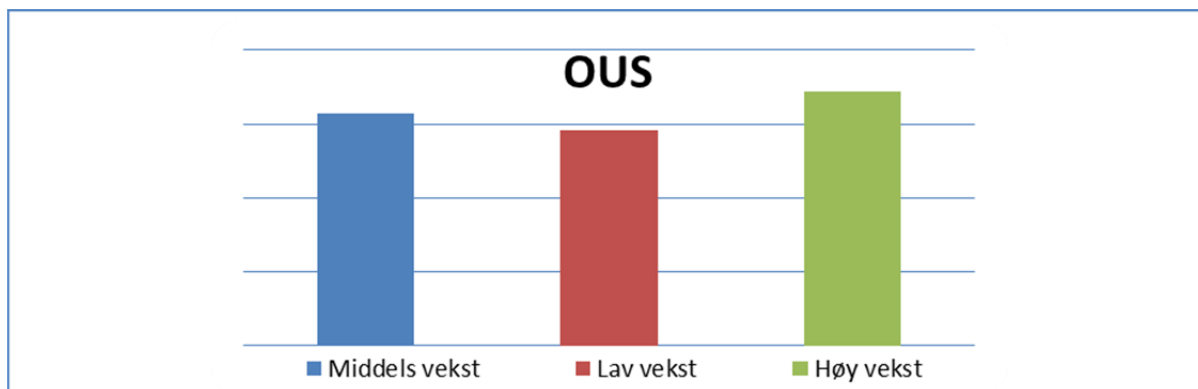
Utbyggingsplanene til LDS og DS vil dekke mer enn vekst knyttet til de bydeler som disse sykehusene dekker, og det kan vurderes om veksten i lokal- og områdefunksjoner knyttet til OUS sine bydeler kan dekkes av de private ideelle sykehusene.

### 5.6.5 Følsomhetsvurdering arealbehov

Det samlede areal som er beregnet ovenfor er et resultat av et estimert pasientvolum i 2030 samt en rekke forutsetninger relatert til dimensjonering av rom og areal. Pasientvolum i 2030 er basert på pasientaktivitet i 2012, demografisk utvikling til 2030 samt forutsetninger om omstilling og effektivisering. Befolkningsutviklingen i OUS sitt opptaksområde er betydelig, og derfor vil også usikkerhet i befolkningsutviklingen slå ut på pasientvolum og arealbehov.

Det er således flere usikkerhetsfaktorer knyttet til areal, hvorav befolkningsutvikling vurderes å ha særlig betydning. Det er derfor gjort en følsomhetsanalyse av OUS-arealet basert på variasjon i befolkningsframskrivingene, fra middels vekst, som er grunnforutsetningen, til lav respektiv høy vekst.

Arealbehovet for de funksjonene som inngår i idéfasen er ca. 630 000 kvm basert på middels vekst. Ved lav eller høy vekst i befolkning svinger dette fra ca. 580 000 kvm til ca. 690 000 kvm. Se figuren og tabellen nedenfor.



Figur 30 – vekstprognoser befolkningsutvikling

Det tallmessige grunnlag er vist herunder:

Tabell 35 – arealtilpasning til vekstprognoser for befolkningsutvikling

Arealbehov 2030	Middels vekst	Lav vekst	Høy vekst
Vektet endring %		- 7,4 %	9,1 %
<b>OUS areal kvm</b>	<b>630 000</b>	<b>583 000</b>	<b>687 000</b>



## 6 Lokalisering, tomtevalg og byutvikling

### 6.1 Utviklingsperspektiv

De fysiske løsningsmulighetene som er presentert i kapittel 6.7 og 6.8 er utarbeidet med utgangspunkt i et forventet kapasitetsbehov i 2030. Løsningsforslagene i kapittel 6.8 ligger til grunn for de økonomiske analysene presentert i kapittel 8. I kapittel 6.10 er det vist hvilket byutviklingspotensial hvert av disse løsningsforslagene innehar. I den sammenheng vil tidsperspektivet ikke være begrenset til 2030. Som det fremgår av drøftingen i kapittel 6.10, har løsningsforslagene svært ulikt utviklingspotensial i et langt perspektiv, og således ulik robusthet for å ivareta de endringer i behov som vil komme. Dette gjelder både behov for sykehusarealer og behov knyttet til utvikling av andre funksjoner.

### 6.2 Eiendomsforhold

Hovedtyngden av arealene ved OUS befinner seg på Ullevål sykehus, Rikshospitalet, Gaustad sykehus, Radiumhospitalet og Aker sykehus. Videre har OUS lokaler ved Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling i Sognsvannsveien, Statens Senter for Epilepsi (SSE) i Bærum og Dikemark sykehus i Asker.

Tomtearealet som eies av OUS utgjør 980 daa. Dette omfatter ikke tomten som Rikshospitalet ligger på. Denne er fortsatt ikke overdratt fra Statsbygg etter statens overtakelse av sykehusene i 2002. OUS har ikke hjemmel til Dikemark, da eiendommen ved overføring fra Oslo kommune i 2002 ikke ble fradelt og overskjøttet. Tomtearealene er vist i tabellen nedenfor.

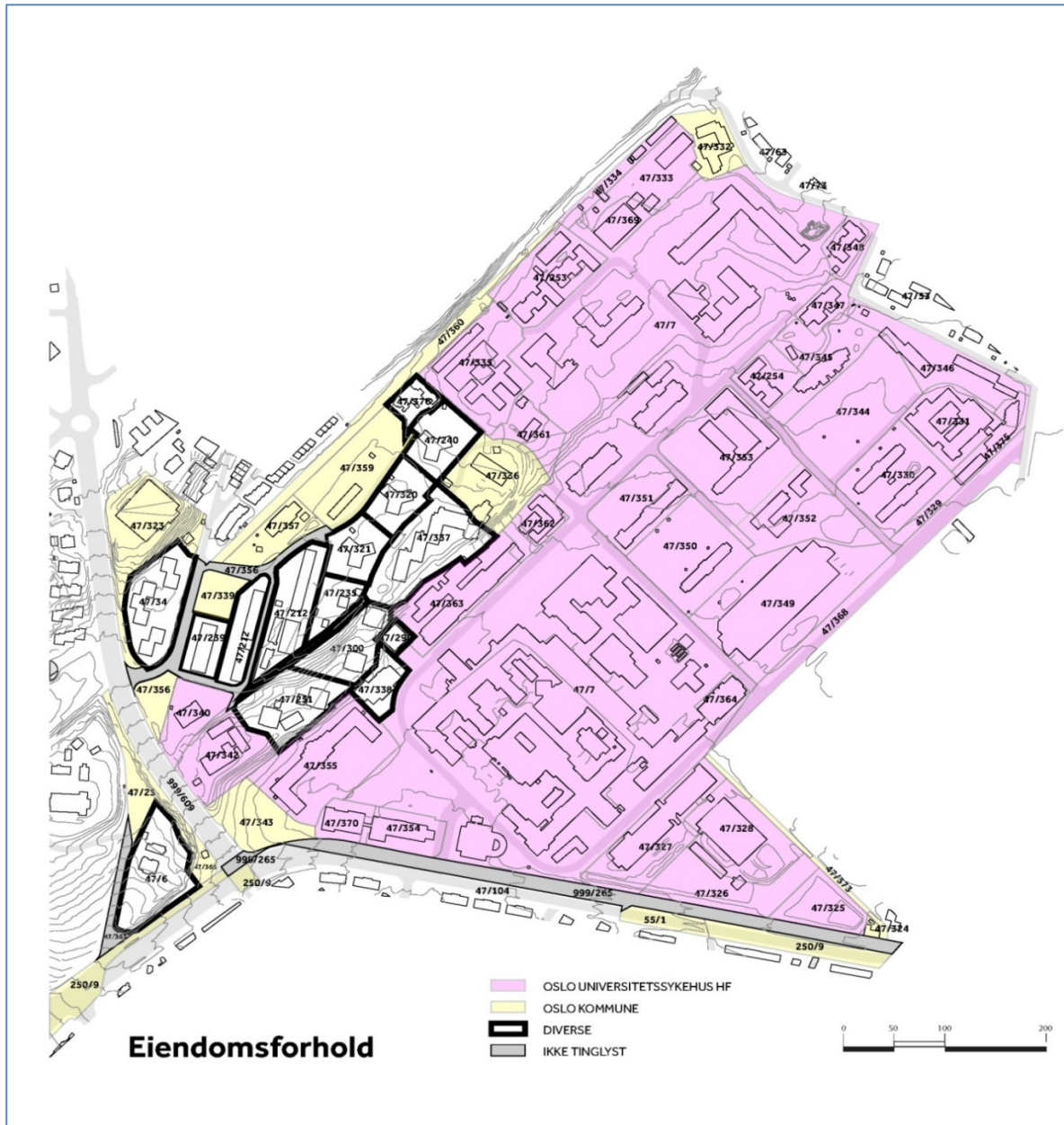
Tabell 36: Oversikt over tomtestørrelser OUS

Lokalitet	Tomteareal daa
SSE	340
Aker	130
Gaustad	50
Ullevål	325
Dikemark	200
Rikshospitalet	350 <sup>1)</sup>
Radiumhospitalet	50
Sognsvannsveien (BUPA)	85
<b>Samlet</b>	<b>1 530</b>

<sup>1)</sup> Inkludert Domus Medica (UiO) iht. reguleringsplan

### 6.2.1 Ullevål sykehus

For en utvikling av OUS på Ullevål forutsettes det at utbyggingen må gjøres innenfor eksisterende tomteareal. Det anses som svært lite sannsynlig å erverve nabotomter for utvidelse av sykehuset da tomten er omkranset av Kirkeveien, Sognsveien, godt etablerte boligområder og kirkegård.

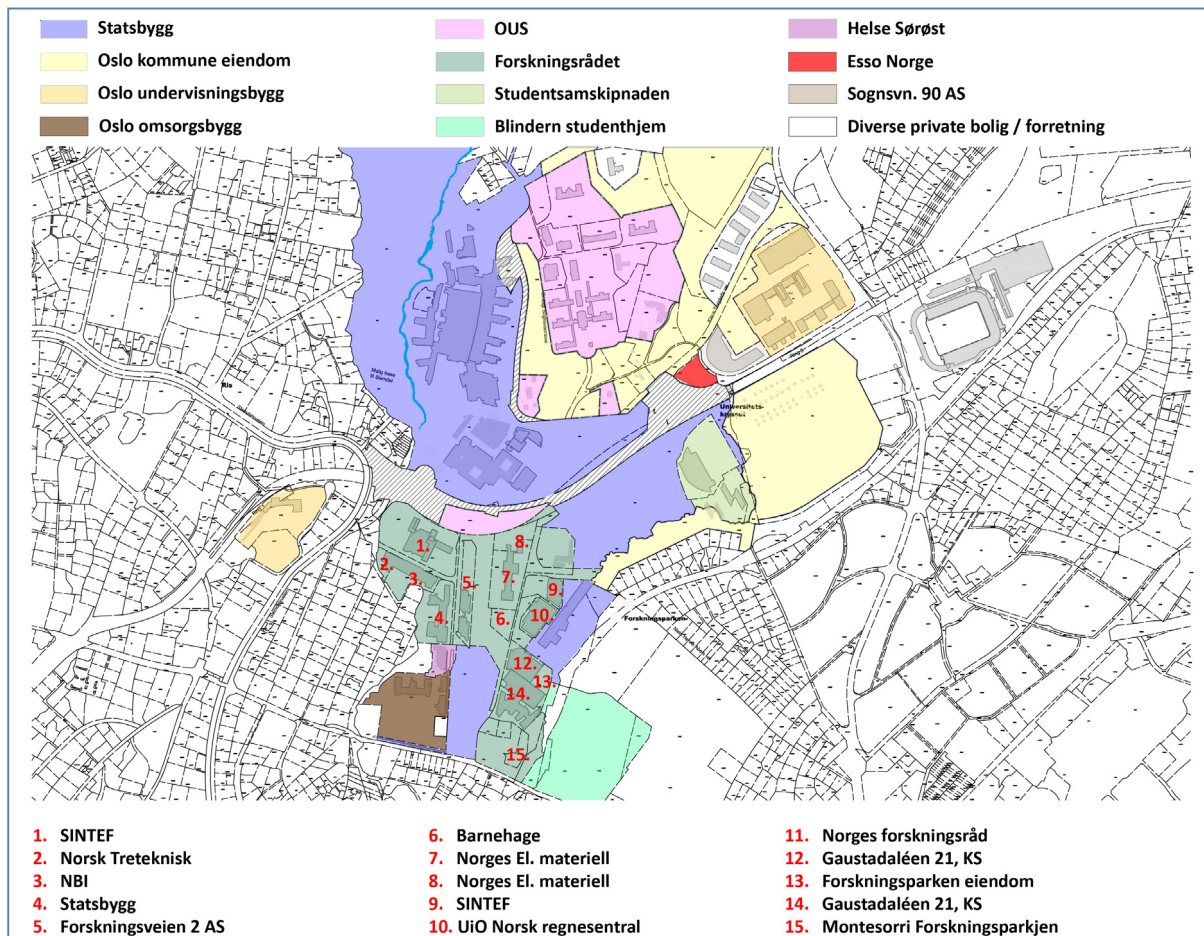


Figur 31 - Eiendomsforhold Ullevål sykehus



### 6.2.2 Gaustad

For utvikling av OUS på Gaustad/Rikshospitalet forutsettes det at sykehuset får tilgang til tomter gjennom overtakelse av festekontrakter med Statsbygg, Forskningsrådet eller ved kjøp av tomteareal fra Oslo kommune.



Figur 32 - Eiendomsforhold Gaustad-området

### 6.3 Eksisterende bygningsmasse og teknisk infrastruktur

Med unntak av de nyeste bygningene er dagens bygningsmasse ved OUS preget av stor slitasje og mangelfullt vedlikehold over mange år. Tilstanden på bygninger, tekniske installasjoner og annen infrastruktur varierer stort, men er generelt sett dårlig og med omfattende behov for utskiftninger og oppgradering.

Bygningsmassen er utviklet gjennom en periode på over hundre år, og gjenspeiler de ulike tidsepokers trender for sykehusvirksomhet og byggeskikk. En betydelig andel av bygningene er ikke egnet for moderne og framtidrettet medisinsk virksomhet og samfunnets forventninger til pasientbehandling. Funksjonell standard er i mange bygninger langt unna det man vil forvente i nyere bygninger. Medisinsk behandling og teknologi vil framover endres vesentlig. Behovet for funksjonelle utbedringer og ombygginger er stort. En stor andel av bygningene har imidlertid lite tilpassningsdyktig bygningsstruktur og er derfor vanskelig og svært kostnadskrevende å bygge om for å forbedre funksjonell egnethet. I tillegg har 112 bygninger vernestatus, de fleste med fredning av eksteriør, noen også med interiørvern, og endelig er også uteområder både på Dikemark, Sognsvannsveien, Gaustad og Ullevål fredet.

For mange av bygningene vil det av nevnte årsaker ikke være fysisk mulig eller økonomisk forsvarlig å investere i funksjonelle ombygninger. Betydelig omfang av nye arealer vil være nødvendig om man skal oppnå et framtidrettet sykehus.

I 2010-2011 gjennomførte Multiconsult en overordnet bygningsteknisk kartlegging og vurdering av helseforetakets eksisterende bygningsmasse. I 2011 ble det også gjennomført en kartlegging av funksjonell egnethet for virksomhet i de mest sentrale delene av anlegget.





Tilstandsanalysen fra Multiconsult viste at den gjennomsnittlige alderen for bygningsmassen i OUS var 49 år, mens landsgjennomsnittet for sykehusbygninger var ca. 40 år. Dersom bygningsmassen ved Rikshospitalet holdes utenfor sammenlikningen, er snittalderen for den resterende bygningsmassen i OUS nå nærmere 60 år. Bygningsmassen ved OUS vurderes til å ha dårligere tilstandsgrad enn sykehus i resten av regionen og landet.

Ny, oppdatert tilstandsanalyse er gjennomført i 2014 og kvalitets sikring av denne kartleggingen pågår. I denne rapporten er det tilstandskartleggingen fra 2010-2011 som er vist.

Kartleggingen har avdekket at bygningsmassen har svært varierende teknisk tilstand. En gjennomsnittlig tilstandsgrad på 1,6 for hele porteføljen er vesentlig dårligere enn det som er alminnelig ambisjonsnivå. Til sammenlikning er landsgjennomsnittet for teknisk tilstand i sykehus 1,2 – 1,3.

Multiconsult har estimert det tekniske oppgraderingsbehovet i 2014 til ca. 8,4 mrd. kroner som representerer et samlet vedlikeholds- og investeringsbehov over 10 år. Estimaten er basert på en forutsetning om at samtlige bygninger beholdes og oppgraderes slik de er i dag og omfatter ikke funksjonelle ombygginger, dvs. ombygginger som er nødvendig for å kunne drive avansert medisinsk virksomhet samt følge den medisinske og teknologiske utviklingen. I dette beløpet ligger altså ikke kostnader til strukturelle endringer, utvidelse av kapasitet, endret alderssammensetning etc. Tiltaksbehov i eksisterende bygg er vurdert for alle alternativ i idéfasen. Vurderingene tar hensyn til ulike tidsperspektiv for fortsatt bruk av bygningene, hhv. 10 år, 15 år og 20 år eller lengre (mot 40 år). Strategi for tiltak og investeringer vil avhenge av om bygget ved utløpet av perioden planlegges avhendet eller om det fortsatt skal benyttes. Investeringsbehov i de ulike alternativene er presentert i kapittel 8.

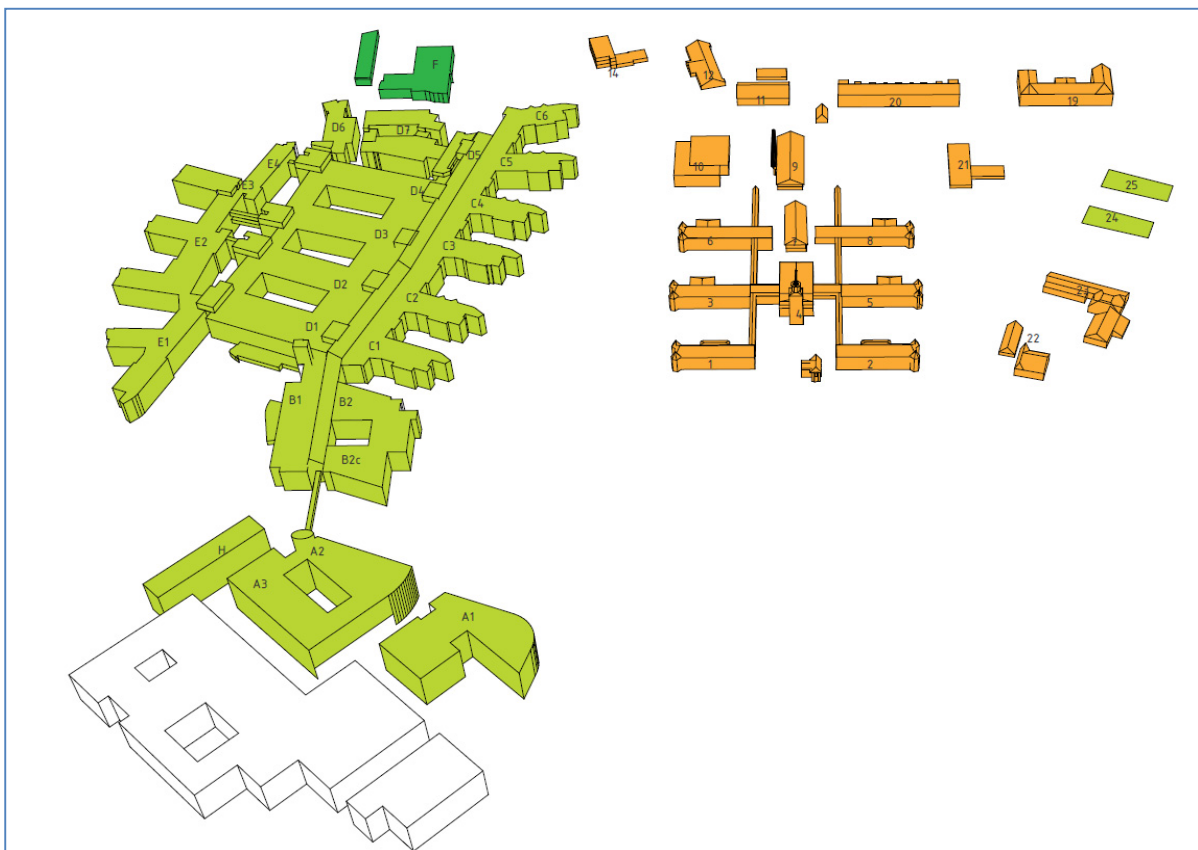
I oversiktene som følger er det illustrert teknisk tilstand for Aker sykehus, Rikshospitalet med Gaustad sykehus, Ullevål sykehus og Radiumhospitalet. Fargekodene gjenspeiler tilstandsgrad per bygg som er vurdert etter *NS 3424 Tilstandsanalyse av byggverk* hvor 0 er god, 1 er akseptabel, 2 er dårlig og 3 er svært dårlig. Bygg i hvitt er ikke kartlagt.

0 (0,00-0,75)	
1 (0,75-1,50)	
2 (1,50-2,25)	
3 (2,25-3,00)	

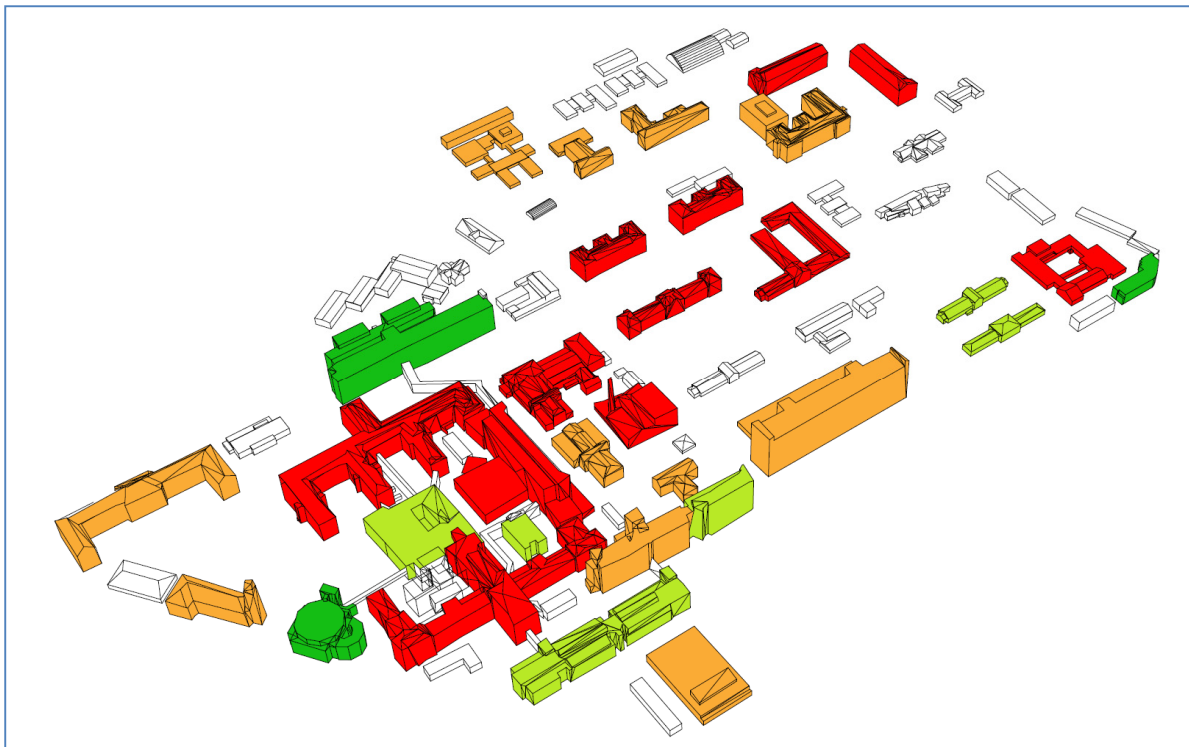




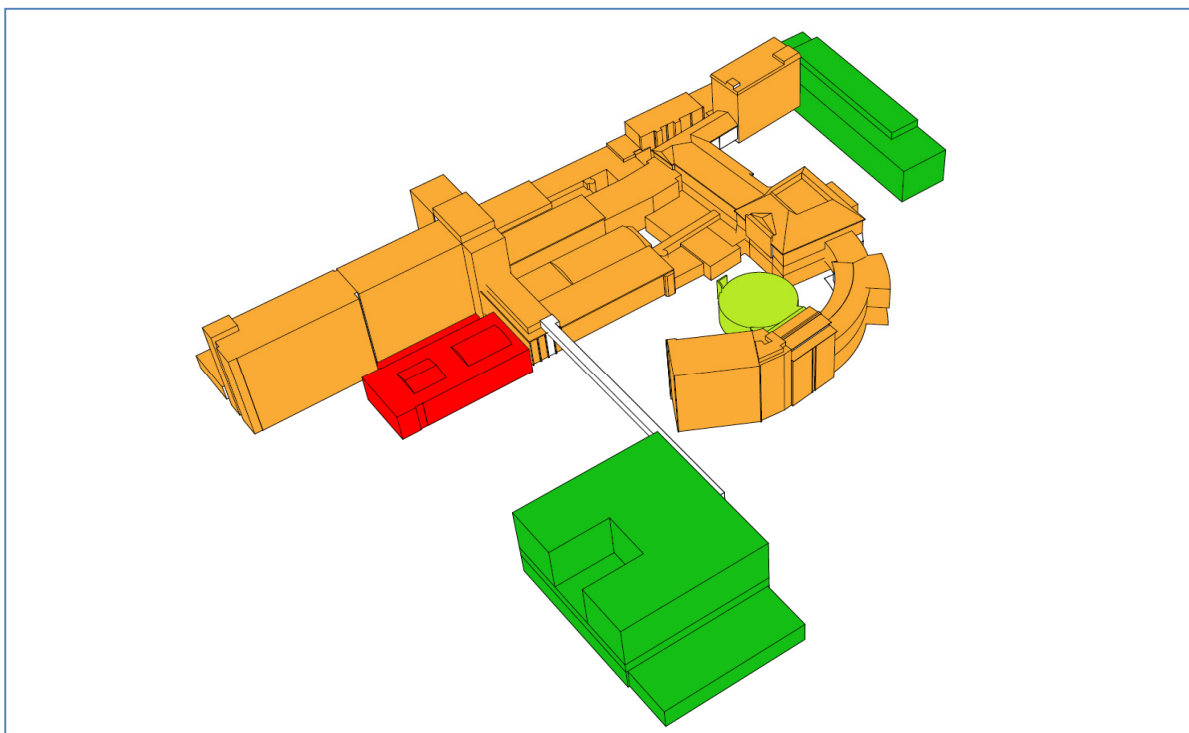
Figur 33 - Oversikt teknisk tilstand Aker sykehus



Figur 34 - Oversikt teknisk tilstand Rikshospitalet og Gaustad sykehus



Figur 35 - Oversikt teknisk tilstand Ullevål sykehus



Figur 36 - Oversikt teknisk tilstand Radiumhospitalet

OUS står foran mange år med krevende oppgaver innen forvaltning, drift, vedlikehold og utvikling i eksisterende bygninger. Dette vil kreve ekstraordinær innsats fra eiendomspersonell i OUS og medføre økt ressursbehov til forvaltning, drift og vedlikehold. Estimatenes for FDVU-kostnader tar hensyn til dette.

## 6.4 Byutvikling, regulering og annen kommunal planlegging

En samling av arealene for OUS vil ha et stort arealomfang og berøre mange mennesker, slik at prosjektet kan ses på som et byutviklingsprosjekt. Det er derfor lagt vekt på å ha god og åpen kommunikasjon med kommunens planmyndigheter i arbeidet. Det har vært gjennomført egne møter med plan- og bygningsetaten, miljøetaten, RUTER og Statens vegvesen for å gi informasjon om prosessen og for å få innspill til arbeidet. Det har også vært arrangert et byutviklingsseminar hvor kommunen, UiO og private eiendomsutviklere var deltakere og bidragsytere.

Alle de løsninger som studeres, forutsetter en relativt omfattende reguleringsprosess. Denne prosessen vil starte når lokalisering er valgt.

Oslo kommune har ny kommuneplan ute til høring. Denne er gjennomgått og kommuneplanens føringer for byutvikling er lagt til grunn for idéfasearbeidet.

Det er nærmere redegjort for byutviklingsaspekter og de forskjellige løsningsforslag i avsnitt 6.10.

## 6.5 Idésøk og mulighetsstudier

Det er gjennomført omfattende idésøk parallelt med innledende mulighetsstudier.

Det er foretatt studiebesøk til London, Firenze, Stockholm og Trondheim. Tema ved studiebesøkene har vært organisering av akuttvirksomhet, integrering av og samhandling mellom sykehus og universitet samt samarbeid med primærhelsetjenesten. Under studiebesøkene er det også blitt innhentet informasjon om hvordan sykehusene har påvirket byutviklingen og i hvor stor grad det foregår et samspill mellom sykehus og andre byfunksjoner innenfor sykehusområdet.

I utvikling av alternativene er det gjennomført mulighetsstudier med stor bredde innenfor de ulike lokalitetene. Basert på mulighetsstudiene og gjennomgang av disse er det gjennomført to runder med grovsortering for å ende opp med de løsninger som er studert nærmere.

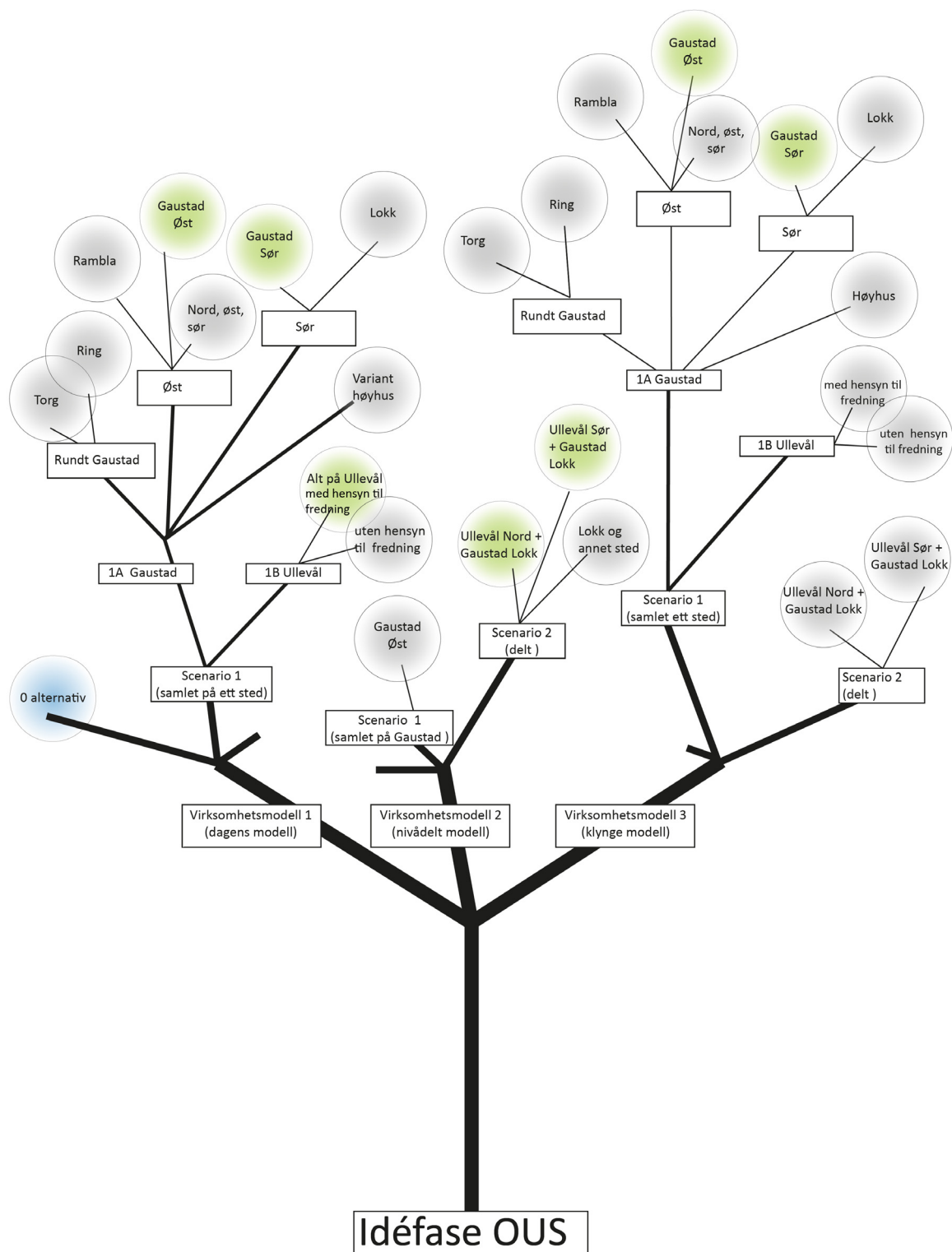
## 6.6 Teknisk og trafikal infrastruktur

Fremtidig samling av virksomheten i OUS på én eller to hovedlokaliteter stiller krav til både teknisk og trafikal infrastruktur.

Den tekniske infrastrukturen mht. VVS, strømforsyning og lignende stiller krav til leveringssikkerhet og stabil leveransene. Muligheten til å oppnå dette anses som lik i alle alternativene som blir drøftet i rapporten, selv om det i utgangspunktet kan være forskjeller i kapasiteten i eksisterende infrastruktur på Gaustad og Ullevål. Denne forskjellen fremkommer som kostnadsdifferanse mellom de fysiske løsningsforslagene.

Trafikal infrastruktur i form av vei, T-bane, trikk og buss med betydning for tilgjengeligheten til sykehuset er vesentlige faktorer når løsningsforslagene skal vurderes. Det er ikke medregnet eller tatt høyde for etablering av helt nye T-banelinjer, men det er foretatt vurderinger av tilpasning av eksisterende traséer for trikk og T-bane.

Løsningsforslagene knyttet til Gaustad forutsetter relativt omfattende investeringer i form av nye veianlegg. Disse tiltakene er beskrevet senere i kapittelet.



Figur 37 – «Mulighetstreet»

## 6.7 Avgrensning av muligheter, grovanalyse

I mandatet for idéfasen er det slått fast at det skal arbeides ut fra følgende scenarier:

- Scenario 1A – Full samling av virksomheten på Gaustad
- Scenario 1B – Full samling av virksomheten på Ullevål
- Scenario 2 – Delt løsning mellom Ullevål og Gaustad

Delprosjekt virksomhetsløsninger har arbeidet med prinsipielt forskjellige måter å strukturere og organisere virksomheten på. Arbeidet har munnet ut i tre modeller; videreføring av dagens virksomhetsmodell, en nivå delt virksomhetsmodell og en klyngemodell. Disse er nøye beskrevet i kapittel 4.

I første fase av arbeidet med fysiske løsninger ble det studert flere varianter av fysiske løsninger innenfor hvert scenario, uavhengig av virksomhetsmodeller. Disse er beskrevet i neste avsnitt.

I kombinasjon med mulige virksomhetsmodeller gir dette et stort antall muligheter (se Figur 27 - «Mulighetstreet»). Det ble derfor gjennomført en første grovsortering av de forskjellige variantene, basert på vurderinger av tomteforhold, reguleringsforhold, vernebestemmelser og generell gjennomførbarehet og risiko.

Etter denne «grovanalysen» ble en del varianter tatt videre i en mer inngående utredning. Løsningsvariantene ble så videreutviklet til konkrete løsningsforslag. Disse beskrives nærmere i avsnitt 6.8.

## 6.8 Scenarioene og løsningsvarianter innenfor disse

I første fase av arbeidet med fysiske løsningsforslag var det hovedfokus på å få opp et bredt spekter av forskjellige studier for alle scenariene, der den grunnleggende tilnæringsmåten skulle være tydelig forskjellig fra hverandre. For å sikre bredden i studiene er dette arbeidet fordelt på flere team som har arbeidet delvis uavhengig av hverandre.

For Scenario 1A: Full samling av virksomheten på Gaustad er det utarbeidet flere forslag, både med og uten Ring 3 i tunell.

For en løsning med Ring 3 i tunell, er det utarbeidet en variant.

For en løsning uten tunell er det utarbeidet flere varianter for å sikre bredde i analysene av muligheter. Det er ikke tatt særlig hensyn til gjeldende reguleringsbestemmelser, vernebestemmelser og eiendomsforhold. Disse forholdene er imidlertid trukket inn i vurdering av variantene og i anbefalingene for hvilke varianter som skal vurderes videre.

For Scenario 1B: Full samling på Ullevål, er det utarbeidet to kompakte løsninger, da tomtens størrelse gir klare begrensninger.

For Scenario 2: Delt løsning, foreligger det to løsningsalternativer. Begge tar utgangspunkt i én 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 hovedutbygging henholdsvis nord eller sør på tomten.

I etterfølgende tekst og illustrasjoner er de mest relevante variantene for hvert scenario kort beskrevet med redegjørelse for muligheter, styrker og svakheter.



## 6.8.1 Scenario 1A Full samling av virksomheten på Gaustad

### 6.8.1.1 Variant 1 - «Nord, øst og sør»

Variant «nord, øst og sør» kjennetegnes ved at en samlet løsning for OUS utvikles basert på en kombinasjon av følgende tiltak:

- Utvidelser nord for eksisterende Rikshospitalet
- Nye sengefløyer som erstatning for eller påbygging på eksisterende fløyer
- Nybygg for psykiatri nord og øst for Gaustad sykehus
- Nybygg på tomten for Sogn videregående skole og Sogn kolonihage.



Figur 38 - Variant 1A.1 - «Nord, øst og sør»

Denne varianten åpner for tidlig byggestart, da det sannsynligvis kan startes arbeider på Sogn videregående skole relativt raskt, forutsatt at det oppnås enighet med Oslo kommune.

Løsningen har imidlertid en del svakheter, utfordringer og usikkerheter. Utbyggingen nord for Rikshospitalet forutsetter full omlegging av eksisterende teknisk infrastruktur, og løsningen forutsetter at store deler av bygningsmassen ligger delvis under bakken, med dagslys via nedsenkede lysgårder.

En utbygging av Sogn kolonihage antas som lite realistisk, og OUS vil i dette området bli delt sør og nord for Ring 3 samtidig som avstanden mellom Sogntomtene og eksisterende Rikshospitalet blir stor. I tillegg binder variant «Nord, øst og sør» heller ikke sammen OUS og universitet på en overbevisende måte og varianten er derfor ikke medtatt i videre vurderinger.

### 6.8.1.2 Variant 2 – «Rambla»

Variant «Rambla» kjennetegnes ved at en samlet løsning for OUS baseres på utbygging langs og på oversiden av Ring 3. Bygningsmassen knyttes sammen av en sammenhengende «ryggrad» som forbinder en serie med fløyer ut mot sør. Variant «Rambla» utnytter tomten fra Sogn videregående skole til eksisterende Rikshospitalet.

Nybygg for psykiatri legges i denne varianten til Sogn videregående skole og Sognsveien.



Figur 39 - Variant 1A.2 - «Rambla»

Også denne varianten åpner for tidlig byggestart, da det sannsynligvis vil kunne starte arbeider på Sogn videregående skole relativt raskt, forutsatt at det oppnås enighet med Oslo kommune.

Varianten åpner for en trinnvis utbygging hvor det nye sykehuset til slutt bindes sammen med eksisterende Rikshospitalet. Dette gjør at denne variantet på en mer overbevisende måte knytter seg til det eksisterende anlegget.

Også denne løsningen har en del svakheter, utfordringer og usikkerheter. Utbyggingen forutsetter at det godkjennes bygging av sykehusbygg i det som er definert som «rød støysone» langs Ring 3. Dette forutsetter en dispensasjon fra gjeldende støyforskrifter.

Svevestøv fra Ring 3 vil sannsynligvis by på store utfordringer for ute- og inn klima. Variant «Rambla» binder heller ikke sammen OUS og universitetet på en overbevisende måte og varianten er derfor ikke medtatt i videre vurderinger.



### 6.8.1.3 Variant 3 – «Høyhus»

Variant «Høyhus» er utarbeidet for å studere en løsning som beslaglegger minst mulig tomteareal.



Figur 40 - Variant 1A.3 - «Høyhus»

Denne varianten forutsetter høye hus med relativt stor grunnflate og at Rikshospitalets avsnitt A, B og Preklinisk institutt rives. Dette forholdet samt at løsningen anses som svært lite fleksibel, gjør at det på et tidlig stadium ble besluttet at denne varianten ikke er medtatt i videre vurdering.

### 6.8.1.4 Variant 4 – «Ring»

Variant «Ring» er på mange måter en kombinasjon av «Rambla» og «Nord, sør og øst»



Figur 41 - Variant 1A.4 - «Ring»



Varianten kjennetegnes med at det nye sykehuset utvikles rundt gamle Gaustad sykehus med bygningsmasse både nord for Gaustad og langs Ring 3, på sørsiden av tomten. Denne varianten har den samme utfordringen som «Rambla» mht. støy og svevestøv, selv om utfordringene vil berøre en noe mindre andel av bygningsmassen i "Ring"-varianten.

Variant «Ring» vil ha uheldige konsekvenser for boligområdene nord for sykehuset, og gir en relativt ugunstig spredning av sykehusets bygningsmasse. Variant «Ring» binder heller ikke sammen sykehus og universitet på en overbevisende måte og varianten er derfor ikke medtatt i videre vurderinger.

#### 6.8.1.5 Variant 5 – «Torg»

Variant 5 «Torg» kan ses på som en videre bearbeiding av variant 4 «Ring»

Også denne tar utgangspunkt i at den gamle bygningsmassen på Gaustad sykehus danner et sentrum i det nye OUS. I motsetning til variant «Ring» er imidlertid bygningsmassen mer konsentrert og samlet rundt mindre torg som bidrar til å lette lesbarheten av anlegget.

Denne varianten åpner for en tidlig byggestart på tomten for Sogn videregående skole, forutsatt at det oppnås enighet med Oslo kommune.

Selv om heller ikke variant «Torg» binder sammen sykehus og universitet på en overbevisende måte, åpner denne varianten for mange interessante utviklingsmuligheter.



Figur 42 - Variant 1A.5 - «Torg»

Da denne varianten også kjennetegnes ved at den ikke forutsetter at Ring 3 legges i tunell, er denne varianten tatt med i videre arbeid. I videre arbeid må en se nøyer på utbyggingsrekkefølge, organisering av funksjoner samt tilpasning til tomtens topografi.

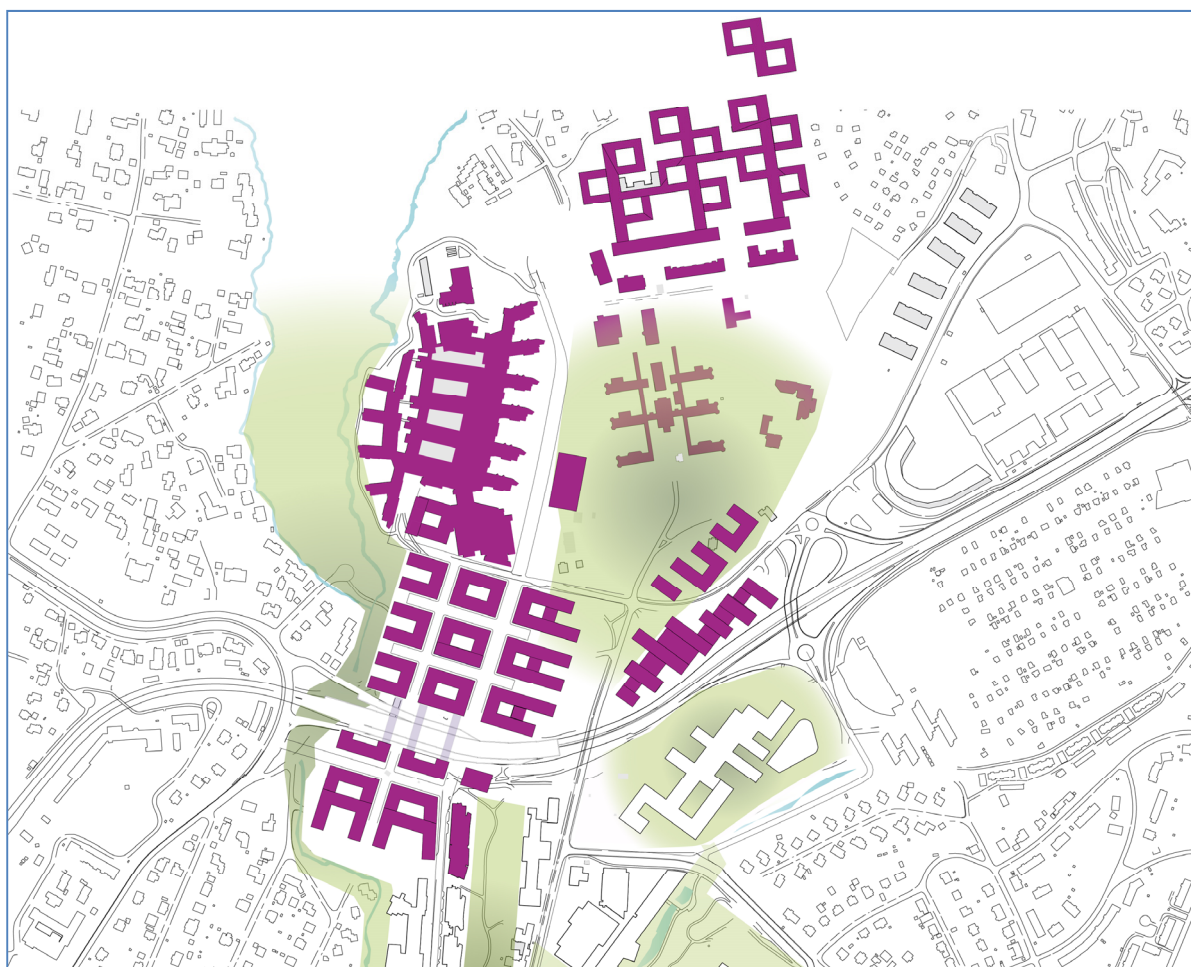
### 6.8.1.6 Variant 6 – «Lokk»

Ingen av de varianter som er redegjort for ovenfor løser oppgaven med å binde sammen sykehuset og UiO sin bygningsmasse på Blindern. Derfor er det i studien av varianter uten tunell valgt å se på en løsning med lokk over Ring 3.

Terrengnivået ved Preklinisk institutt ligger så pass høyt over eksisterende veitrasé at det anses som mulig å bygge et bredt betongdekke over veien slik at tomten ovenfor Ring 3 forbindes med tomten nedenfor Ring 3.

Denne varianten muliggjør en første utbygging sør for Ring 3 som med et «lokk» forbindes med det eksisterende Rikshospitalet. Dette forutsetter at bygningsmassen i Forskningsveien 1A og 3B sør for Ring 3 frigjøres for rivning og nybygg.

Psykiatri kan plasseres nord for dagens Gaustad sykehus. Denne varianten tilbyr derfor en sammenhengende bygningsstruktur fra nord til sør over ringveien med Rikshospitalet i sentrum. Deler av denne strukturen kan knyttes til universitetets område.



Figur 43 - Variant 1A.6- «Lokk»

Selv om denne varianten ikke krever tunell, anses investeringene i infrastruktur etc. som relativt høye siden gevinsten ved å utvikle et helhetlig område vil være begrenset. Dette begrunnes med betydelige høydeforskjeller på de to sidene av Ring 3 som fortsatt vil være en fysisk barriere i området og videre en høy belastning med støy og støv gjennom sykehusets område.

I tillegg frigjør Ring 3 og en lokk-konstruksjon (som ikke kan bebygges) mindre tomteareal enn en løsning med tunell. Dette gjør det krevende å få plass til tilstrekkelig bygningsmasse i utbyggingsområdet. Ut fra de vurderinger som så langt er foretatt anbefales det ikke at variant

«Lokk» medtas videre som en løsning for et samlet sykehus på Gaustad (scenario 1A) med et definert behov for nybygg på 430 000 kvm. Dersom arealbehovet reduseres noe som ledd i oppgavedeling eller ved plassering av deler av virksomheten utenfor Gaustad-området, kan løsningen likevel være aktuell. Med en slik variant må det også finnes løsninger for nødvendige universitetsarealer i området.

For scenario 2 med en delt løsning blir utbyggingsbehovet på Gaustad ikke så stort og derfor er variant «Lokk» tatt med videre i vurdering av en delt løsning. Det kan eventuelt også inngå i en langsiktig plan hvor en lokk-løsning over tid blir erstattet av tunell.

#### 6.8.1.7 Variant 7 - «Tunell»

Variant 7 «Tunell» er som beskrevet innledningsvis, basert på at Ring 3 legges i tunell og at en videre utvikling av sykehuset skjer i aksens sørover mot Blindern og Forskningsveien. Psykiatri legges som i variant «Lokk» nord for Gaustad sykehus og forbindes med somatikk i nordenden av Rikshospitalet

Med sin barrierefrie utviklingsmulighet mot sør er denne varianten den eneste som fullt ut ivaretar visjonen om en sømløs sammenbinding av OUS og UiO.

Denne varianten muliggjør en første utbygging sør for Ring 3 som etter bygging av tunell kan forbindes med det eksisterende Rikshospitalet. Dette forutsette at bygningsmassen i Forskningsveien 1A og 3B sør for Ring 3 frigjøres for riving og nybygg.



Figur 44 - Variant 1A.7 - «Tunell»





Dersom denne varianten av utbygging gjennomføres vil det ikke være muligheter for senere utvidelser uten ekspropriasjon av boliger eller kirkegård på nabolaget. En eventuell framtidig utvidelse av Ullevål sydover i retning Veterinærhøgskolen er begrenset av Kirkeveien som representerer en utfordrende fysisk barriere og dessuten av vernet bebyggelse på sydsiden av veien.

Løsningen gir ingen sammenbinding mot UiO på Blindern og anses som trafikalt uheldig da en svært stor trafikk av ansatte, pasienter og pårørende trekkes til en del av byen med dårlig veiforbindelse og uten T-bane-tilknytting. Varianten medtas derfor ikke videre i vurderingen.

#### 6.8.2.2 Variant 2 «med hensyn til fredede bygg og anlegg»

Løsningen tar utgangspunkt i at de fleste fredede bygninger bevares og at det også tas hensyn til fredet parkområde i sentrum av sykehusområdet på Ullevål. For å få plass til den samlede bygningsmassen fortettes tilgjengelige utbyggingsarealer ytterligere i forhold til bebyggelsen i variant 1 "uten hensyn til fredning". Det må regnes med at bebyggelsen for somatikk blir opp til 10 etasjer høy.

Bortsett fra at det tas mest mulig hensyn til fredninger er ulempene rundt utbygging i variant 2 nærmest lik i variant 1. Den store forskjellen ligger i at sykehuset faktisk deles i 3; somatikk sør for parken, somatikk nord for parken og psykiatrien i den nordre delen av tomten.



Figur 46 - Variant 1B.2 «med hensyn til fredete bygg»

Denne varianten ansees derfor ennå mindre hensiktsmessig enn variant 1. Denne varianten av en



samlet utbygging på Ullevål sykehus er dog bedre sammenlignbar med utbyggingsvariantene rundt Gaustad fordi det også der tas hensyn til de fleste fredede bygg og områder.

Til tross for nevnte utfordringer tas varianten likevel med videre i utredning av fysiske løsninger, først og fremst for å belyse ytterlige forhold rundt en samling av OUS på Ullevål.

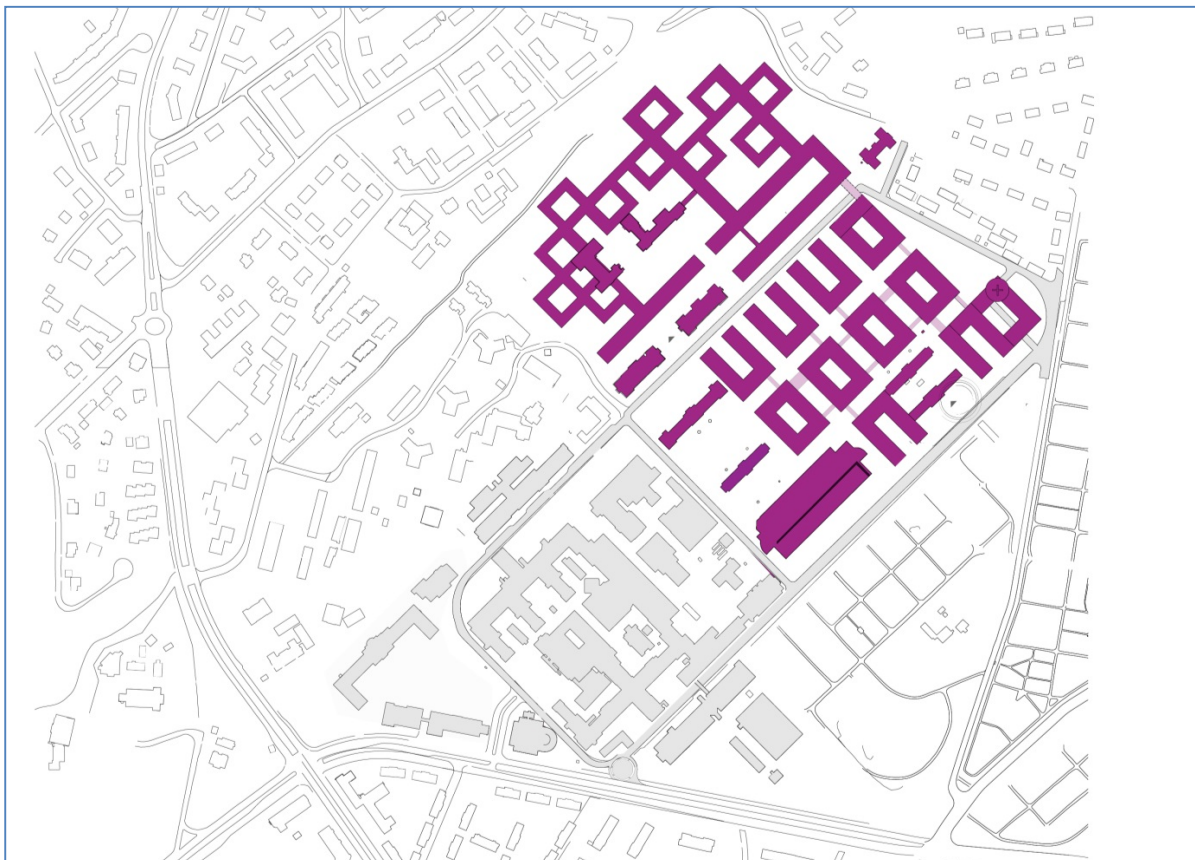
Dersom sykehusets arealbehov skulle bli mindre enn beregnet tidligere i rapporten (for eksempel pga. ny oppgavedeling), tilbyr denne varianten muligheter i kombinasjon med variant "Lokk" på Gaustad. Prinsippene for en utbygging på Ullevål, der hensyn til fredning ivaretas, legges derfor til grunn for en utbygging på Ullevål i scenario 2 med delt virksomhet mellom Gaustad og Ullevål.

### 6.8.3 Scenario 2 Delt løsning mellom Ullevål og Gaustad

For Scenario 2, delt løsning mellom Ullevål og Gaustad, er det som redegjort for innledningsvis, tatt utgangspunkt kun i én variant for Gaustad. For Ullevål er det utredet 2 varianter, med utbygging henholdsvis nord eller sør på tomten. For bygningsmassen på Gaustad er det i dette alternativet forutsatt at en ser på en videre utvikling av det som i scenario 1A er benevnt som variant 6 «Lokk», dog med noe mindre omfang. For bygningsmasse som skal plasseres på Ullevål er det sett på to varianter som bygger på prinsipper utredet for scenario 1B og tidligere utredninger i Arealutviklingsplanen.

#### 6.8.3.1 Variant «Nord»

Variant 2.1 «Nord» baseres på utbygging av tomten nord for den fredede bebyggelsen ved laboratoriebygget.



Figur 47 – Variant 2.1 - «Nord»

Variant «Nord» medtas videre i vurderingen.

### 6.8.3.2 Variant «Sør»

Variant 2.2 «Sør» er en videreutvikling av løsningen fra Arealutviklingsplanen, hvor bebyggelsen sør for den fredede bebyggelsen ved laboratoriebygget suksessivt erstattes av nybygg.



Figur 48 – Variant 2.2 - «Sør»

Denne varianten betyr større utbyggingstiltak ved Ullevål sykehus. Studier foretatt av teknisk infrastruktur viser at det forutsetter store investeringer i ny infrastruktur før bygging kan starte. Videre er det risiko for driftsstans knyttet til omlegging av infrastruktur som må gjøres før bygging kan starte.

Gjennomføring av utbyggingen vil foregå tett på pågående sykehusvirksomhet og anses som svært komplisert og med uheldige driftskonsekvenser. Risikoanalyser viser at dette alternativet og alternativet med full samling på Ullevål har størst risiko og ulemper for drift.

Denne varianten tas likevel videre i vurdering og evaluering.

## 6.9 Aktuelle løsningsforslag

Som redegjort for ovenfor, har mulighetsstudiene med grovsortering av de fysiske løsningsvariantene resultert i fysiske løsningsforslag som er utredet videre:

- 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»

Etter grovsortering er disse variantene blitt bearbeidet videre og studert nærmere med hensynt til muligheter for etappevis utbygging, gjennomførbarhet og kvalitet på løsning. De fysiske løsningsforslagene er også blitt vurdert opp mot de tre ulike virksomhetsmodellene som er beskrevet i kapittel 4. I etterfølgende avsnitt beskrives de bearbeidede løsningene nærmere. En inngående beskrivelse og illustrasjon av løsningene er dokumentert i vedlegg 3 som gir en nærmere beskrivelse av alle de fysiske løsningsforslagene og byutviklingsaspekter.

### 6.9.1 Løsning «Gaustad øst» - Samling på Gaustad med nybygg øst for Rikshospitalet

Dette alternativet er basert på variant 5 «Torg» fra grovsorteringen med noen innspill fra variant 1 «Nord, Øst og Sør».

En nærmere studie av tomt og topografi gjorde at oppdeling av sykehuset rundt flere torg ble forlatt og det ble konkludert med at bygningsmassen for nybygg i større grad måtte samles. Alternativet er basert på den forutsetning at Sogn videregående skole overtas av OUS og at bygningsmassen ved skolen rives og erstattes av nybygg.

I dette alternativet er det også forutsatt at Gaustad sykehus beholdes som en del av OUS og benyttes til kontorer, undervisningsrom og andre teknisk lette funksjoner. Nybygg for psykiatri plasseres nord for Gaustad. Arealer for forskning, utvikling og universitet integreres.

Alternativet gir ingen god forbindelse mellom eksisterende Rikshospitalet og nybyggene ved Sogn videregående skole og vil derfor tydelig fremstå som et todelt sykehus. Kontakten med UiO begrenses av Ring 3 som fortsatt vil ligge som en barriere mellom sykehuset og universitetscampus. Store deler av bygningsmassen vil bli liggende tett på Ring 3 og være utsatt for støy og støv fra veien.

Neste side:

[Figur 49 - Løsning «Gaustad øst», samling på Gaustad med nybygg øst for Rikshospitalet](#)





### 6.9.2 Løsning «Gaustad Sør» - Samling på Gaustad med nybygg sørover og tunell

Dette alternativet er basert på variant 7 "Tunell" fra grovsorteringen.

I den videre bearbeidingen av alternativet er det lagt vekt på å benytte den søndre delen av eksisterende bygningsmasse i større grad enn hva man først tegnet ut. Dette gjelder bl.a. nyere deler av preklinisk bygg, som i utviklingsperspektivet 2030 beholdes, og derved ivaretas UiOs behov for arealer tett på sykehuset på en god måte.

Alternativet forutsetter at Ring 3 legges i tunell slik at store tomtearealer frigjøres og områdene nord og sør for eksisterende Ring 3 knyttes sammen.

Alternativet åpner for en samlet utvikling av OUS hvor dagens Rikshospitalet knyttes tett sammen med den nye bygningsmassen.

I dette alternativet foreslås psykiatrien plassert nord for Gaustad sykehus med god nærhet til Rikshospitalet. Alternativet vil frigjøre store arealer for videreutvikling av UiO i Oslo. En særlig kvalitet er at det åpnes for en større byutvikling hvor sykehus, universitet, næringsliv og byfunksjoner som boliger, skole, barnehage og sykehjem kan danne en helhet.

For at sykehuset skal kunne utvikles iht. denne løsningen forutsettes det at OUS overtar bygningsmassen i Forskningsveien 1A og 3B sør for Ring 3 og at bygningene rives for å bli erstattet av nybygg.

Neste side:

**Figur 50 - Løsning «Gaustad Sør», visjonsplan for samling av OUS på Gaustad med ringveien i tunell**







### 6.9.3 Løsning ” Samling Ullevål” med hensyn til fredede bygg

Det utredete løsningsforslaget illustrerer konsekvensene av en samling av OUS på Ullevåltomten når det tas hensyn til fredningen av bygg og uteområder.

Fredede anlegg forutsettes integrert i bygningsstrukturen og benyttet til sykehusformål, dog med betydelig lavere utnyttelse enn nye bygninger. For å få plass til alle funksjoner i tomteområdet er det nødvendig å fortette tomte delen for somatikk med svært kompakte bygningsstrukturer på opp til 10 etasjer.

Psykiatri i nordenden av tomten bygges dog ikke så kompakt, men sikkerhetspsykiatrien kan ikke samlokaliseres her fordi tomten ikke kan tilby tilstrekkelig rom for sikring, uteområder og nødvendige avstander.

Dagens infrastruktur i og rundt området anses på ingen måte tilstrekkelig dimensjonert for å takle en utbygging i denne størrelsesorden. Derfor må det regnes med omfattende infrastrukturtiltak og belastningene for de etablerte områdene rundt vil være stor.

Siden utbyggingen skjer med deler av sykehuset i drift må det regnes med ulemper på driftssiden selv om faseinndelingen optimeres best mulig. Ved ferdig utbygging vil tomten være såpass utnyttet at en ytterligere utvikling av OUS vil være svært krevende å gjennomføre. Uten elastisitet i bygningsmassen må det regnes med at all senere omstrukturering må skje innenfor bygningsmassens ramme, hvilket kan føre til konstant ombygging på lang sikt.

Selv om den fredede delen av sykehustomten tilbyr et lite «pusterom» for pasienter og personale svarer dette arealet på ingen måte på ønsket om adgang til natur og grøntarealer som anses som helsefremmende.

Det er lite aktuelt å flytte ut av moderne, gode arealer på Rikshospitalet. En eventuell fullstendig samling av virksomheten på Ullevål vil derfor først kunne skje i 2040-50 når ”levetiden” til Rikshospitalet på Gaustad utløper.

Neste side:

[Figur 51 - Løsning «Samling Ullevål»](#)







#### 6.9.4 Delt løsning Ullevål nord / Gaustad med lokk

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 vil dette gi tilfredsstillende løsninger for drift og vedlikehold av sykehusbygg på Ullevål, men det fører antagelig også til større investeringskostnader.

Generelt må det imidlertid 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 3 og området har ikke forbindelse til T-bane eller trikk.



Figur 52 – Delt løsning - «Ullevål nord»



### 6.9.5 Delt løsning – "Ullevål sør" / Gaustad med lodd

I tråd med tidligere utredninger om utvikling på sykehustomten på Ullevål ble det også utredet en løsning med videreutvikling av bygningsmassen i sørenden av tomten, der dagens sykehusbygg er plassert.

En trinnvis fornying og rehabilitering her vil ha store konsekvenser for pågående sykehusaktivitet og vil strekke seg over lang tid.



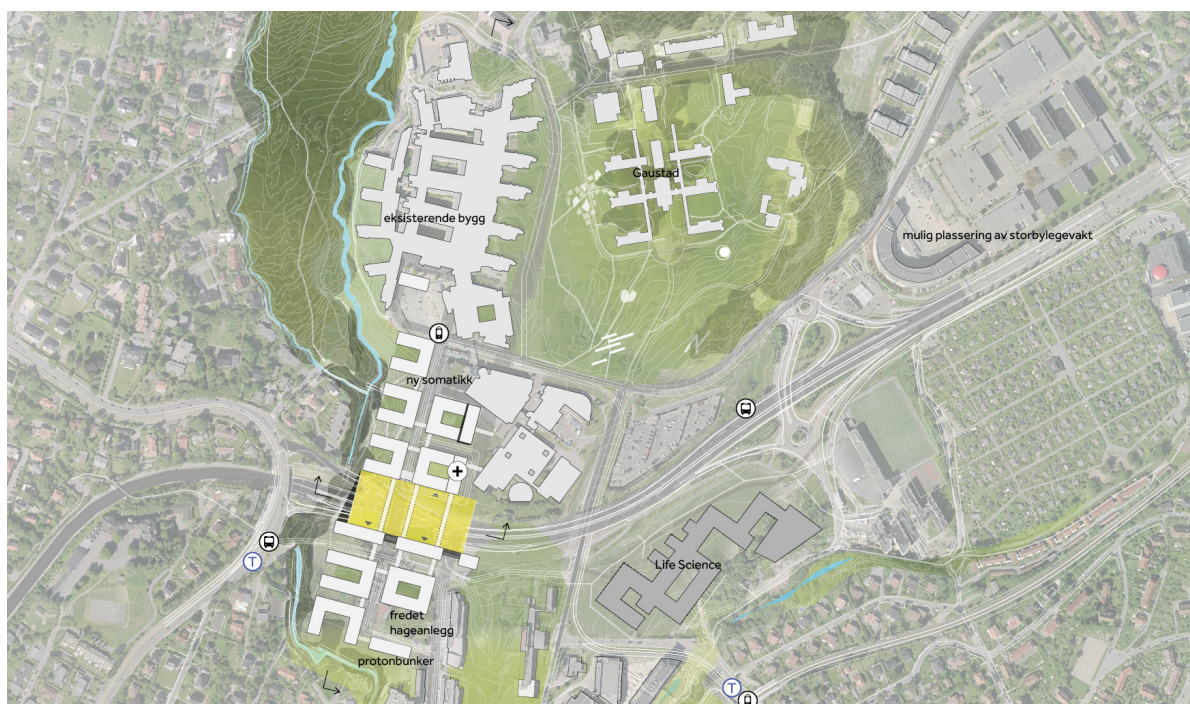
Figur 53 – Delt løsning «Ullevål Sør»



### 6.9.6 Ullevål nord og sør og med utbygging på Gaustad med lokk over Ringveien

Felles for løsningene for scenario 2 er at en utbygging på Gaustad med «lokk» over Ringveien ansees som den mest hensiktsmessige løsningen. Denne delen av løsningene bygger på variant «lokk» for scenario 1A, dog med betydelig mindre omfang av utbyggingen. Denne løsningen er nærmere beskrevet i vedlegg 3 til idéfaserapporten «Fysiske løsninger og byutvikling».

Begrunnelsen for å velge lokk-løsningen her er det sammenhengende sykehuset som da kan utvikles i en ønsket retning mot UiO. Andre varianter på Gaustad vil gi mer spredt bygningsmasse og ikke samme nærhet til UiO.



Figur 54 – Delte løsninger – Gaustad med lokk

## 6.10 Etappevis utbygging

Det er en forutsetning at utbyggingen skal kunne gjennomføres i etapper. De aktuelle løsningsalternativene er forskjellige i forhold til muligheten for etappevis utbygging.

I etterfølgende kommenteres muligheter og begrensninger for en del av løsningene. En mer omfattende etappeinndeling for hver av løsningene er redegjort for i vedlegg 3 "Fysiske løsninger og byutvikling". Generelt regnes det med minst 3 nødvendige hoved-utbyggingsetapper i hver løsning som til dels deles opp i flere faser etter avhengigheter og behov.

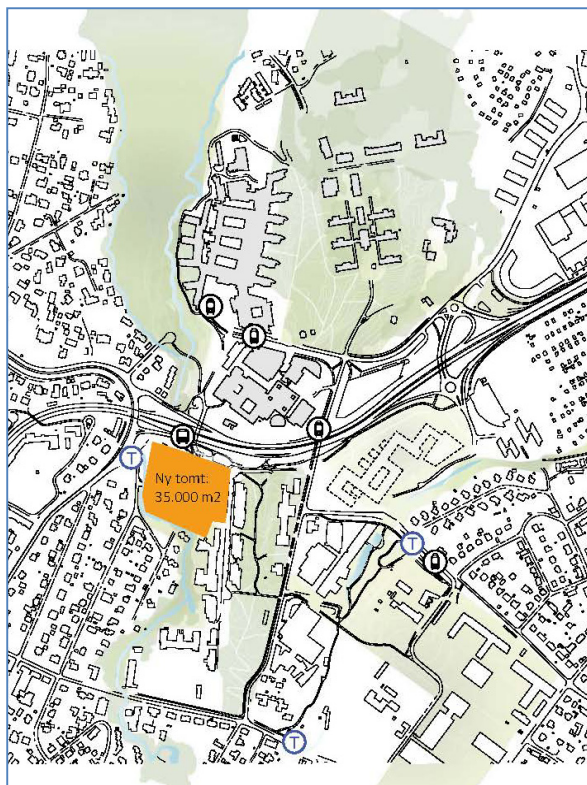
### 6.10.1 Løsning «Gaustad Øst» - samling på Gaustad med nybygg øst for Rikshospitalet

Dette alternativet gir relativt stor frihet i forhold til etapper. Alternativet er basert på overtakelse av Sogn videregående skole. Så snart denne overtakelsen er gjennomført, kan eksisterende bebyggelse rives og utbyggingen kan deles opp i hensiktsmessige etapper. Alternativet åpner for en første etappe med utbygging av somatikk og psykiatri.

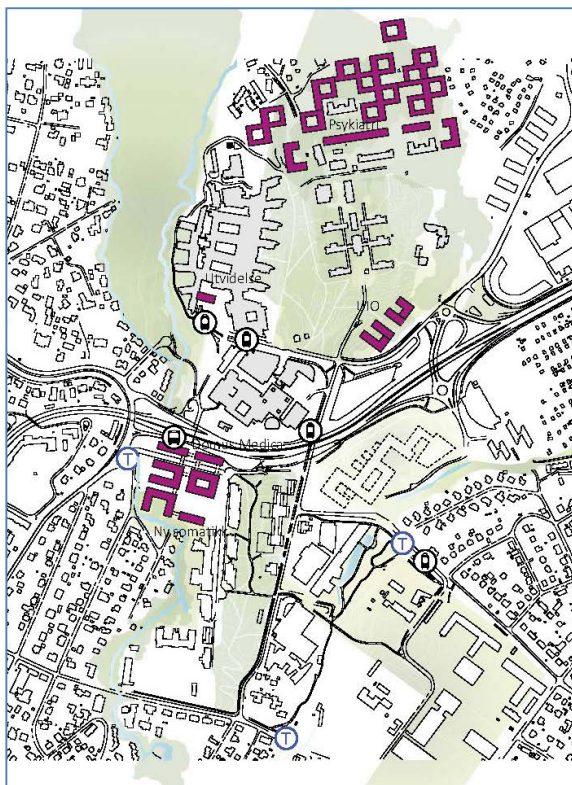
### 6.10.2 Løsning «Gaustad Sør» - samling på Gaustad med nybygg sørover og tunell

Dette alternativet er avhengig av at det etableres en tunell før full utbygging kan gjennomføres. Alternativet er basert på overtakelse av SINTEF sine bygninger sør for Ring 3. Så snart denne overtakelsen er gjennomført kan eksisterende bygningsmasse rives og en første etappe utbygges på nedsiden av Ring 3. Kombinert med denne kan utbygging for psykiatri påbegynnes.

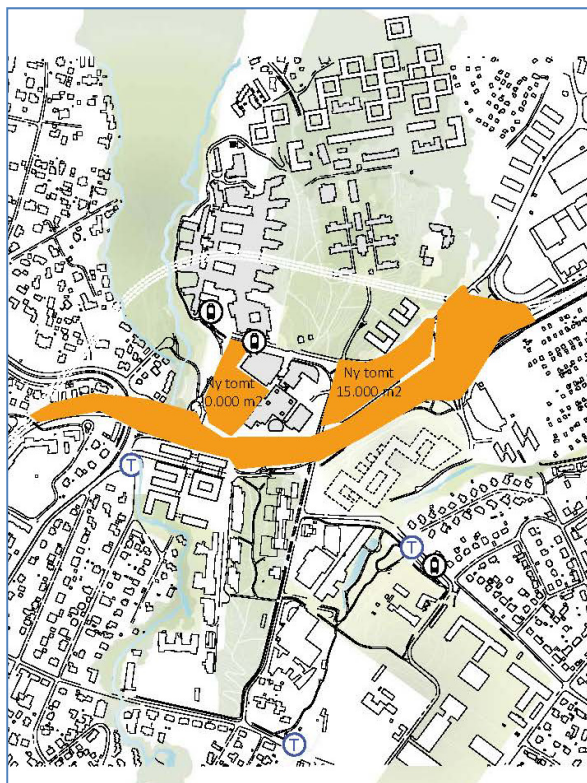




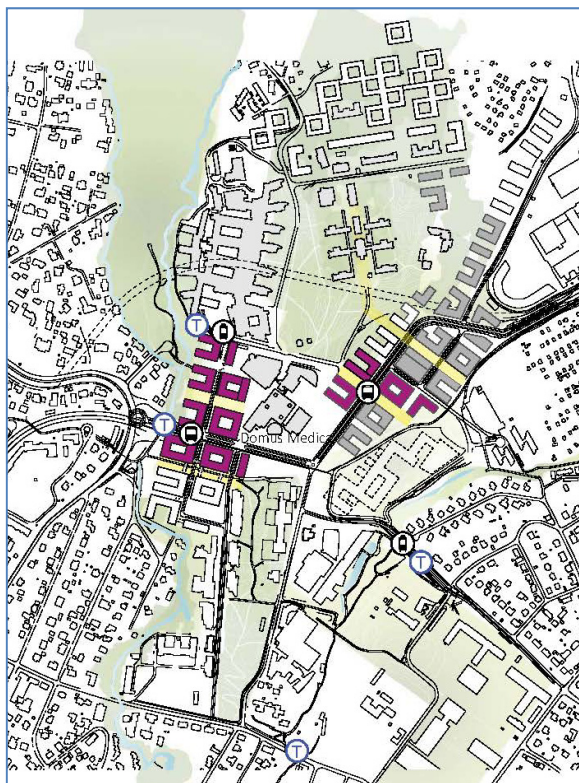
Figur 55 - Løsning «Gaustad Sør» -etappe 1 fase 1 + 2



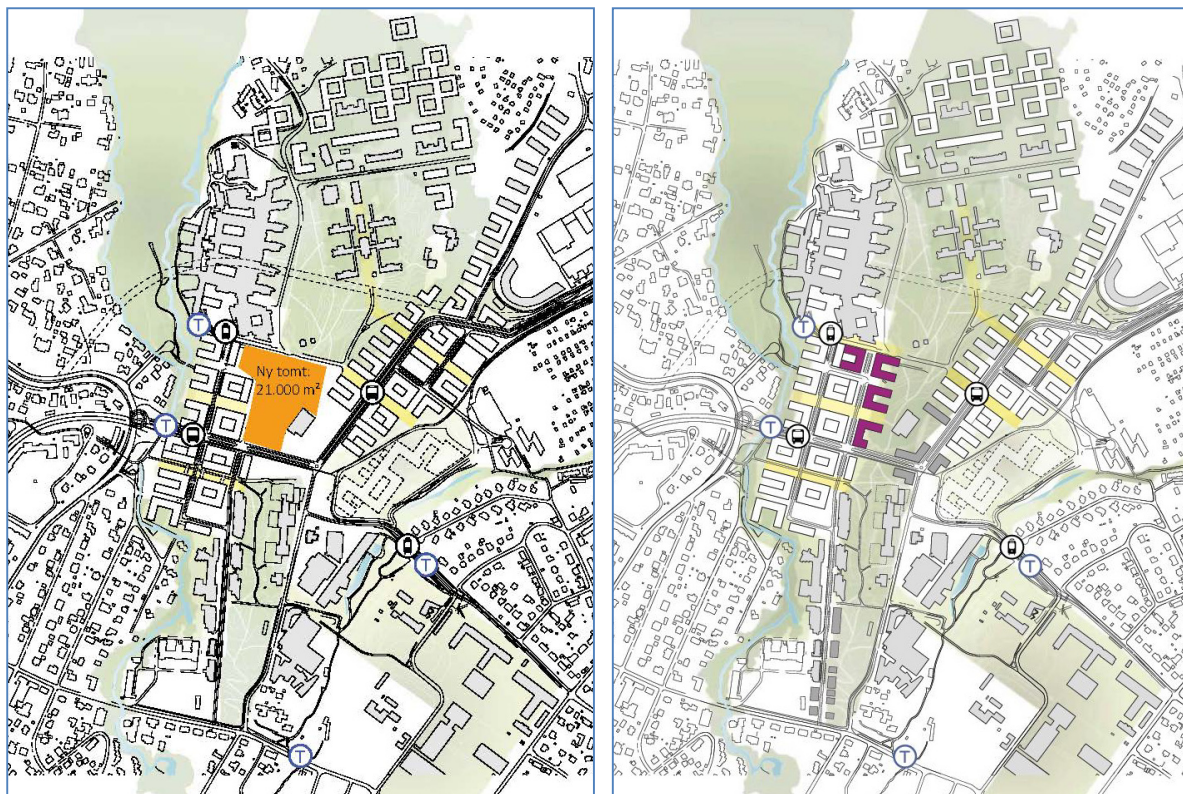
Parallelt med oppstart av byggearbeid kan arbeidet med tunellen starte. Så snart den er ferdig frigjøres store tomtearealer og de neste fasene kan gjennomføres. I denne fasen bindes det nybygde sykehuset på SINTEF-tomten sammen med eksisterende Rikshospitalet.



Figur 56 - Løsning «Gaustad Sør» - fase 3 + 4







Figur 57 - Løsning «Gaustad Sør» - fase 5 + 6

### 6.10.3 Delt løsning "Ullevål nord / Gaustad med lokk"

I dette alternativet vil det være naturlig å starte med arbeider på Rikshospitalet, for så å gjennomføre en utbygging på Ullevål.

## 6.11 Byutvikling

### 6.11.1 Bakgrunn

Av mandatet for idéfasen fremgår det at man ved siden av sykehusets primære behov, også skal utrede det mulighetsrom oppføring av et nytt sykehus vil skape for Oslo kommune, UiO og andre. Dette for å synliggjøre det samlede potensial for verdiskaping som foreligger innen pasientbehandling, utdanning, forskning, byutvikling og næringsutvikling. Videre skal potensialet som ligger i å utvikle frigjorte arealer i Oslo, Asker og Bærum belyses.

En del av samfunns målet for OUS er å «utvikle Campus Oslo sammen med UiO, Oslo kommune, næringsliv og andre aktører i et samfunnsøkonomisk perspektiv og som et internasjonalt senter for livsvitenskap». Med dette som utgangspunkt er det utredet hvordan sykehuset skal samvirke med sine omgivelser, og hvordan dette kan gi gevinster ut over sykehusvirksomheten.

Ved samling av sykehusets virksomhet står man i et byutviklingsperspektiv overfor to oppgaver:

1. Utvikling av det fremtidige sykehusets nærrområder og randsoner
2. Utvikling av frigitte sykehusområder

### 6.11.2 Kommuneplanens krav til byutvikling

Utkast til kommuneplan for Oslo, *Oslo mot 2030*, fokuserer på satsningsområdene smart, trygg og grønn. Innenfor hvert av disse aspektene er det definert en rekke mål for utvikling av byen. Flere av målene er retningsgivende både for den planleggingen som skal gjennomføres av OUS innenfor sykehusområder med randsoner og på frigitte sykehusomter.

I kommuneplanene stadfestes: «Antatt befolkningsvekst tilsier behov for inntil 100 000 nye boliger og 6–7 mill. kvm næring innen 2030. Kommuneplanen skal tilrettelegge for denne veksten, basert på prinsipper for samordnet areal- og transportplanlegging. Kommuneplanen skal stimulere til vekst og utvikling av områder med god kollektivtilgjengelighet. I tillegg til generell, løpende fortetting i indre og ytre by skal det tilrettelegges for at sentrale utviklingsområder utvikles arealeffektivt og som gode byområder. Dette forutsetter også at det avsettes areal til nødvendig sosial, teknisk, grønn og kulturell infrastruktur samt idrettshaller/-anlegg.»

### 6.11.3 Utvikling av det fremtidige sykehusets nærområder og randsoner

Følgende hovedaspekter er lagt til grunn i planene for utvikling av sykehusets nærområder og randsoner:

1. Mangfold og bærekraft
2. Kunnskapsutvikling, innovasjon og næringsutvikling
3. Ivaretagelse av miljøutfordringer

Hver av disse er nærmere drøftet i det følgende.

### 6.11.4 Mangfold og bærekraft

En sykehusutbygging av stort omfang legger grunnlag for en byutvikling som tar inn i seg alle elementer som kreves for å skape en bærekraftig bydel. Det store antall personer som vil bli tilknyttet sykehuset ved en samling av OUS sin virksomhet, pasienter, pårørende, ansatte og studenter, representerer en unik konsentrasjon av mennesker med bredt behov for tjenester og produkter. Sykehusområdet utgjør således en mulighet for unik byutvikling og en potensiell arena av betydelig omfang for næringsutvikling.

Etablering av en god byplanstruktur er utgangspunktet for utvikling av et nytt stort sykehusområde og må utvikles med tanke på gode siktlinjer, ryddige kvartalsstrukturer og effektive transportkorridorer. I denne strukturen planlegges så sykehuset og den øvrige bebyggelse som skal etableres.

Målet er å skape et levende byrom i det aktuelle området. Dagens situasjon på Blindern, Gaustad og Ullevål-området er at det er tilnærmet tomt for folk utenfor normal arbeidstid. På dagtid er områdene i all hovedsak besøkt av personer på vei til eller fra jobb, skole eller behandling. Det finnes ingen arenaer for adspredelse, intellektuell aktivitet eller sosialt samkvem og heller ikke kommersielt tilbud av noe omfang. Avgjørende faktor for å unngå pasifiserte arealer er å etablere en blanding av boliger og variert næringsvirksom. Dersom sykehusområdet skal være en aktiv bydel på dag- og kveldstid, hverdager og helger, må det etableres variasjon i funksjoner som tiltrekker seg personer med forskjellige behov og interesser. En «levende» bydel vil i betydelig grad kreve etablering av funksjoner ut over sykehusets virksomhet.

Nøkkelen til et vitalt bymiljø er at det bor folk i området og at det etableres aktivitetstilbud mellom husene, der husene er bygget med flerbruksmuligheter. Bygningsmassen må være robust med tanke på omlegging og fleksibilitet i forhold til anvendelse og ekspansjonsmuligheter. Byrommet skal fungere og være levende i alle årstider, også om vinteren.

Det bør legges opp til en kompakt bydel med høy tomteutnyttelse innenfor de retningslinjer som kommunen gir. Samtidig må bygningsmassen fremstå som åpen mot bebyggelsen rundt.

Sykehusområdet bør utformes med allmenne kvaliteter som skiller seg vesentlig fra andre bydeler. Man bør søke å gi området et særpreg og egen profil. Gaustad-området har en attraksjon, nemlig Gaustad sykehus, som bør fremheves i en slik sammenheng. Med en unik bygningsmasse og beliggenhet i et parkområde vil Gaustad sykehus kunne utvikles til et midtpunkt og samlingssted i en ny bydel, med et variert opplevelsestilbud.



### 6.11.5 Kunnskapsutvikling, innovasjon og næringsutvikling

Tett samhandling mellom OUS, UiO og næringslivet i planleggingen av Gaustad-området er nøkkelen for å kunne utvikle en bydel tilrettelagt for kunnskapsutvikling, innovasjon og næringsutvikling. Kun ved å samordne sykehusets og universitetets planer vil det være mulig å få full effekt av den unike muligheten for samhandling ved utvikling av Campus Oslo.

Et hovedtema i kommuneplanen for 2030 er hvordan Oslo skal videreutvikles som kunnskapsby. Her har OUS sammen med UiO et særskilt ansvar og en enestående mulighet for å legge til rette for kommunens ambisjon om etablering av kunnskapsinstitusjoner på høyt internasjonalt nivå.

Nya Karolinska Sjukhuset i Stockholm representerer på mange måter et forbilde i denne sammenheng. Her utvikles *Hagastaden* parallelt med byggingen av sykehuset, hvor sykehus, universitet, næringsutvikling og byutvikling ses på som en helhet.

For å lykkes med innovasjon og næringsutvikling med grunnlag i sykehusets virksomhet, må det settes av arealer i sykehusets randsoner der bedrifter kan etableres og utvikle seg i samkvem med sykehus og universitet. Dette vil omfatte areal for kontorer, laboratorier og produksjonsformål.



Figur 58- Nya Karolinska Sjukhuset i Hagastaden i Stockholm

### 6.11.6 Ivaretagelse av miljøaspekter

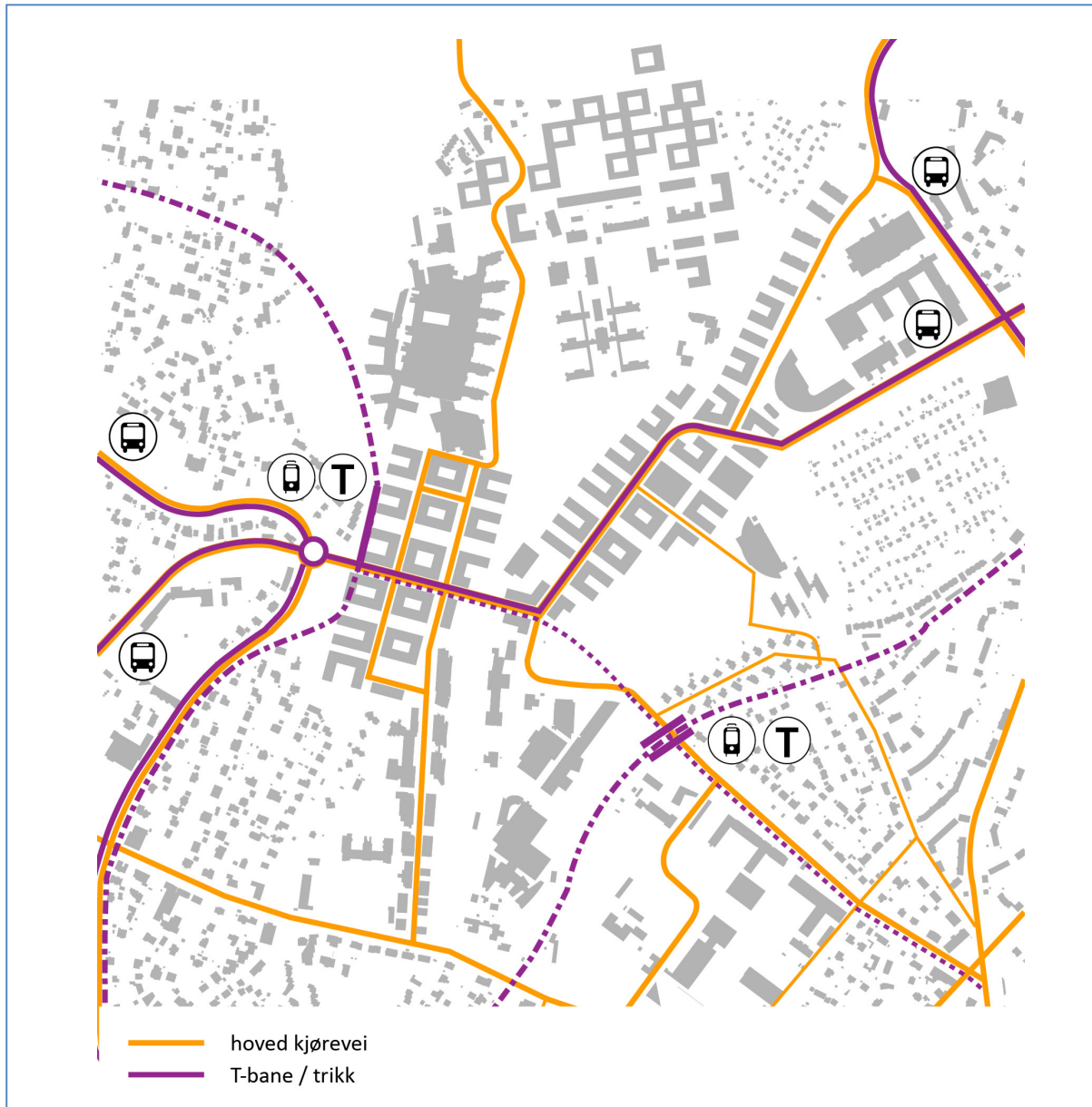
Et viktig element for å ivareta miljøaspektet er opprettholdelse og styrking av grønne korridorer som binder sjøen og marka sammen. Dette er av særlig betydning i Gaustad-området, der riktig areal-disponering vil kunne utvide en sammenhengende grønn forbindelse mellom Frognerparken og marka. Dette aspektet er tillagt stor vekt i forslagene til utforming av området.

Viktig er også tilgangen til offentlig kommunikasjon og etablering av kollektive knutepunkter. Med flere titalls tusen personer som daglig vil reise inn og ut av området i arbeidssammenheng, må det tilrettelegges for effektive løsninger med stor kapasitet. Både T-bane og trikk må etableres med korte avstander, både for overgang mellom transportmidlene og mellom stoppesteder og arbeidsplasser. Det må etableres trygge holdeplassområder med god fremkommelighet for gående og andre trafikanter.

Belastningen fra gjennomgående biltrafikk skal minimeres ved å etablere effektive kommunikasjonsveier i området, både i retning nord-sør og øst-vest. Gaustad-området er i dag utsatt

for stor miljøbelastning ved at Ring 3 krysser området. For å avhjelpe dette er det nødvendig med omfattende tiltak.

Også for gående og syklende må det etableres effektive kommunikasjonstraseer. Med kommunens ambisjon om at veksten i persontransport skal ivaretas gjennom kollektivtrafikk, sykling og gange, blir investering i gang- og sykkelveier særlig viktig i dette området.



Figur 59 - Mulig tilknytning av Gaustad-området til kollektivtrafikk og offentlig veinett

Med høye miljøambisjoner og med tanke på kommuneplanen, er OUS i samtaler med «Future Built» for å inngå en samarbeidsavtale for den videre utvikling av prosjektet (utkast til avtale foreligger). "Future Built" er et samarbeidsprosjekt mellom flere kommuner (deriblant Oslo), kommunal- og moderniseringsdepartementet, Norske arkitekters landsforbund, Husbanken, Grønn Byggallianse, Direktoratet for bygge kvalitet, Enova og Transnova. Future Builds visjon er å vise at det er mulig å utvikle klimanøytrale byområder og arkitektur med høy kvalitet og godt bymiljø, og med mål om å kunne realisere forbildeprosjekter - både områder og enkeltbygg, med lavest mulig klimagassutslipp.



### 6.11.7 Løsningenes egnethet for ivaretagelse av ønsket byutvikling

#### 6.11.7.1 Løsning «Gaustad Øst»- samling på Gaustad med nybygg øst for Rikshospitalet

Dette alternativet samler sykehuset på Rikshospitalet, nord for Gaustad sykehus og på tomten for Sogn videregående skole. Det gir svært begrenset bidrag til en ønsket byutvikling. Når det gjelder kollektivdekning kommer dette alternativet miljømessig godt ut, da T-banen når sykehuset fra vest ved Gaustad stasjon og fra øst ved Ullevål Stadion.



Figur 60 - Byutvikling i løsning «Gaustad Øst»

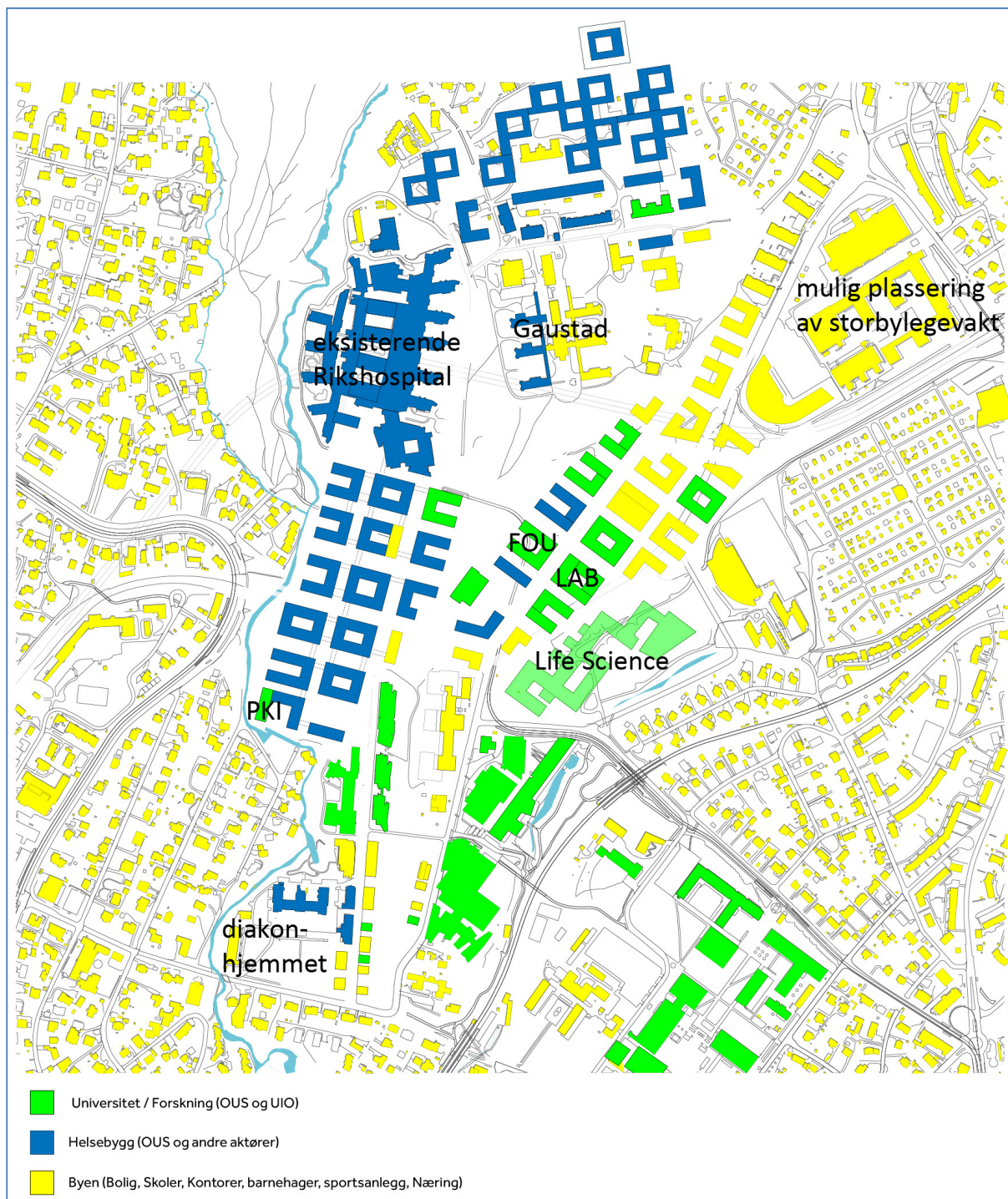
Utbyggingen vil imidlertid bli konsentrert på et lite og sterkt utnyttet område tett ved Ring 3. Plassering og tomtens størrelse bidrar i liten grad til integrering av byfunksjoner i sykehusstrukturen, og det nye sykehuset vil i stor grad framstå som ett stort anlegg.



### 6.11.7.2 Løsning "Gaustad Sør" - Samling på Gaustad med nybygg sørover og tunell

Dette alternativet gir det største potensialet og bidraget til ønsket byutvikling. Ved at Ring 3 legges i tunell vil store tomteområder frigjøres og byen vil bli knyttet til de mest brukte områdene i marka gjennom grøntområder som går helt fra Skøyen via Frognerparken og Gaustad-området.

De nye tomteområdene gjør at sykehus, universitet, næringsliv, skoler, barnehager og boliger kan utvikles i det som vil framstå som en ny bydel i Oslo. Når det gjelder kollektivdekning kommer dette alternativet miljømessig godt ut, da T-banen når sykehuset fra vest ved Gaustad stasjon og i tillegg kommer tilgang til trikk.



Figur 61 - Byutvikling i løsning "Gaustad Sør»



### 6.11.7.3 Løsning "Samling Ullevål" med hensyn til fredede bygg

En samlet utbygging ved Ullevål sykehus vil fylle tomten med sykehusfunksjoner og gi svært lite bidrag i forhold til byutvikling. Ullevål er ikke et høyfrekvent kollektivknutepunkt og en samling av så mange arbeidsplasser her vil i seg selv være et negativt bidrag til miljø- og byutviklingen.



Figur 62 - Byutvikling i løsning "Samling Ullevål"

### 6.11.7.4 Samlet vurdering av ivaretagelse av byutvikling

De løsningene som samler aktiviteten ved Rikshospitalet vil indirekte bidra til en omfattende byutvikling gjennom at Ullevål sykehus frigis til byutvikling.

De beskrevne alternativene for utbygging på Gaustad er imidlertid svært forskjellige i forhold til egnethet for ivaretagelse av ønsket byutvikling der.

Ingen av løsningene med delvis utbygging på Ullevål og Gaustad gir et ønsket bidrag til byutvikling. Ullevål sykehus vil bare delvis bli frigjort og ved Gaustad vil prosjektet framstå som en utvidelse av Rikshospitalet uten spesiell bidrag til en ønsket byutvikling i dette området.

## 6.12 Utvikling av frigitte sykehusområder

Ved samling av sykehusets virksomhet vil flere av eiendommene som eies av OUS kunne avhendes. Avhendede eiendommer vil kunne frigjøre kapital som kan bidra til finansiering av en utbygging.

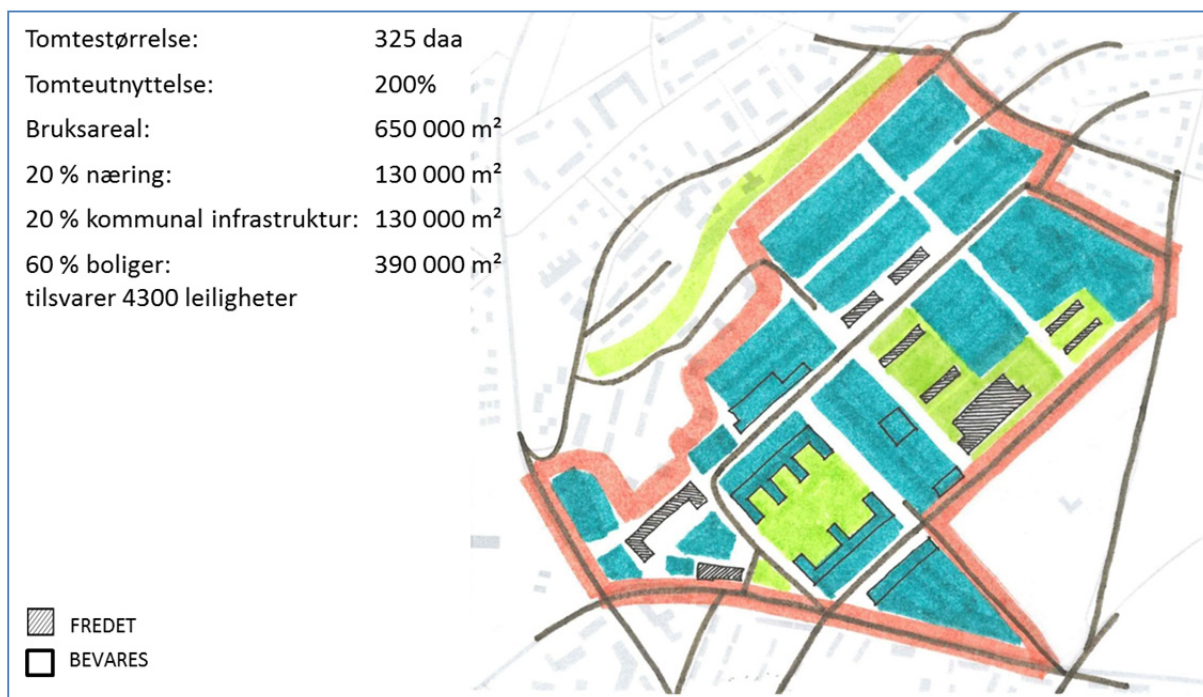
Ved samling på Gaustad vil salg av tomtene som huser Ullevål sykehus, Radiumhospitalet, BUPA (Sognsvannsveien) og SSE samt eventuelt deler av Aker sykehus kunne gi et betydelig bidrag til finansieringen. Ved delt løsning mellom Rikshospitalet og Ullevål vil eiendomssalget gi et vesentlig mindre bidrag.

Dersom verdibegrepet utvides til å gjelde verdi for byens utvikling så vil en fraflytting av store sykehusarealer åpne betydelige muligheter for byutvikling i Oslo. Det er i vedlegg 19 beskrevet og illustrert idéer til hvordan de største eiendommene kan utvikles dersom sykehusvirksomheten helt eller delvis blir avviklet.

Generelt vil alle de undersøkte løsningene skape muligheter for en byutvikling på deler av Aker sykehus og Montebello. Begge steder er det betydelig potensial for en bærekraftig, variert og effektiv videreutvikling ved å åpne dagens stengte områder og knytte dem til den omkringliggende bystrukturen.

Ved en samling på Gaustad vil i tillegg en full fraflytting fra Ullevål åpne for en formidabel byutvikling sentralt i Oslo. En studie som ble utarbeidet i forbindelse med prosjektarbeidet viser at sykehus-tomten på Ullevål er attraktiv på grunn av sin sentrale beliggenhet mellom ettertraktete bo-områder og Oslo sentrum. Den karakteristiske og representative historiske sykehusbebyggelsen gir tomten en identitet.

Ullevål sykehus vil kunne transformeres til en ny bydel med svært mange boliger. De tidligere sykehusbyggene med sine karakteristiske stripete teglfasader vil gi området særpreget. Det foreslås å beholde paviljongbyggene og etablere en park mellom dem. Bislettbekken, som krysser tomten, kan delvis hentes til overflaten. Nærings-, undervisnings- og idrettsfunksjoner bør orienteres mot Ring 2.



Figur 63 – mulighet for utvikling av sykehus-tomten på Ullevål

Tomten bør knyttes til omkringliggende veinett og gjøres til en del av byen. Deler av den eksisterende bygningsmassen vil egne seg for kommunale funksjoner, som sykehjem og for

studentboliger. Det kan bli en utfordring å finne gode bruksområder for enkelte av de eldste vernede bygningene.

Utbyggingspotensialet for tomten er stort og Oslos kommuneplan legger opp til en høy tetthet. Selv om anslått bruksareal i studien tilsvarer omtrent nødvendig bygningsmasse for et samlet OUS, vil bebyggelsen med en blanding av boliger, næring og infrastruktur framstå som vesentlig mindre massiv enn et samlet universitetssykehus på Ullevål. Ved anvendelse til boligformål kan tomten utnyttes med en bedre fordeling av bygningsmassen, etasjehøyden kan være lavere og bygningene deles opp i mindre enheter.

En samling av OUS på Ullevål ville medføre flere ulemper. Ved eventuell samling på Ullevål vil det neppe være aktuelt å frigi Rikshospitalet før det er brukt "levetiden ut", dvs. om flere ti-år. Gaustad-området har ikke de samme utviklingskvalitetene som tomten på Ullevål selv om Gaustad sykehus ville kunne utvikles for eksempel som kultursenter til glede for byens borgere. Ensemblet rundt Gaustad sykehus sine vernede bygg og Ringveien vil imidlertid begrense boligutviklingen. Dessuten er utviklingsmulighetene for den store strukturen «Rikshospitalet» svært begrenset.

Omvendt må derfor en utvikling av Ullevål sykehus til et attraktiv bo-område i samspill med etablering av en «kunnskapsby» på Gaustad med Ringveien i tunell anses som en unik «vinn-vinn»-situasjon for byutviklingen i Oslo, og som har mulighet for å skape mer verdier enn alle de andre undersøkte lokaliseringmulighetene.

## 7 0-alternativet og øvrige investeringsbehov

### 7.1 Definisjon av 0-alternativet

Idéfaseutredningens mandat beskrives 0-alternativet slik:

*Nullalternativet skal vise konsekvenser av å opprettholde akseptabel ytelse for virksomheten og byggene over byggenes resterende levetid med minst mulig kostnader.*

*Nullalternativet skal fremstilles sammenlignbart med de øvrige alternativene når det gjelder planhorisont og hvilke konsekvenser det har for investeringer og drift.*

For OUS betyr dette at virksomheten må drives videre i eksisterende sykehus med unntak av eventuelle bygg som allerede er besluttet fraflyttet.

Videreføring av virksomhet i eksisterende bygg krever tiltak i to dimensjoner:

- Hva må gjøres av tiltak inntil nybygg er på plass?
- Hva må gjøres av tiltak ved langsiktig fortsatt bruk av eksisterende bygningsmasse (i hele planperiodens tidsperspektiv)?

I det følgende beskrives bare nødvendige tiltak i et langsiktig perspektiv. Gjennomføring av 0-alternativet innebærer at bygningsmassen må:

- Oppgraderes teknisk i henhold til lover og regler
- Ombygges der dagens lokaler er vurdert spesielt dårlig egnet for medisinske virksomhet og slik at eventuelle nye krav som følger av medisinsk og teknologisk utvikling kan oppfylles
- Utvides i form av nybygg/påbygg for å møte økt aktivitetsbehov i framtiden (2030)

### 7.2 Referanse til offentlige veiledere og vedtak

0-alternativet skal vise hva som blir konsekvensen for bruk av eksisterende bygningsmasse hvis investering i nytt sykehus ikke gjennomføres. Krav til utredning av 0-alternativet er definert i blant annet følgende dokumenter:

- Finansdepartementets veileder nr. 8 datert 28.4.2010 hvor det står at 0-alternativet skal:

*Ta utgangspunkt i dagens konsept/løsning - fremtidig behovstilfredsstillelse skal ikke bli dårligere enn på beslutningstidspunktet. Inkludere ordinært vedlikehold,*

- korrigerende vedlikehold (reparasjoner av feil, skifte av ødelagte deler)
- forebyggende vedlikehold (periodisk vedlikehold)

- Helsedirektoratets veileder, utgitt 12/2011 kapittel 4.4, hvor det står at:

*0-alternativet skal vise krav til kostnads optimal utvikling av bygget for å opprettholde akseptabel ytelse for virksomheten over byggets resterende levetid. Dette er den aktuelle og relevante løsningen hvis investeringsprosjektet ikke kan gjennomføres.*

### 7.3 Beskrivelse av tiltak i 0-alternativet

For alle lokaler som omfattes av ombygging innebærer dette en forbedring av funksjonell egnethet knyttet til medisinsk virksomhet. Utover dette vil teknisk oppgradering bidra til blant annet bedre innemiljø, med bedre luftkvalitet og temperaturregulering enn i dag, bedre hygieneforhold og triveligere lokaler gjennom oppussing av overflater. Tilnærmet all eksisterende bygningsmasse vil være gjenstand for teknisk oppgradering eller ombygging i 0-alternativet.

Omfanget av ombygging er holdt på et nøkternt nivå. For arealer som ikke bygges om, er det forutsatt samme funksjonelle standard som i dag med hensyn til arealstørrelse, antall senger per pasientrom, våtromsdekning, antall rom for støttefunksjoner etc. En betydelig andel av lokalene vil dermed fortsatt ha mangler i forhold til behov og den standard man ville lagt til grunn i et nybygg. Dette betyr for eksempel at OUS vil måtte tilby pasienter og pårørende flersengsrom og rom uten egne bad, hvilket ikke vil tilfredsstille samfunnets forventning til kvalitet på pasientbehandling i sykehus - og ei heller bidra til å fremme ansattes ytelse. Gammel infrastruktur og teknologiske begrensninger vil dessuten gjøre det mer komplisert å utnytte det potensial som ligger i den medisinske utviklingen, ny medisinsk teknologi og nye IKT-løsninger.

Utbedring i form av pålegg fra tilsynsmyndigheter forutsettes gjennomført. OUS har utarbeidet planer for å ivareta slike pålegg, særlig når det gjelder arbeidsmiljø, brannsikring og el-forsyning, og dette inngår i den tekniske oppgraderingen.

#### 7.3.1 Arealer

I 0-alternativet forutsettes det at dagens arealer kan yte kapasitet tilsvarende dagens aktivitetsnivå, og at all aktivitetsøkning fram mot 2030 skal dekkes gjennom arealutvidelser i form av nybygg. OUS leier i dag en rekke lokaler, noe som forutsettes videreført i 0-alternativet. Det innebærer at ingen leide arealer erstattes av nybygg.

Alle bygg som ikke benyttes til «sykehusformål» og dermed ikke representerer funksjonsareal eller tilhørende tekniske arealer, og som heller ikke vil benyttes til sykehusformål i framtiden, er ikke medtatt. Basert på denne forutsetningen er følgende bygningstyper ikke inkludert som funksjonsareal:

- Barnehager planlegges solgt og skal ikke drives i regi av OUS i framtiden
- Boliger (uten pasientaktivitet)
- Garasjer i egne bygg under 500 kvm tas ut. Større parkeringsanlegg er medtatt
- Enkeltstående lagerbygninger
- Verksteder (enkeltstående, mindre bygg)
- Stabbur, fjøs, låver mv.
- Nødstrømstasjoner (vil inngå i tekniske rom ved nybygg)
- Museum – de fleste er underlagt fredning/vernestatus

Videre er bygninger som benyttes av følgende virksomheter utelatt, da disse er like i alle alternativ:

- Ambulansestasjoner
- DPS-er

0-alternativet skiller seg fra de øvrige alternativene ved at vesentlig mer areal benyttes i framtiden, i bygninger som gir lavere arealutnyttelse enn man vil få i nybygg.



Arealbruken i 2030 som legges til grunn i 0-alternativet sett opp mot dagens situasjon er vist i tabellen nedenfor.

Tabell 37 - Dagens arealer

Arealfordeling (kvadratmeter)	Dagens situasjon	0-Alternativet
Nybygg	-	119 030
Rikshospitalet	176 000	176 000
Ullevål (inkl. Sognsvannsveien)	285 600	282 000
Radiumhospitalet	110 500	97 000
SSE	17 600	18 300
Aker	94 000	71 200
Gaustad	40 500	40 500
Dikemark	75 500	35 500
Leie Forskningsveien	19 100	19 100
Øvrige (ekskl. ambulansestasjoner og DPS)	32 600	37 500
<b>SUM</b>	<b>851 000</b>	<b>896 000</b>
<i>Tekniske mellometasjer</i>		
<i>Lab-bygget Ullevål og Rikshospitalet</i>	39 300	39 300
<i>P-hus (Rikshospitalet og Ullevål)</i>	46 300	46 300
<i>DPS-er</i>	17 200	17 200
<i>Ambulansestasjoner</i>	13 800	13 800
<i>Øvrige ikke medtatt</i>	46 000	46 000
<b>Totalt brutto areal</b>	<b>1 014 000</b>	<b>1 059 000</b>
<i>Hvorav eid</i>	938 650	
<i>Hvorav leid</i>	76 600	

(«Øvrige ikke medtatt» i tabellen er arealer som består av lager, verksteder, barnehager, boliger, garasjer mv.)

112 bygninger har vernestatus, hvorav 85 har verneklasse 1 fredning. Ved Gaustad og Dikemark sykehus har de fleste bygninger vernestatus.

Heretter i rapporten omtales bare de arealene som inngår i summen på 896 000 kvm i 0-alternativet (ca. 900 000 kvm). Dette vil være den framtidige situasjonen dersom nåværende bygninger og lokaliseringer i hovedsak opprettholdes, slik det i prinsippet vil være i 0-alternativet.. På dette grunnlag framgår det at arealgevinsten i de øvrige alternativene vil være mellom 200 000 og 300 000 kvm sammenlignet med 0-alternativet.

### 7.3.2 Nybygg

Det er lagt til grunn 77 000 kvm nybygg pga. vekst (inkl. integrerte arealer for forskning og utdanning), 9 500 kvm nybygg knyttet til Regional sikkerhetspsykiatri, 20 000 kvm ekstra bygg til FoU samt 10 000 kvm rokeringsbygg. Lokalisering av nybyggarealet er ikke konkretisert. Oppføring av permanent(e) nybygg tidlig i perioden er en forutsetning for å kunne tømme virksomhet fra bygg som skal oppgraderes/ombygges, i tillegg til de 10 000 kvm med rokeringsbygg.

### 7.3.3 Planer for teknisk rehabilitering og oppgradering

I et langsiktig perspektiv må man forutsette teknisk oppgradering til et akseptabelt, men likevel nøkternt nivå.

Betydelig andel av bygningsmassen ved OUS er i så dårlig teknisk tilstand at det er reell fare for havari, noe som vil medføre driftsstans eller stengning av hele eller deler av bygninger. Disse bygningene har akutte behov for utbedringer som må gjennomføres på kort sikt for å holde

bygningene i drift i 5-10 år, og investeringene må tas så tidlig i perioden som mulig om de skal ha effekt. Omfanget av behov for utbedringer vil avhenge av tidsperspektivet for fortsatt bruk av bygningen. Dette forholdet er hensyntatt i kostnadsestimatet for de ulike alternativene i idéfase-utredningen. Eksempelvis vil bygg som planlegges avhendet være gjenstand for et minimum med tiltak, mens bygg som skal videreføres oppgraderes med tanke på langsiktig verdibevaring.

Kostnadsestimatene er basert på følgende:

Nyere forskriftskrav legges ikke til grunn med mindre det er snakk om større ombygginger og/eller bruksendringer som normalt vil defineres som hovedombygging og utløse nye forskriftskrav (TEK10).

For en del av bygningene vil nødvendige tiltak i form av både teknisk oppgradering og funksjonelle tilpasninger bli så omfattende at det vil kunne utløse såkalt hovedombygging iht plan- og bygningsloven. I kostnadsestimatene er det derfor gjort et generelt påslag på 10 % på multiMap-estimatene for å ta høyde for at TEK10-krav gjøres gjeldende der det er praktisk gjennomførbart, og der bygningene forutsettes videreført i et langsiktig perspektiv. Det er ikke gjort en detaljert vurdering av enkeltbygninger i denne fasen fordi det ikke er kjent for hvilke bygg og hvilket omfang kravene vil kunne gjøres gjeldende.

Det er ikke tatt høyde for full tilrettelegging for universell utforming. Det innebærer at dagens standard videreføres der det ikke gjennomføres større ombygging eller bruksendring.

For bygg som planlegges avhendet innen 10-15 år, er kun punktutbedringer av klimaskall (tak, vinduer, fasade, drenering) lagt til grunn, og da kun i bygg der tilstanden på klimaskallet er svært dårlig (tilstandsgrad 3).

En del av bygningene har vernestatus, og dette er hensyntatt i kostnadsestimatene.

Bygningsintegrert utstyr som understøtter driften som f.eks. sikkerhetsbenker, autoklaver, sengevaskemaskin, rentvannsanlegg etc., er medtatt med oppgraderingskostnad i investeringsbehovet samt som utskiftningsbehov i FDVU-estimatene. Det er lagt inn 115 mill. kroner i investeringskostnad i 0-alternativet for dette formålet.

Utbedring og vedlikehold av utendørs veier og plasser samt området tekniske infrastruktur (installasjoner som ligger utenfor og mellom byggene) er inkludert og lagt inn for 0-alternativet med ca. 800 mill. kroner samlet.

Etter at bygninger som skal benyttes i langsiktig perspektiv har vært gjenstand for teknisk oppgradering og/eller ombygging, forutsettes vedlikeholdskostnader på et nivå som tilsvarer verdibevarende vedlikehold.

Tiltaksbehov i eksisterende bygningsmasse i de ulike alternativene er nærmere beskrevet i vedlegg 4 "Økonomiske analyser – investeringer, driftsøkonomi og bæreevne".

#### 7.3.4 Ombyggingsbehov for omstilling

For bygninger som er vurdert dårlig egnet for dagens funksjon, er det forutsatt ombygging for funksjonell utbedring, dvs. ombygninger som er nødvendig for å kunne drive avansert medisinsk virksomhet samt følge den medisinske og teknologiske utviklingen. Videre er bygninger som har så dårlig teknisk tilstand at omfanget av utbedring med stor sannsynlighet vil utløse krav om hovedombygging, kategorisert under arealer som skal ombygges.

Kostnader for funksjonell ombygging er beregnet ut fra de samme byggkategorier som nybygg, og i lett, middels og tung ombygging (henholdsvis 25, 50 og 75% av nybyggkostnad).

Det er ikke vurdert behov for ombygginger som følge av eventuelle, framtidige organisatoriske omstillinger. I prinsipp er det forutsatt videreføring av dagens bruk av bygningene. Omfanget av ombygging i 0-alternativet er derfor å anse som nøkternt.



## 7.4 Beskrivelse av tiltak ved de ulike lokalisasjoner

### 7.4.1 Rikshospitalet

Ved Rikshospitalet forutsettes dagens virksomhet og dagens bygninger videreført med nødvendig teknisk oppgradering. Bygningene nærmer seg 15 år. Noen tekniske installasjoner har nådd og andre nærmer seg sin forventede tekniske levealder. Behov for utskiftning i de tekniske anleggene vil derfor øke de kommende årene. Det vil således være svært viktig å sikre et tilstrekkelig nivå for verdibevarende vedlikehold gjennom årlige investeringer i planperioden. Det er i 0-alternativet ikke tatt høyde for ombygginger ved Rikshospitalet, dvs. dagens løsning av arealer og rom videreføres.

0-alternativet vil ikke gjøre det mulig å samle regionsfunksjoner på Rikshospitalet, og dublering av slike funksjoner på Rikshospitalet og Ullevål vil måtte opprettholdes.

### 7.4.2 Radiumhospitalet

Radiumhospitalet har en stor andel eldre bygninger med omfattende behov for teknisk oppgradering og funksjonell utbedring. Noen av bygningene vurderes å være i så dårlig stand og lite egnet for videre bruk at de forutsettes revet i 0-alternativet. Det gjelder:

- Bygg E som ikke er i bruk i dag
- Bygg D
- Bygg G og H

Det forutsettes at det inngås leieavtale med Oslo Cancer Cluster Innovasjonspark (OCCI), som er under bygging, for å huse den virksomheten som i dag holder til i bygg G og H, mens det som erstatning for bygg D forutsettes oppført et nytt bygg på tomten (rehabilitering anslås å koste det samme som nybygg).

Med unntak av bygg J og K (stråleterapi- og forskningsbygget), vil øvrige bygninger bli gjenstand for omfattende teknisk oppgradering og/eller ombygging. Også bygg J og K vil bli gjenstand for noe oppgradering. Det må oppføres et rokadebygg på tomten slik at man får tømt virksomhet fra de lokaler som til enhver tid er gjenstand for ombygging/oppgradering.

0-alternativet medfører at kreftbehandling i OUS fortsatt vil foregå ved alle de tre lokalitetene Ullevål, Rikshospitalet og Radiumhospitalet. Behandling av tyngre kreftpasienter på Radiumhospitalet er allerede i dag en utfordring på grunn av manglende intensivkapasitet. I 0-alternativet må en forvente ytterligere utfordringer knyttet til økt kreftforekomst, nye avanserte behandlingsmetoder og forlenget overlevelse.

Omfang av henholdsvis teknisk oppgradering og ombygging ved Radiumhospitalet fremgår av tabellen i kapittel 7.4.9.

### 7.4.3 Ullevål sykehus

Ullevål sykehus har en variert bygningsmasse, med stor spredning i både alder og tilstand. En stor andel er eldre bygninger som har omfattende behov for teknisk og funksjonell utbedring. En betydelig andel av bygningene har vernestatus. Noen steder er både bygninger og deler av tomten fredet.

Alle bygninger (på Ullevål) videreføres i 0-alternativet unntatt bygg 46 som forutsettes revet. En betydelig andel har behov for ombygging, og alle har behov for teknisk oppgradering.

I 0-alternativet forutsettes virksomheten tøy-vaskeri og tekstilhåndtering opprettholdt slik som i dag.

Deler av bygningsmassen på Ullevål byr på betydelige utfordringer for moderne og effektiv sykehusvirksomhet. Spredt bygningsmasse med flere mindre og vernede bygninger uten sammenheng vanskeliggjør dessuten tverrfaglig samarbeid om pasientbehandling.

Omfang av henholdsvis teknisk oppgradering og ombygging ved lokaliteten fremgår av tabellen i kapittel 7.4.9.

#### 7.4.4 Aker sykehus

Dagens virksomhet ved lokaliteten Aker forutsettes videreført, selv om det er vedtatt at urologisk døgnvirksomhet skal overføres til Ullevål og karkirurgisk døgnvirksomhet skal overføres til Rikshospitalet. Det er planlagt for annen operativ virksomhet på Aker (elektiv kirurgi og dagkirurgi samt 5-døgnspost), slik at en videreføring av dagens virksomhet kan legges til grunn for beregninger knyttet til oppgradering og ombygging.

Området på Aker kan grovt deles i to - søndre og nordre del. På den søndre delen av området har OUS i dag kun virksomhet i bygg 26 og 27 (dagshospital rehabilitering og geriatrisk poliklinikk). Disse enhetene forutsettes flyttet til hovedkomplekset i nordre del av området. Etter denne flyttingen vil bygningsmassen i sørdelen av området ikke lenger være i bruk av OUS, og forutsettes avhendet eller utleid.

Bygningsmassen knyttet til «hovedkomplekset» i den nordre delen av området huser i dag i all hovedsak enheter tilhørende OUS, Oslo kommune og Sunnaas sykehus som inngår i Samhandlingsarena Aker. Helt nord på området ligger flere mindre gårdsbygninger som er underlagt vern i verneklasse 1 og 2. Disse er i begrenset grad i bruk og huser ikke sykehusfunksjoner. Deler av et bygg leies i dag ut til cateringvirksomhet og en del areal benyttes til kontorer etc. Denne virksomheten forutsettes videreført i 0-alternativet.

De siste årene er det investert en del i diverse tekniske og funksjonelle oppgraderinger ved Aker, og det foreligger planer for videre tiltak både for opprettholdelse av OUS-virksomhet og i forbindelse med utvikling av Samhandlingsarena Aker. Eksisterende bygninger har i varierende grad behov for både teknisk oppgradering og funksjonell ombygging. Omfang av henholdsvis teknisk oppgradering og ombygging ved lokaliteten fremgår av tabellen i kapittel 7.4.9. Det er ikke forutsatt nybygg ved Aker.

#### 7.4.5 Statens senter for epilepsi (SSE)

Ved SSE forutsettes virksomheten videreført i de bygninger som er i bruk i dag. Her gjennomføres teknisk oppgradering der det er nødvendig. En del bygninger står ubrukt i dag og oppgraderes ikke. Det er ikke forutsatt noen utvidelse av arealer ved SSE.

I dag benyttes et leid modulbygg på 670 kvm til pasientbehandling (ungdom og voksne). Det foreligger midlertidig brukstillatelse. Modulbygget er en erstatning for bygg G1 og G2 som er stengt, ettersom det ikke tilfredsstillende brannrømningskrav for den aktuelle pasientgruppen. Det er usikkert hvor lenge man kan opprettholde en midlertidig brukstillatelse. Det er imidlertid ikke tatt høyde for investering i nybygg som erstatning for modulbygget i 0-alternativet. Det er heller ikke medtatt kostnader til riving av bygninger selv om de står ubrukt.

#### 7.4.6 Gaustad sykehus

Dagens virksomhet forutsettes videreført i dagens bygningsmasse. Bygningsmassen består i all hovedsak av eldre bygninger, der de fleste har vernestatus og flere er fredet. Dette gjør at større endringer eller tilbygg vanskelig lar seg gjennomføre, med noen unntak.

Slik arkitektur og bygg fremstår i dag, er utvikling av framtidsrettet og moderne pasientbehandling/sykehusvirksomhet innen psykisk helse utfordrende i disse lokalene.

Det forutsettes teknisk oppgradering av bygningene samt en del ombygging, særlig i døgnhetene, for å oppnå bedre teknisk og funksjonell standard i den grad vernestatusen tillater dette.

#### 7.4.7 Dikemark sykehus

Ved Dikemark er ca. halvparten av arealene i bruk, men arealutnyttelsen er lav og en del lokaler har kun sporadisk bruk som kontor/møterom o.l. Også her er en stor del av bygningsmassen vernet eller fredet, noe som i stor grad forhindrer riving. 30 av 32 bygg er fredet hvorav 7 både interiør- og eksteriørmessig. Tomtegrunn på 248 dekar er i sin helhet fredet med unntak av ca. 20 dekar.

Det er forutsatt et nybygg i OUS for å huse sikkerhetspsykiatrien, noe som vil medføre at et bygg (Granli) vil bli tømt for virksomhet. Lokalisering av nybygget er ikke avklart. I 0-alternativet forutsettes øvrig virksomhet ved Dikemark videreført i dagens bygg. Det betyr at til sammen åtte bygg på totalt 35.200 kvm vil bli benyttet videre i 0-alternativet. Ca. 10.500 kvm forutsettes omfattet av lett ombygging, resten får en teknisk oppgradering. Øvrig bygningsmasse vil bli stående tom eller leies ut. Det er ikke medtatt investeringskostnader for disse, bortsett fra det som OUS har definert som akutte tiltaksbehov, og som er likt i alle alternativene.

0-alternativet medfører en fortsatt uønsket fragmentering av virksomheten innen psykisk helse, med tilhørende mangelfulle muligheter for effektivisering av drift både med hensyn til personale og bygg. Situasjonen er spesielt alvorlig for virksomheten ved regional sikkerhetsavdeling og psykiatrisk avdeling for personer med utviklingshemming/autisme.

#### 7.4.8 Sognsvannsveien

Øverst i Sognsvannsveien ligger Barn- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUPA, Sogn). De fleste bygninger har vernestatus, med verneklasse 1 fredning av eksteriør. To bygg har vern av både eksteriør og interiør samt at uteområdet er fredet. Etablering av nye bygg på området er derfor ikke mulig. Noen bygg står ubrukt i dag, da de ikke er egnet for bruk og/eller er i for dårlig teknisk tilstand.

I 0-alternativet forutsettes dagens virksomhet videreført og at bygningene som skal benyttes oppgraderes teknisk.

#### 7.4.9 Omfang av oppgradering og ombygging

Oppsummering av nødvendige arealtiltak (teknisk oppgradering, ombygging, nybygg) er vist i tabell 46. Omfanget av investering i 0-alternativet omtales i eget kapittel om økonomiske analyser.

Tabell 38 - Arealbruk i 0-alternativet (kvm brutto)

Enhet	Dagens situasjon	Areal teknisk oppgradering	Areal ombygging	Arealer som ikke benyttes i 2030*	Disponibelt areal (eks. TME** og p-hus)
Aker	94 000	38 000	33 000	23 000	71 000
Dikemark	76 000	25 000	11 000	40 000	35 000
Gaustad	40 000	21 000	19 000		40 000
Radiumhospitalet	110 000	42 000	55 000	14 000	97 000
Rikshospitalet	176 000	234 000			176 000
SSE	18 000	18 000			18 000
Ullevål	285 000	185 000	121 000	10 000	282000
Nybygg psykiatri					9 500
Nybygg somatikk					90 000
Nybygg FoU, eget bygg					20 000
Leie i Forskningsveien	19 000				19 000
Øvrige	33 000				38 000
<b>SUM</b>	<b>851 000</b>	<b>563 000</b>	<b>239 000</b>	<b>87 000</b>	<b>896 000</b>

\*) Rives, selges ut, fraflyttes eller stenges.

\*\*) TME: Teknisk mellometasje



## 8 Økonomi

### 8.1 Investeringskostnader

#### 8.1.1 Bakgrunn

De økonomiske analysene er basert på de ulike virksomhetsmodellene og de ulike utbyggingsløsningene knyttet til virksomhetsmodellene.

Sammen med informasjon om verdivurdering av frigitte bygninger, gir dette en første indikasjon av de økonomiske konsekvensene av alternativene. Totaløkonomien inneholder imidlertid også en del andre forhold, bl.a. driftsgevinster som de ulike alternativene gir grunnlag for.

Anslag for investeringskostnader bygger på de arealer som inngår i idéfasen, og omfatter ikke alle arealer OUS har i sin virksomhet. Nedenfor er derfor en samlet oversikt for arealer som er med i selve idéfasearbeidet og øvrige arealer som ikke inngår, vist. Det framkommer at OUS disponerer ca. 1,0 mill. kvm i dag, mens det etter gjennomført utbygging av et samlet sykehus kan ventes å være knapt 800 000 kvm (jf. nærmere forklaring i forrige kapittel).

Tabell 39 – Arealfordeling i evalueringsalternativene

Arealfordeling	Dagens situasjon	0- Alternativet	Alternativ 1 og 5	Alternativ 2 og 6	Alternativ 3	Alternativ 4
Nybygg	-	119 000	426 000	426 000	398 000	387 000
Rikshospitalet	176 000	176 000	176 000	176 000	176 000	176 000
Ullevål (inkl. Sognsvannsveien)	285 600	282 000			59 500	89 500
Radiumhospitalet	110 500	97 000				
SSE	17 600	18 300				
Aker	94 000	71 200				
Gaustad	40 500	40 500	19 400	19 400		
Dikemark	75 500	35 500				
Leie Forskningsveien	19 100	19 100	19 100	19 100	19 100	19 100
Øvrige (ekskl. ambulansestasjoner og DPS)	32 600	37 500				
<b>SUM</b>	<b>851 000</b>	<b>896 000</b>	<b>641 000</b>	<b>641 000</b>	<b>652 000</b>	<b>672 000</b>

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

Ved bare nybygg er arealbehovet beregnet til ca. 630 000 kvm for funksjoner som omfattes av idéfasen, med alternativer fra 640 000 til 670 000 kvm. Forskjellene skyldes ulik bruk av eksisterende bygg. Dermed framkommer OUS sitt samlede arealbehov i 2030 i de ulike alternativene.

I tillegg kommer erstatningsbygg der bygg for OUS eller UiO rives. Dette gjelder primært deler av De prekliniske institutter (PKI) og sykehotellet ved en utbygging sørover fra Rikshospitalet.

#### 8.1.2 Forutsetninger for beregning av investeringskostnader

Ved beregning av investeringskostnader skilles det mellom nybygg, funksjonelle ombygginger og tekniske oppgraderinger. Kostnad for nybygg er basert på prisanslag for kostnad pr. kvm. Bruttoareal ut fra erfaringstall og ambisjonsnivå. Erfaringstallene er hentet fra sammenlignbare prosjekter og ikke på konkrete bygningsmessige løsninger. Nybygg er delt i et begrenset antall kategorier med klare kostnadsforskjeller. Det er tatt utgangspunkt i de to siste større og representative sykehusprosjekter i HSØ; Ahus og nytt sykehus i Østfold.

Prisindeks er januar 2014. Investeringskostnad pr. kvm i nybygg er for somatikk ca. 67.300 kr/kvm og for psykisk helse og rus ca. 54.300 kr/kvm. Rene kontorbygg anslås til ca. 36.800 kr/kvm.

Det er tatt høyde for de miljøtiltak/miljøløsninger som forventes, i praksis «grønt sykehus». Videre er det tatt høyde for utskifting av brukerstyr på linje med det som er vanlig praksis i nybyggprosjekter i sykehus, og det er antatt en medflyttingsgrad for eksisterende utstyr på 25-30 %. For IKT er det lagt til grunn ny IKT infrastruktur i byggene, men det er ikke lagt til grunn ekstraordinære utskiftninger av IKT-systemer for selve sykehusdriften. Slike utskiftninger vil foregå før, etter og i samme periode som byggene fornyes, men uten å være et direkte resultat av nybygg. Det kan derfor være at det samtidig med utbygging kommer kostnader knyttet til IKT ut over det som framkommer i investeringsanslagene her.

Ombygging deles i de samme byggkategorier som nybygg, og i lett, middels og tung ombygging som utgjør henholdsvis 25, 50 og 75% av nybyggkostnad.

Teknisk oppgradering baseres på foreliggende estimater knyttet til Multimap-analyser og kjente kostnadskonsekvenser av ulike myndighetspålegg. Multimap-analysene med suppleringer er benyttet både i vurdering av 0-alternativet og i «må tiltak» i påvente av nybygg i de andre alternativene.

Riving håndteres på samme måte som i arealutviklingsplanen, med en gjennomsnittlig kostnad pr. kvm revet bygg.

### 8.1.3 Resultater

I arealutviklingsplanen ble det gjort en svært overordnet vurdering av «Scenario 1», som innebar en samling av sykehusvirksomheten på ett sted (en tomt). Dette scenarioet ble da vurdert til en kostnad på ca. 30 mrd. kroner eksklusiv ekstraordinære infrastrukturkostnader og kjøp av tomt (dvs. basert på samling på eiet tomt på Ullevål). Samling på to lokaliseringer (Ullevål og Gaustad, med betydelig videre bruk av eksisterende bygg), ble vurdert til 22-23 mrd. kroner, også her eksklusiv ekstraordinær infrastruktur og kjøp av tomt. Det er nå gjort mer omfattende analyser av bl.a. behov for ekstraordinær infrastruktur og kostnader ved kjøp av tomter og eiendommer for ulike alternativer.

Tallene nedenfor viser arealer og kostnadsanslag for hvert virksomhetsalternativ og tilknyttet utbyggingsløsning.

Tabell 40 - Investeringsbehov og arealer i de ulike virksomhetsalternativene

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
<b>Delsum</b>	<b>837 130</b>	<b>18 299</b>	<b>621 636</b>	<b>35 715</b>	<b>621 636</b>	<b>37 782</b>	<b>633 086</b>	<b>33 274</b>	<b>652 736</b>	<b>32 069</b>
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	
<b>Sum</b>	<b>896 130</b>	<b>20 059</b>	<b>640 736</b>	<b>39 286</b>	<b>640 736</b>	<b>41 295</b>	<b>652 186</b>	<b>36 678</b>	<b>671 836</b>	<b>35 575</b>

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

### 0-alternativet

I 0-alternativet er det lagt til grunn 77 000 kvm nybygg pga. vekst inkl. integrert FoU-del, 9.500 kvm nybygg pga. regional sikkerhetspsykiatri, 20 000 kvm ekstra bygg til FoU samt 10 000 kvm rokeringsbygg. Det er lagt til grunn leie i OCCI-bygget for laboratoriefunksjoner fra Radiumhospitalet.

I alle alternativer er det lagt til grunn videreføring av leieareal i Forskningsveien.

De fleste bygg omfattes av større eller mindre grad av oppgradering eller teknisk ombygging. Begrunnelse for og omfang av dette framgår mer konkret av egen beskrivelse av 0-alternativet.

### Gaustad sør med dagens virksomhetsmodell og Gaustad sør med klyngemodell (Alternativ 2 og 6)

Vel 140 000 kvm funksjonsareal ved Rikshospitalet videreføres og teknisk oppgraderes, mens resten av arealbehovet bygges nytt. Inkludert p-hus og tekniske mellometasjer er Rikshospitalet vel 200 000 kvm. Det endelige bruttoarealet inkludert disse funksjoner vil derfor være noe større enn det arealbehovet som er beregnet i idéfasen. Avviket i forhold til det beregnede arealbehovet er ca. 10 000 kvm for Gaustad sykehus, jf. beskrivelsen nedenfor. I tillegg vil OUS ha arealer knyttet til bl.a. DPS-er og ambulansestasjoner som ikke inngår i idéfasen. Dette forholdet gjelder for alle alternativene.

Det må bygges erstatning for avsnitt A ved Rikshospitalets og hoveddelen av PKI samt at bygg i Forskningsveien 1 og 3 må erverves. Gaustad sykehus er tatt med som 20 000 kvm brutto som bygges om og gir tilsvarende 10 000 kvm funksjonsareal. Øvrige deler av Gaustad sykehus forutsettes brukt til andre funksjoner som bidrar til å integrere byen i sykehuset og sykehuset i byen. Dette gjelder også for alternativ 1 og 5 (Gaustad øst).

Teknisk oppgradering av Rikshospitalet samt alle kortsiktige tiltak ved øvrige bygg er tatt med. Teknisk oppgradering omfatter derfor både arealet på Rikshospitalet, og arealet ved øvrige enheter, men bare de kortsiktige tiltakene ved øvrige enheter. Hoveddelen av den tekniske oppgraderingen knytter seg til å holde arealer «flytende» fram til de erstattes av nybygg i perioden 2022-2030.

### Gaustad øst med dagens virksomhetsmodell og Gaustad øst med klyngemodell (alternativ 1 og 5).

Her inngår ikke kostnader ved å legge Ring 3 i tunell eller erstatningsbygg for deler av PKI. Det inngår nødvendig tomt østover, og det inngår anskaffelse av erstatningsbygg bl.a. Sogn videregående skole og øvrige bygg i tomteområdet. Anskaffelse av eiendommer inngår i «andre kostnader».

### Ullevål nord/Gaustad med lokk, nivådelt virksomhetsmodell (alternativ 3)

*Nivådelt modell, region- og landsfunksjoner på Gaustad, lokal- og områdefunksjoner på Ullevål (nord) sammen med psykisk helse og avhengighet (utenom regional sikkerhetspsykiatri)*

Ved å bygge nord på Ullevål - vil bruken av eksisterende bygg på Ullevål bli noe lavere enn ved bygging sør på tomten, og behovet for nybygg øker dermed. Det er ikke beregnet Ring 3 i tunell, men lokk over Ring 3 inngår.

### Ullevål sør/Gaustad med lokk, nivådelt virksomhetsmodell (alternativ 4)

*Nivådelt modell, region- og landsfunksjoner på Gaustad, lokal- og områdefunksjoner på Ullevål (sør) sammen med psykisk helse og avhengighet (utenom regional sikkerhetspsykiatri)*

Her benyttes rundt 90 000 kvm eksisterende bygg på Ullevål i tillegg til vel 170 000 kvm på Rikshospitalet. Det er ikke beregnet Ring 3 i tunell, men lokk over Ring 3 inngår. Samlet areal er noe større pga. bruk av eksisterende bygg.

#### 8.1.4 Usikkerhetsanalyse

Det er gjennomført usikkerhetsanalyse av investeringskostnader i hvert alternativ. Usikkerhetsanalysen er tilpasset det presisjonsnivå for kostnadsanslag som etter god



prosjektstyringspraksis kan forventes for en idéfase. Analysen har ikke som formål å fastsette kostnadsramme, men å synliggjøre forskjeller mellom alternativene. Kostnadsramme skal ikke fastlegges før i forprosjektfasen.

Byggelånsrenter og leiekostnader inngår ikke i usikkerhetsanalysen, men inngår i beregninger av økonomisk bærekraft. Virksomhetsmodell 3 er modell 1 mht. areal og kostnader.

I vurderingene har det vært fokus på å identifisere forskjeller mellom alternativene og i hvilken grad usikkerheten er knyttet til en potensiell «oppside» eller «nedside». Metodikk, input til og resultater fra analysen er dokumentert i vedlegg.

Resultater av usikkerhetsanalysen av investeringskostnadene er vist som:

- Tabeller gir viktige enkelttall som forventningsverdi, standardavvik (et mål på usikkerhet), sannsynlighet for at basisestimert er tilstrekkelig og ulike sannsynlighetsnivåer (for eksempel hvilket kostnadsnivå er tilstrekkelig med 50 % sannsynlighet)
- S-kurver viser langs vertikalaksen akkumulert sannsynlighet (0-100 %) for at en kostnad eller gevinst er mindre eller lik korresponderende nivå på horisontalaksen.

I Tabell 41 og Figur 64 vises resultatene av usikkerhetsanalysen for alternativene (0, 1 og 2). Alternativ 3 er lik alternativ 1. Resultatene er avrundet til nærmeste 100 mill. kroner.

**Tabell 41 - Resultater usikkerhetsanalyse investeringskostnader (tall i MNOK, ekskl. byggelånsrenter og leiekostnader)**

MNOK	0-Alternativet	Alternativ 1 og 5	Alternativ 2 og 6	Alternativ 3	Alternativ 4
Basis	18 343	35 930	37 985	33 632	32 560
Forventningsverdi	22 800	37 000	39 100	36 500	36 100
50 %	22 200	36 400	38 500	35 600	35 100
85 %	28 600	45 700	48 300	45 900	46 200
Standardavvik	24 %	22 %	22 %	25 %	27 %
Sannsynlighet basis	23 %	48 %	48 %	41 %	39 %

Alt. 1: Gaustad Øst - Dagens virksomhetsmodell

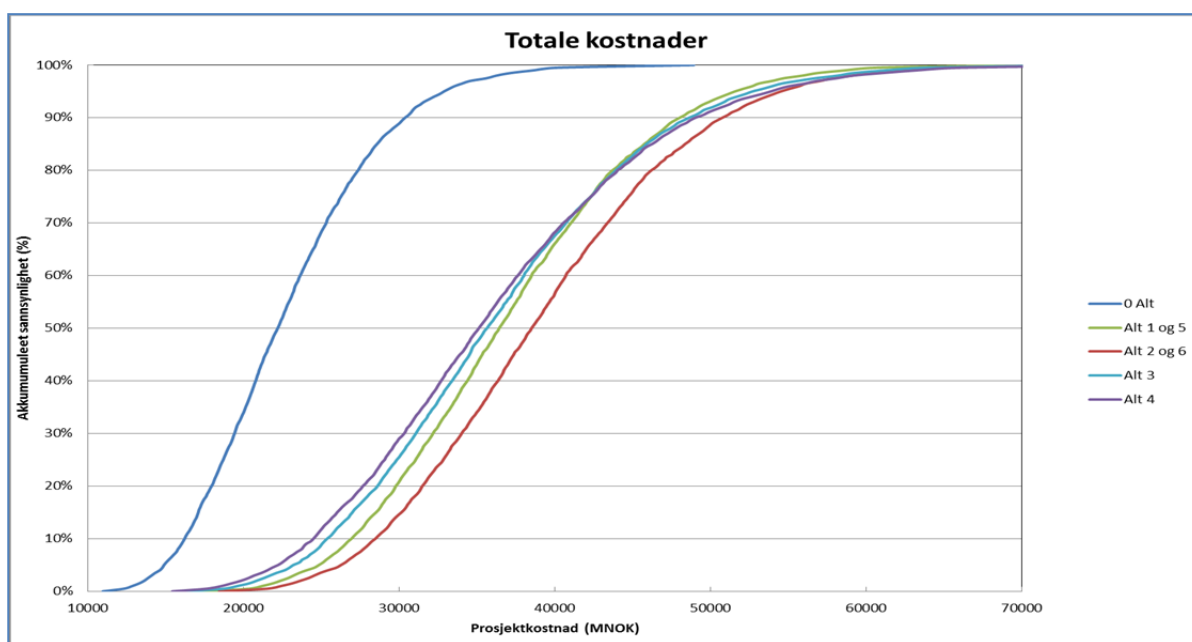
Alt. 2: Gaustad Sør - Dagens virksomhetsmodell

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



**Figur 64 - Usikkerhetsanalyse, S-kurve investeringsbehov**

0-alternativet har lavest forventningsverdi for investering med en kostnad på 22,8 mrd. kroner, mens alternativ 2 og 6 (bruk av arealer på Gaustad sør) har høyest forventningsverdi for investering med en kostnad på 39,1 mrd. kroner. De øvrige alternativene har forventningsverdier mellom 36,1 og 37,0 mrd. kroner.

Det er forskjell mellom alternativene i grad av usikkerhet. Alternativ 4 med bruk av Ullevål sør har størst standardavvik med 27 %. 0-alternativet og alternativ 3 med bruk av Ullevål nord har standardavvik på samme nivå, henholdsvis 25 og 24 %. Tilsvarende tall for alternativ 1, 2, 5 og 6 er 22 %. Denne forskjellen i usikkerhetsprofil innebærer at S-kurvene krysser hverandre og at rangeringen av alternativene basert på kostnad endres ved ulike sannsynlighetsnivå.

Forskjellen i usikkerhet skyldes primært:

- Det er stor usikkerhet knyttet til kostnader ved ombygging. Det pågår tilstandsvurderinger av bygg 3 og 7 ved Ullevål som kan medføre større kostnader enn det som er inkludert i anslaget. Omfang av ombygging er betydelig større i 0-alternativet enn i øvrige alternativer.
- Det er stor usikkerhet ved gjennomføring av byggeprosjekter på Ullevål parallelt med sykehus i drift. Det gjelder spesielt alternativ 4 med bruk av arealene i sør.
- Alternative gjennomføringsmodeller kan innebære et potensial for å bygge billigere enn det har vært vanlig i sykehusprosjekter. Denne muligheten vurderes som størst i virksomhetsmodeller med nybygg på nytt område (alternativ 1, 2, 5 og 6).

I vedlegg er også vist hvilke elementer som bidrar mest til den totale usikkerheten i analysene.

## 8.2 Tidsaspekter og etapper

Det legges opp til en etappevis utvikling mot «framtidens OUS». Den samlede investering anbefales gjennomført i 3 sekvensielle etapper samt at det i noen etapper kan være «parallele etapper» f.eks. for psykisk helse og avhengighet og for somatikk.

Investeringsbehovet kan på denne måten fordeles over tid på lignende måte som ved utbyggingen av St. Olavs Hospital, hvor etappe 3 nettopp er ferdig. Dette vurderes både ut fra finansieringshensyn og ut fra prosjektgjennomføring som en aktuell tilnærming. For virksomhetens drift i byggeperioden vil det ha noen ulemper, både fordi etappene betyr en deling av driften over en lenger periode, og fordi noen som allerede er gamle og uhensiktsmessige bygg må driftes og huse helsetjenester fram til 2025-2030. Men det gir også noen fordeler ved en mulighet for erfaringsinnsamling fra hver etappe som kan brukes i neste etappe.

Etappeforutsetningene er i hovedtrekk slik håndtert slik i de økonomiske analysene:

- Etappe 1: Startes 2015/2016 og fullføres 2022/2023
- Etappe 2: Startes 2018/2019 og fullføres 2026/2027
- Etappe 3: Startes 2022/2023 og fullføres 2030.

Det er noen nyanser i dette fordi ulike tiltak vil ha ulike gjennomføringstid.

## 8.3 Driftsøkonomi

### 8.3.1 Innledning

Ny bygningsmasse for OUS ville kunne driftes mer effektivt enn dagens sykehus, ved reduksjon i antall lokaliteter og areal, antall organisatoriske enheter samt større grad av nærhet mellom enheter. Videre ville et nytt sykehus, i langt større grad enn 0-alternativet, imøtekomme fremtidige behov for driftseffektive løsninger med nye arbeidsprosesser. Nye, fleksible sykehusbygg med moderne teknisk

infrastruktur må til dersom Norges ledende medisinske fagmiljø skal være i stand til å ta ut potensialet av fremtidens medisin og teknologi.

To grupper av driftskostnader inngår i analysen:

- Effekt på FDVU-kostnader
- Effekt på kostnader for kjernedriften (sykehusets driftskostnader utenom FDVU)

I dette avsnittet blir driftsøkonomiske effekter knyttet til kjernedriften vurdert. Nivået på vurderingene er tilpasset idéfase behov og er foretatt på et overordnet nivå der få detaljer er avklart. Det foreligger ikke avklaringer mht. på forhold som størrelse på enheter eller bemanningsbehov. I konseptfasen vil alternative løsninger bli utviklet videre, prosjektkostnader beregnet og driftsøkonomiske konsekvenser utredet ytterligere.

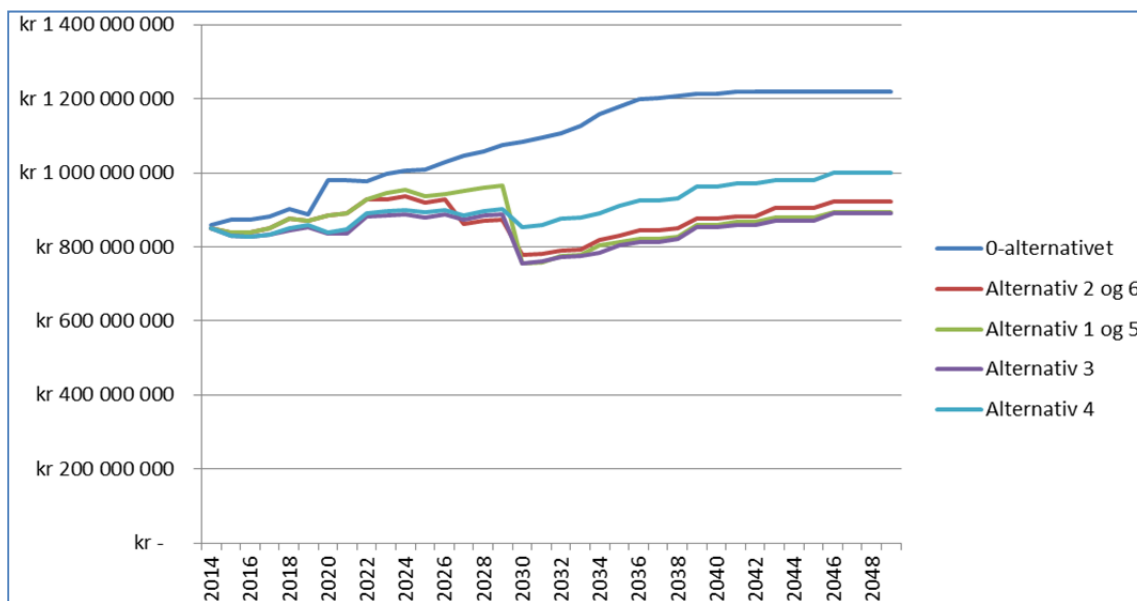
Driftsøkonomiske effekter for kjernevirksomheten er vurdert med utgangspunkt i:

- Erfaringer fra andre prosjekter og helseforetak
- Analyse basert på tall fra Samdata (sammenligning med andre sykehus)
- Metode som ble benyttet i Arealutviklingsplan 2025

### 8.3.2 FDVU-kostnader

Det er gjennomført beregning av FDVU-kostnader basert på erfaringer fra de første driftsårene ved Ahus og St. Olavs Hospital, Multiconsults erfaringstall, FDV-nøkkelen til Holte samt OUS sine regnskapstall for 2010-2012. FDVU-kostnadene er beregnet for dagens og for framtidig situasjon. I tillegg er det foretatt periodisering. Kostnadene vil variere avhengig av teknisk kompleksitet i arealene og brukstid gjennom døgnet, og de differensieres derfor på ulike bygningstyper. Videre vil behovet for vedlikeholds- og utskiftningskostnader variere og være økende gjennom bygningenes livsløp.

Anslag for FDVU-kostnader over tid er vist i figuren nedenfor. FDVU-kostnadene stiger i årene etter 2030 etter hvert som økt behov for vedlikehold og utskiftninger i de nye/rehabiliterede bygningene inntreffer.



Alt. 1: Gaustad Øst - Dagens virksomhetsmodell

Alt. 2: Gaustad Sør - Dagens virksomhetsmodell

Alt. 3: Ullevål Nord / Gaustad med lokk - Nivådelt virksomhet

Alt. 4: Ullevål Sør / Gaustad med lokk - Nivådelt virksomhet

Alt. 5: Gaustad Øst - Klyngemodell

Alt. 6: Gaustad Sør - Klyngemodell

Figur 65 - FDVU-kostnader over tid for ulike utbyggingsalternativer

For nybygg er det lagt inn normtall for verdibevarende vedlikehold. For eksisterende bygninger er vedlikeholds- og utskiftningskostnader lagt på et minimum før oppgradering/ombygging. Det forutsettes at det mest akutte vil ivaretas gjennom tiltaksplan/vedlikeholdsplan de nærmeste årene samt gjennom ombygginger/teknisk oppgradering i de ulike alternativene. Etter oppgradering/ombygging er det tatt høyde for verdibevarende vedlikehold.

OUS står foran mange år med krevende oppgaver som krever ekstraordinær innsats fra forvaltningen, og som vil belastes driftsbudsjettet. Forvaltningskostnaden er derfor økt noe i forhold til dagens nivå, som vurderes som for lavt.

### 8.3.3 Erfaring fra andre prosjekter og helseforetak

Det pågår flere sykehusprosjekter i Norge. Informasjon om hvilke driftsøkonomiske effekter som er lagt til grunn ved et utvalg prosjekter er oppsummert i tabellen under. Det er en vesentlig utfordring at det i liten grad er utført oppsummering eller evaluering fra gjennomførte, større investeringsprosjekter som viser driftsøkonomiske effekter. Riksrevisjonens undersøkelse av eiendomsforvaltningen i helseforetakene<sup>9</sup> har også belyst denne problemstillingen.

Nr	Prosjekt / rapport	Effekt	Kommentar
1	Idéfaseutredning Epilepsisenteret (30.4.2009)	6 %	Samle funksjoner i ett anlegg. Effekt beregnet som reduksjon i antall årsverk.
2	Idéfase utbygging psykisk helse og avhengighet ved OUS (2011)	10-12 %	Vurdering av innsparing (lønn inkl. pensjon) ved samlokalisering i ny bygning.
3	Idéfaseutredning, Senter for psykisk helse – barn og ungdom, UUS (2006)	5 %	Effektivisering ved at virksomhetene samles og kommer inn i hensiktsmessige lokaler. 70% av budsjettrammen er lagt til grunn ved beregning av gevinst.
4	Medisinsk teknisk utvikling og helsekostnader (2013), rapport fra Helsedirektoratet	-	Ingen av HF som ble intervjuet hadde utviklet systemer for måling av effektivitet/gevinstrealisering ved innføring av nytt medisinsk teknisk utstyr, men de fulgte med på indikatorer for kostnadsutviklingen og aktivitetsutviklingen.
5	St Olavs Hospital (besøk februar 2014)	~ 3,4 %	Fra oppsummering ved St Olav 5.2.2014. 300 mill. kroner tilsvarer 3,4 % av et budsjett på 8,7 mrd. kroner.
6	Prosjekt Nytt Østfoldsykehus	~ 4 %	Basert på 180 mill. kroner i effektivisering og en omsetning på 4,5 mrd. kroner. Effektivisering er omtalt i forprosjektrapporten (tabell 18.1, 150 mill. kroner)..
7	Konseptrapport, nye Nordlandssykehuset, byggetrinn 2-5, Sintef rapport fra 2006-06-08	~ 2-3 %	En årlig besparelse på 64 MNOK utgjør 2-3 % av omsetning
8	Evaluering av funksjonsfordeling og samordning av sykehusstrukturen i Oslo-området (ØNH-ØYE- HUD fagområder), 28.3.2011	Positiv	I 2004 ble ØNH- og øyeavdelingene ved RH og UUS slått sammen. I analysen er de aktivitetsmessige og økonomiske aspektene ved sammenslåingene belyst. Sammenslåingen har med de forbehold som er tatt, hatt positive effekter på arbeidsproduktiviteten ved begge sykehusene.
9	Ekstern kvalitetssikring (Opak og Metier), rapport om prosesser og metodikk, 13.2.2014	1,4-2,3 %	I nylige utarbeidede framskrivninger har følgende årlige effektivisering blitt lagt til grunn for ulike sykehus; Sørlandets sykehus - 2,2 %, Sykehuset i Vestfold – 2,3 %, Nord Trøndelag HF – 1,4 %.
10	Vestre Viken HF, Idéfaserapport 20.11.2013	2 %	Det forutsettes en effektivisering på 2% per år også etter innflytting som vil bli innarbeidet i bærekraftanalysen. Årlige driftsbesparelser på 176 mill. kroner ved samling av virksomheten. Salg av frigjorte eiendommer inngår i finansieringen.

Figur 66 - Driftsøkonomiske effekter av investeringsprosjekter

Tabellen over viser anslag på driftsøkonomiske effekter av å gjennomføre investeringsprosjekter i nye bygg. For å oppnå bæreevne for de foretak som gjennomfører nybygginvesteringer vil kravet til driftseffektivisering ofte være betydelig høyere enn det som fremgår i tabellen. Det som inngår i tabellen er den anslåtte effekt på drift ved å ta i bruk nye bygg. Som vist i tabellen, er det enkelte mindre prosjekter som har kvantifisert en driftsøkonomisk gevinst på over 10 %, mens det ved de store byggeprosjektene ved Vestre Viken, St. Olavs Hospital og i Østfold er forutsatt 2-4 % effektivisering/resultatforbedring.

<sup>9</sup> Riksrevisjonens undersøkelse av eiendomsforvaltningen i helseforetakene, Dokument 3:11 (2010–2011)

I 2001 ble det gjennomført evaluering av Nytt Rikshospital i regi av Arbeids- og administrasjonsdepartementet. Rammene for Nytt Rikshospital forutsatte at et nytt sykehus ville gi årlig driftsinnsparing på 320 mill. kroner (1988-kroner) målt opp mot budsjettene for de fire sykehusene som utgjorde det nye sykehuset. Innsparingen var basert på full innsparing ved tre av sykehusene og en generell 15 % reduksjon av kostnadene ved Rikshospitalet. I rapport fra 1.11.2001 fremgår det at «*Størrelsesorden av denne reduksjonen, 320 mill. kr pr år, virker imidlertid for optimistisk og var beregnet på for enkelt grunnlag.*»

#### 8.3.4 Sammenligning basert på Samdata

Helsedirektoratet publiserer årlig rapporten «*Samdata spesialisthelsetjenesten*». Rapporten som publiseres i september hvert år, inneholder hovedtall for både somatisk sektor, psykisk helsevern og for tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Formålet med rapporten er å gi svar på sentrale og grunnleggende helsepolitiske spørsmål om spesialisthelsetjenesten i Norge, som hvor mye av landets ressurser brukes på spesialisthelsetjenester, og er det noen deler av landet som bruker mer penger på spesialisthelsetjenester enn andre?

Tall fra Samdata kan inngå i en vurdering om OUS har et sannsynlig potensial for resultatforbedring når det sammenlignes med de tre andre regionsykehusene som har regionsfunksjoner; Helse Bergen, St. Olavs Hospital og OUS Nord-Norge (UNN).

En slik sammenligning viser at OUS kan ha et potensial på mellom 4 til 6 %. Det er da lagt til grunn en sammenligning av lønnskostnad pr. DRG for somatisk virksomhet og driftskostnad pr. oppholdsdøgn for psykisk helsevern. Utfordringen ved en slik sammenligning er imidlertid stor. OUS har for eksempel en høyere andel av regional- og landsfunksjoner enn de andre regionale foretakene. Sykehus med mer spesialiserte funksjoner får i de fleste tilfeller en høyere kostnad pr. opphold. De regionale helseforetakene har også gjennomført noen foreløpige vurderinger av *Indikatorer for intern effektivitet i spesialisthelsetjenesten*, der SAMDATA og driftskostnad pr. DRG-poeng er vurdert. Dette arbeidet ga indikasjoner på at OUS kan ha et noe lavere relativt kostnadsnivå enn det som fremkommer i Samdata. En sammenligning basert på Samdata må derfor benyttes med forsiktighet, men kan gi en indikasjon på at det er et potensial for besparelser i OUS.

#### 8.3.5 Metode fra Arealutviklingsplan 2025

I Arealutviklingsplan 2025 ble det tatt utgangspunkt i antall administrative enheter i 2011 med tilhørende årsverk for å beregne effekt på driftsøkonomi. Den årlige effektiviseringen fremkom ved reduksjon i antall administrative enheter og i antall årsverk. Dette ga en samlet effekt på 335 mill. kroner årlig. I tillegg ville fremtidig organisering og nye løsninger innen billediagnostikk kunne medføre ytterligere driftsøkonomisk effektivisering på ca. 70 mill. kroner. Anslaget for utvikling frem mot 2025 var basert på:

- Scenario 2 for PHA - all virksomhet utenom DPS og BUP poliklinikk samlet på to steder (Ullevål og Gaustad). DPS og BUP poliklinikk samles på to steder.
- Scenario 3 med somatikk samlet primært på tre steder, Ullevål, Rikshospitalet og Radiumhospitalet. I tillegg fortsatt virksomhet ved SSE i Sandvika.

Utgangspunkt for effektiviseringsgevinstene var nye bygg og samlokalisering av enheter. Omfanget av tiltak i alternativene som inngår i denne idéfasen er vesentlig større enn i arealutviklingsplanen. Gevinstene identifisert i arealutviklingsplanen må derfor forventes videreført og økt. Over halvparten av effekten identifisert i utviklingsplanen var knyttet til endring i antall årsverk ved sengeposter. Det foreligger flere rapporter som belyser driftsøkonomi knyttet til sengeposter og som understøtter et potensial for effektivisering.

- *Gevinstrealisering, oppholdskapasitet*  
Det ble i 2010 utarbeidet forslag til overordnet strategi for forvaltning av sykepleierressursene i sengepostene for å sikre god faglig kvalitet og god økonomistyring. Kartleggingen viste at sengepostene var svært ulike i størrelse både med hensyn til oppholdskapasitet og budsjetterte årsverk, og det ble også identifisert ulik bemanning for sammenlignbare enheter både internt i klinikker og mellom klinikker. For å sikre kostnadseffektiv drift ble det blant annet anbefalt at somatiske sengeposter for voksne bør være 25 – 30 senger.
- *Presentasjon om bemanningsnormering*  
OUS ledermøte vedtok høsten 2011 «Retningslinje for bruk av bemanningsnorm for sykepleiere ved sengepostene». Formålet var like forutsetninger for drift og bemanning av sengeposter og å sikre faglig forsvarlighet samt ansattes og sykehusets behov for fagutvikling. Kartleggingen av 72 sengeposter viste at OUS drifter med flere årsverk enn det som er vedtatt normering. Korrigert for innrapportert pasienttyngde og intermedieær-senger er dette anslått til 400 årsverk. Det er stor usikkerhet ved denne type beregninger.

### 8.3.6 Forskjeller mellom alternativene

Utbyggingsalternativene vurderes som langt bedre enn 0-alternativet grunnet vesentlig omfang av nybygg og ombygginger som legger til rette for samling av oppstykkede pasientforløp, dupliserte funksjoner og spredt faglig virksomhet, som igjen gir mer effektiv drift. Og utfordringene med til dels gammel og uhensiktsmessig bygningsmasse spredt over mange lokaliteter, må forventes å øke fremover.

Klyngemodellen er den av virksomhetsmodellene som er vurdert til å ha størst potensial for effektiv drift. Dette begrunnes med at modellen legger til rette for rasjonell drift gjennom ikke for store og relativt autonome enheter eller klynger, som tilbyr mest mulig komplette forløp til sine pasientgrupper, samt at klyngene er fysisk plassert slik at de kan dele på tung infrastruktur. Modellen vil enten være helt samlet eller noe desentralisert for noen aktiviteter.

Videreføring av dagens virksomhetsmodell er vurdert til å ha et noe lavere potensial enn klyngemodellen. Ved videreføring av dagens virksomhetsmodell ville ikke elektiv virksomhet være skjermet fra akuttvirksomhet, noe som kan ha uheldige følger for så vel driftseffektivitet som kvalitet på pasientbehandlingen. Videre kan det være mer utfordrende å drive et meget stort, samlet OUS med dagens faginndelte klinikkstruktur, enn dersom det blir inndelt i mindre, tverrfaglige enheter, organisert for å kunne yte helhetlig pasientbehandling for tematisk inndelte pasientgrupper.

Den nivådelte virksomhetsmodellen er vurdert til å være den av de tre modellene som har det laveste potensialet for effektivisering. Den funksjonsnivådelte strukturen anses kun som aktuell for en delt lokalisering-løsning. En slik delt løsning vil innebære ulemper, ikke minst knyttet til duplisering av funksjoner, inkludert akuttmottak og deling av spesialiteter i sykehuset.

### 8.3.7 Driftsøkonomiske utfordringer versus størrelse

Samling av virksomhet har åpenbart noen driftsøkonomiske fordeler, men en omfattende samling kan også ha sider som også virker i motsatt retning. Store ledelsesmessige kontrollspenn, alternativt meget dyp organisering, sammen med en omfattende bredde av oppgaver som skal løses, kan være utfordringer med negativ effekt på driftsøkonomi. Det foreligger ikke noen entydig dokumentasjon for hva som er en driftsøkonomisk hensiktsmessig størrelse for et sykehus. Mindre enheter som det er lett å ha oversikt og kontroll over og som ikke er for langt fra besluttsende myndighet, vil fortone seg som lettere styrbare og dermed ha større sjanse for å oppnå en god driftseffektivitet.

I klyngemodellen kan bygningene i noen grad spres, men de fleste av sentrene bør holdes samlet dersom de skal kunne dele på tung infrastruktur. Modellen kan ha et potensial til både å ta vare på stordriftsfordeler ved at bygningene i stor grad kan plasseres på samme geografiske område,



samtidig som den gir mulighet for etablering av mindre, tematiske enheter organisert med utgangspunkt i pasientforløp, på tvers av spesialiteter.

Klyngemodellen vil også kunne appliseres i en samlet bygningsmasse, men det antas at de driftsøkonomiske fordelene som separate bygninger gir i forhold til oversikt, tilhørighet og kontroll, i noen grad utviskes i en stor bygningsmasse.

### 8.3.8 Oppsummering av effektivisering av kjernedriften

Driftsøkonomiske vurderinger i idéfasen er gjort på overordnet nivå og etter enkle modeller. Ulike fremgangsmåter viser alle et potensial for effektivisering av kjernedriften ved helseforetaket. Informasjon fra andre større byggeprosjekter, en sammenligning basert på Samdata, og arealutviklingsplanen viser et potensial på effektivisering i størrelsesorden 350 til 1.200 mrd. kroner, som svarer til 2-6 % av årlig omsetning ved OUS.

En effektivisering på 6 % vurderes som høyt. Dette nivået er basert på sammenligning av tall fra Samdata, en sammenligning som må benyttes med forsiktighet. Tilsvarende er 2 % lavt sett i forhold til informasjon som er innhentet og vurderinger som ble gjort i Arealutviklingsplan 2025. Etter en samlet vurdering er potensialet i virksomhetsmodell 3 satt til 4 % av OUS sitt budsjett for 2014, tilsvarende 800 mill. kroner. Det er gjort en skjønnsmessig vurdering av differansen til de to andre.

Det er stor usikkerhet om hvilke driftsøkonomiske effekter som kan oppnås. Det er derfor gjort følsomhetsanalyser for ulike variabler, se nedenfor.

Vurderingen har 2014 som referanseår. Effektivisering vil kunne økes i årene som kommer, blant annet grunnet aktivitetsvekst. I 0-alternativet må det gjøres tiltak for at alternativet skal være et reelt for sammenligning. Det er lagt til grunn at tiltakene vil være driftseffektive, og det er tatt med en effektivisering tilsvarende 10 % av virksomhetsmodell 3 (klyngemodell).

I påfølgende konseptfase vil det være behov for å gå mer i dybden, med beregninger og analyser i tråd med veilederen for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter.

### 8.3.9 Bortfall av leiekostnader

OUS leier i dag arealer for å tilfredsstille sykehusets behov. Leiearealet er ca. 85 500 kvm og årlig leiebeløp er ca. 165 mill. kroner. De største leiearealene er i Forskningsveien 2, parkeringsanlegg ved Radiumhospitalet (for ansatte), Fr. Nansens vei 12 (alderspsykiatri) og BUP i Gjerdrumsveien 21.

Gjennom realisering av nybygg i alternativene 1 til 6 vil flere av disse leieforholdene ikke lenger være aktuelle. Årlig bortfall av leiekostnader utgjør ca. 44 mill. kroner. I 0-alternativet vil sykehuset øke omfanget av leie av lokaler hos OCCI (Oslo Cancer Cluster Innovation Park) med 4 mill. kroner årlig. Disse endringene i leiekostnader mellom alternativene, samlet 48 mill. kroner, er tatt med i beregning av økonomiske bærekraft.

OUS vil også i alle alternativene ha et vesentlig omfang av leie, bl.a. i Forskningsveien 2 samt lokaler til ambulanser og DPS. Disse leiekostnadene er uavhengig av alternativene og er ikke tatt med i økonomiberegningene.

## 8.4 Gevinstrealisering

Videre utvikling og utbygging ved OUS vil fordre en organisasjonsutvikling med tilhørende endringer i oppgavedeling og samarbeidsrelasjoner i sykehuset. Det må arbeides systematisk i linjeorganisasjonen over tid for å ta ut gevinst ved slike omstillinger. Linjeledere må involveres, ansvarliggjøres og opparbeide eierskap til nye arbeidsmåter. I konseptfasen må dette utredes videre med driftsøkonomiske beregninger, gevinstrealisering og organisasjonsutvikling, gjerne basert på erfaringer fra andre sykehusprosjekter.



For nytt østfoldsykehus er det etablert eget OU-prosjekt som forbereder organisasjonen på de endringer som følger av utbyggingen. Prosjektet skal bidra til konkrete planer for den nye sykehusorganisasjonen, tilpasset funksjonsløsninger, medisinsk-teknisk utstyr og tekniske løsninger. Formålet er å finne de beste løsningene for pasientbehandling og arbeidsmåter. Det pågår blant annet et arbeid med forslag til bemanning i standard sengeområde. Resultatet av dette arbeidet vil være på plass i løpet av våren 2014.

SINTEF har i samarbeid med UiO gjennomført følgeforskningsprosjektet «Ledelsens betydning for omstilling og endring»<sup>10</sup>. Prosjektet skulle følge OU-prosessens bidrag til gjennomføring av Ahus, spesielt ledelsens rolle i den sammenheng.

## 8.5 Realisering av verdier

### 8.5.1 Verdivurdering av eiendommer som kan frigis

Ved samling av sykehusets virksomhet vil flere av sykehusets eiendommer kunne avhendes, forutsatt at hovedtyngden av virksomheten samles. Det er foretatt en verdivurdering av disse eiendommene,<sup>11</sup>. Dette gjelder områdene Radiumhospitalet, Aker, Ullevål, Sognsvannsveien (Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling), Spesialsykehuset for epilepsi (SSE) i Bærum og Dikemark i Asker.<sup>12</sup>

Verdivurderingene er gjort på bakgrunn av påregnet sannsynlig utviklingspotensial, nedjustert med ny eiers «risikopremie» for omregulering. Utviklingsformål er forutsatt i hovedsak å være boliger og/eller næringsbygg.

Verdien av eiendommer som kan avhendes dersom sykehuset samles i Gaustad-området er anslått til i underkant av 6 mrd. kroner. Anslagene anses som nøkterne, både ved at det er forutsatt at eiendommene selges uten omregulering og derved tilrettelegging for verdiøkning og fordi verdipotensialet i spesialbygg ikke er hensyntatt.

Det er så langt ikke utarbeidet en strategi for hvordan OUS skal forvalte sine eiendommer etter at de frigis for annen anvendelse. Om eiendommer skal avhendes før eller etter omregulering må vurderes i senere planleggingsfase. Alternative strategier som vil vurderes for de enkelte eiendommene er:

- Selge eiendommen som den er
- Omregulering – selge
- Omregulering – videreutvikle – selge

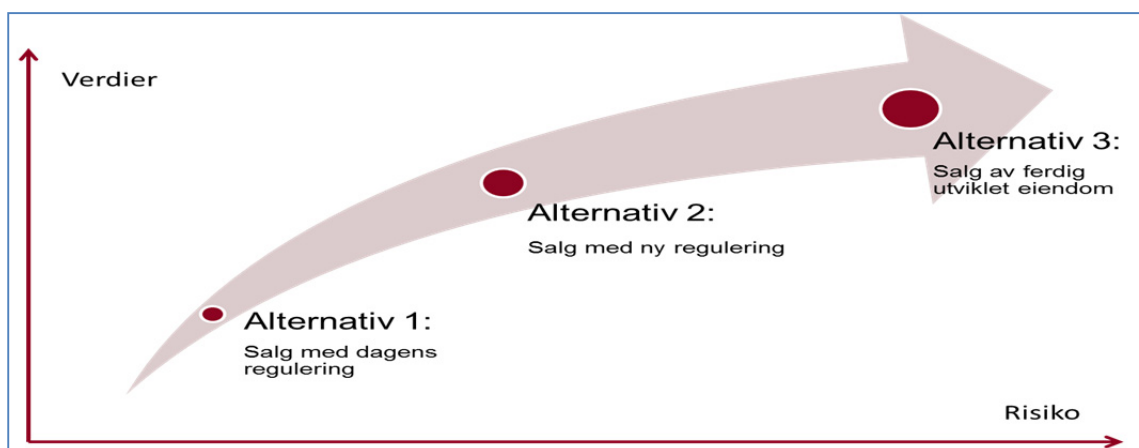
---

10 Rapporten: Ledelse i et sykehus i omstilling. En oppsummering av et følgeforskningsprosjekt ved Akershus universitetssykehus i perioden 2006-2010, SINTEF Teknologi og samfunn, Helse, 2011-03-31

11 Verdiestimat av portefølje av sykehuseiendommer – Utvikling, Multiconsult AS og Foss & Co Næringsmegling AS, mars 2014

12 Verdivurdering av Dikemark, Helse Sør-Øst RHF, mars 2014

Sammenhengen mellom verdi og risiko for OUS er prinsipielt illustrert i figuren nedenfor.



Figur 67 - Verdi og risiko for alternative eiendomsstrategier

OUS er underlagt *avhendingsinstruksen* som gir retningslinjer for avhending av fast eiendom som staten eier. Eiendommer skal som hovedregel avhendes til den som gir høyest bud. Denne regelen kan bare fravikes dersom det vil være økonomisk mer fordelaktig for staten å avhende til en annen. Ved direkte salg må ikke salgsprisen være lavere enn takst basert på markedspris.

## 8.6 Nåverdiberegning av alternativene

Med bistand fra HSØ er det etablert en analysemodell for beregning av nåverdier for alle alternativene. Beregninger er gjennomført både for prosjektene isolert og for helseforetaket (ref. kapittel 8.8)

Inngangsverdier for beregningene:

- Investeringsbehov 2015-2030 (nybygg, ombygging, teknisk oppgradering, andre kostnader som infrastruktur, riving)
- Driftsgevinster (FDVU, kjernedrift, bortfall av leiekostnader)

Forutsetninger:

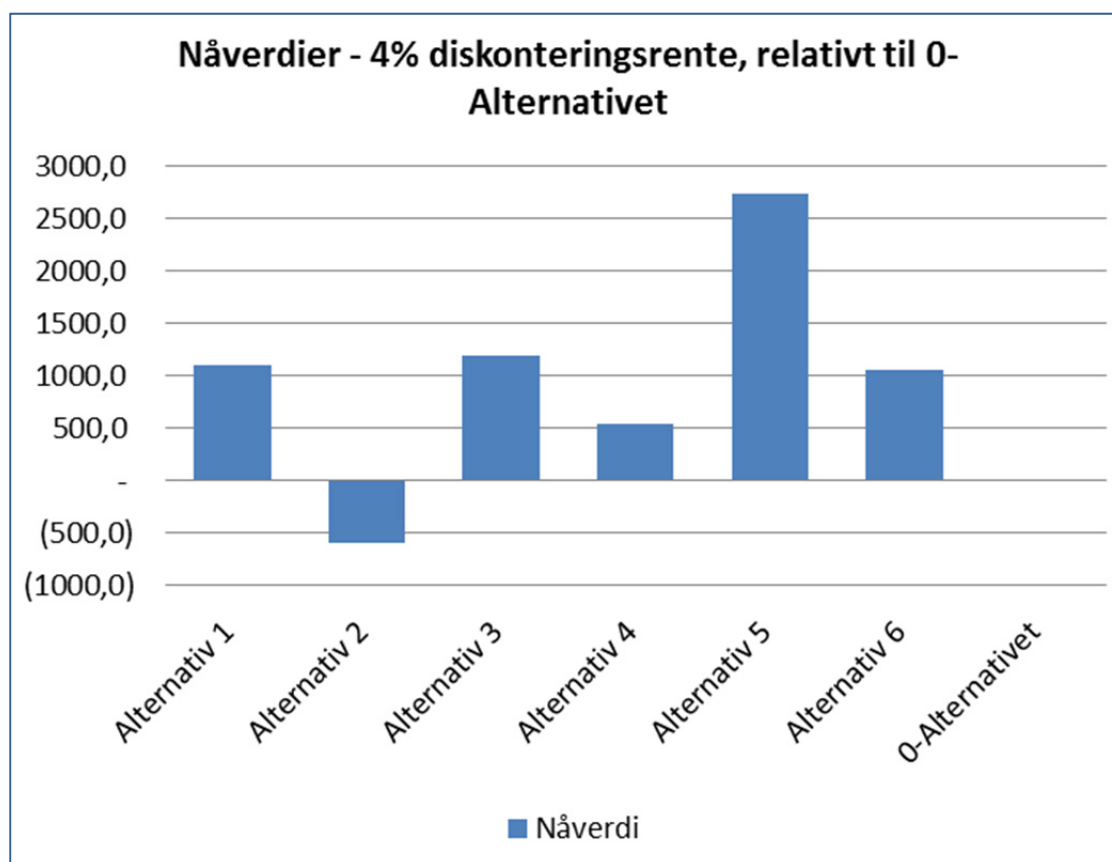
- Rente på lån (årlig) 3 %
- Avdragstid lån 25 år
- Byggelånsrenter er inkludert i byggeperioden
- Diskonteringsrente nåverdi, 4 %
- Økonomisk levetid 27 år

Det er i investeringsbehovet inkludert arealer til forskning og utdanning, og det er i beregningene forutsatt at UiO/KD finansierer 50 % av kostnadene til disse arealene.

Modellen ivaretar etappevis utbygging, og det er lagt til grunn at fordeling av driftsgevinster per etappe baseres på andel nybygg per etappe.

Arbeidet med idéfase har vist at det ikke er et alternativ ikke å investere i bygninger for Oslo universitetssykehus HF de kommende ti-årene. Reelt sett er spørsmålet derfor hvilke investeringer som skal gjennomføres, enten med hovedtyngden av investeringene i oppgradering og forbedring av eksisterende bygninger (0-alternativet) eller i form av nybygg slik det er vist i de ulike andre alternativene. I figuren under er derfor nåverdiene til de enkelte alternativene vist i forhold til 0-alternativet. I beregningene som er gjengitt i denne figuren er ikke avhending av eiendom inkludert, i samsvar med praksis i Helse Sør-Øst RHF. Dette betyr at 0-alternativet i beregningen kommer relativt sett bedre ut i og med at alle de andre alternativene frigjør betydelige deler av dagens tomter for salg, og at kostnadene ved å skaffe nye tomtearealer er tatt med på kostnadsiden. I tillegg kommer det faktum at 0-alternativet faktisk dekker opp en mindre andel av utstyrsinvesteringene da

denne er estimert som en andel av nybygg. Et siste viktig punkt er at usikkerheten (i negativ retning) er større knyttet til 0-alternativet enn ved de øvrige alternativene.



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

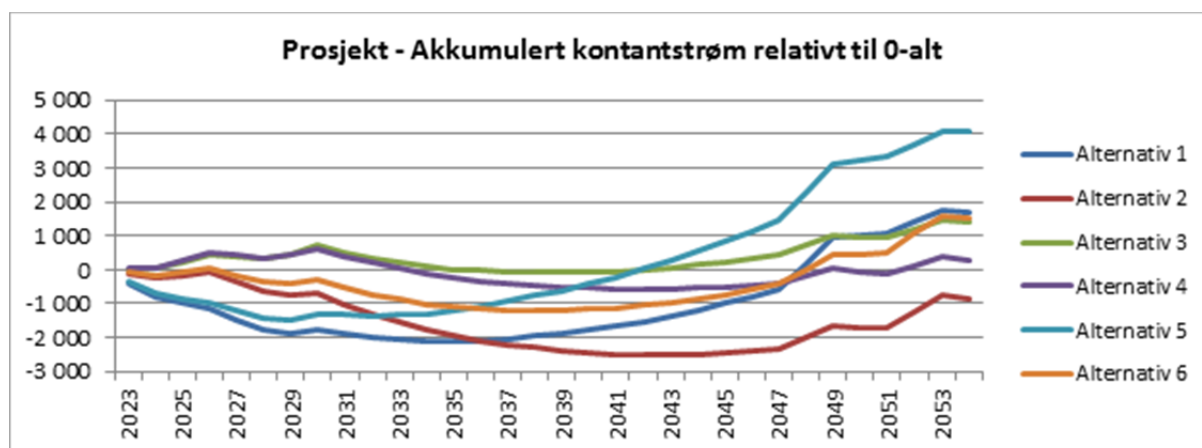
Alt. 5: Gaustad Øst - Klyngemodell

Alt. 6: Gaustad Sør - Klyngemodell

**Figur 68 - Sum av nåverdier i millioner kroner for utbyggingen relativt til 0-Alternativet neddiskontert til ferdigstillelse av den enkelte etappe**

Beregningene viser at alternativ 5 har høyest økonomisk nåverdi målt mot 0-alternativet, foran alternativene 3, 1 og 6. Det er for alternativ 5 og 6 lagt til grunn de samme driftsgevinstene (FDVU, kjernedrift, bortfall av leiekostnader) i beregningene samt det samme arealbehovet. Alternativ 5 kommer bedre ut enn alternativ 6 grunnet lavere investeringsbehov (ca. 2 mrd. kroner). Dette skyldes primært kostnader til tunell og riving (samt erstatningsbygg) av større deler av PKI og A-avsnittet enn i alternativ 5. Alternativ 1 har det samme investeringsbehovet og nivå på FDVU-kostnader som alternativ 5, men et lavere potensiale for driftsgevinster på kjernedriften. Alternativ 3 har vesentlig lavere investeringsbehov enn alternativene 1, 2, 5 og 6.

I tabellen under fremkommer den akkumulerte kontantstrømmen år for år uten diskontering relativt til 0-alternativet.



Alt. 1: Gaustad Øst - Dagens virksomhetsmodell

Alt. 2: Gaustad Sør - Dagens virksomhetsmodell

Alt. 3: Ullevål Nord / Gaustad med lokk - Nivådelt virksomhet

Alt. 4: Ullevål Sør / Gaustad med lokk - Nivådelt virksomhet

Alt. 5: Gaustad Øst - Klyngemodell

Alt. 6: Gaustad Sør - Klyngemodell

**Figur 69 - Akkumulerte kontantstrømmer for utbyggingen relativt til 0-alternativet uten diskontering**

Ved å oppsummere de udiskonterte kontantstrømmene relativt til 0-Alternativet blir rekkefølgen noe annerledes og alternativ 6 og 1 kommer om lag likt ut etter alternativ 5.

## 8.7 Økonomisk bæreevne

I dette kapittelet belyses Oslo universitetssykehus HF's evne til å bære kostnadene ved de store investeringsalternativene, såkalt økonomisk bæreevne. Investeringene kan da ikke lenger sees isolert, men må settes inn i en sammenheng med forventet utvikling i drift av foretaket forutsatt at investeringsprosjektene gjennomføres. Også andre investeringer må inn i vurderingen, blant annet investeringene i medisinsk-teknisk utstyr og IKT. Økonomisk bæreevne på lang sikt blir i stor grad et spørsmål om foretaket klarer over tid å gjennomføre driften innenfor forutsatte tildelte inntekter, dvs. drive i økonomisk balanse i et flerårig perspektiv. I praksis vil dette være sammenfallende med hvorvidt foretaket er i stand til å opprettholde verdien av egenkapitalen over tid.

### 8.7.1 Metode og startpunkt for vurdering av den økonomiske bæreevne

For å beregne den økonomiske bæreevnen er det benyttet Helse Sør-Øst RHF's modell for økonomisk langtidsplan (ØLP) som for dette formål er utvidet til også å omfatte årene fra 2035-2040. Det er utført enkelte beregninger i modellen også for årene 2040-2065.

Oslo universitetssykehus HF styrebehandlet økonomisk langtidsplan for årene 2015-2018 (35) den 24. april 2014. De driftsforutsetningene som ble lagt til grunn den gang er benyttet som utgangspunkt for vurdering av den økonomiske bæreevne i dette kapittelet.

I den økonomiske langtidsplan er det lagt til grunn et krav om å effektivisere driften fra 2015-2018 med 1,5 pst per år, totalt 6 pst for planperioden. Dette kravet inngår i denne vurderingen av økonomisk bæreevne.

### 8.7.2 Investeringsalternativ som er vurdert

Det må gjøres en rekke vurderinger når de ulike investeringsalternativene skal kombineres på en konsistent måte med forutsetningene for drift. Så langt i arbeidet med å vurdere økonomisk bæreevne har det derfor ikke vært praktisk mulig å vurdere alle de aktuelle alternativene. De beregningene som presenteres nedenfor er derfor knyttet til to av alternativene: 0-alternativet og investeringsalternativ 6. Det siste er valgt fordi det innebærer det høyeste investeringsnivået.

Det er i tillegg lagt inn forutsetninger om investeringer også etter 2030 for å sikre at sykehuset også etter 2030 driftes i moderne og adekvate bygg. For 0-alternativet er dette håndtert ved å fastsette

minimumsnivå på anleggsmiddelverdier til 17 milliarder kroner og for alternativ 6 er dette nivået satt til 25 milliarder kroner.

### 8.7.3 Innarbeiding av endrede inntekts- og kostnadsforutsetninger i modell for økonomisk langtidsplan

Alternativene i denne rapporten omfatter som nevnt ovenfor forutsetninger om aktivitet og drift i sykehuset frem til 2030. Fra 2031 og videre er det lagt til grunn uendret aktivitet, inntekter og ressursbruk i løpende drift.

Aktivitetsbaserte inntekter er beregnet med bakgrunn i forutsatt aktivitetsvekst fra 2012 til 2030 (ref. kapittel 4), hensyntatt faktisk vekst og vekstanslag for perioden 2012-2018 som er behandlet i økonomisk langtidsplan 2015-2018. Dette innebærer om lag 0,5 pst inntektsvekst per år i perioden 2019-2030. For basisinntekter er det for perioden 2015-2018 lagt til grunn de forutsetningene som er mottatt fra Helse Sør-Øst RHF i arbeidet med økonomisk langtidsplan. Fra 2019-2030 er det lagt til grunn tilsvarende vekst som i de aktivitetsbaserte inntektene.

For vare- og lønnskostnader er det lagt til økning som tilsvarende vekst fra 2019-2030. For 0-alternativet og alternativ 6 er det lagt inn driftsinnsparing etter innflytting i nye bygg med henholdsvis 80 og 800 mill. kroner (ref. kapittel 8.3). For andre driftskostnader er det lagt til grunn de beregnede årlige endringene i FDV- og leiekostnader. Det er ikke vurdert endringer i IKT kostnader etter 2018, det vil si at nivået fra 2018 er videreført hele perioden. Nivået i 2018 er om lag 300 mill. kroner høyere enn budsjett 2014. Resterende andre driftskostnader øker i takt med vekst i aktivitet på 0,5 % per år.

Det er beregnet avskrivningskostnader som følger av investeringer i alternativene. For alternativ 6, Gaustad sør, klyngemodell er det lagt til grunn en avskrivningstid for investeringer i de bygg som skal erstattes med nye bygg som representerer restlevetiden, dvs. ingen restverdi ved planlagt utflytting i 2030. Det høye nivået på investeringer i bygg som skal rives (4,4 milliarder kroner i alternativ 6) medfører alene årlige avskrivninger frem til 2030 på om lag 325 mill. kroner. Det er restverdier i balansen i 2030 for investeringer gjennomført til og med 2013 i bygg som er forutsatt solgt (blant annet Ullevål og Radiumhospitalet). Ettersom det ikke foreligger planer for endelig bruk/avhendelse av de bygg som har restverdier i 2030, er det ikke lagt inn ekstra avskrivninger/nedskrivninger eller ekstra salgsinntekter for disse byggene. Disse restverdiene inngår dermed i årlige avskrivninger for alternativ 6 Gaustad sør med klyngemodell, etter 2030 i denne beregningen.

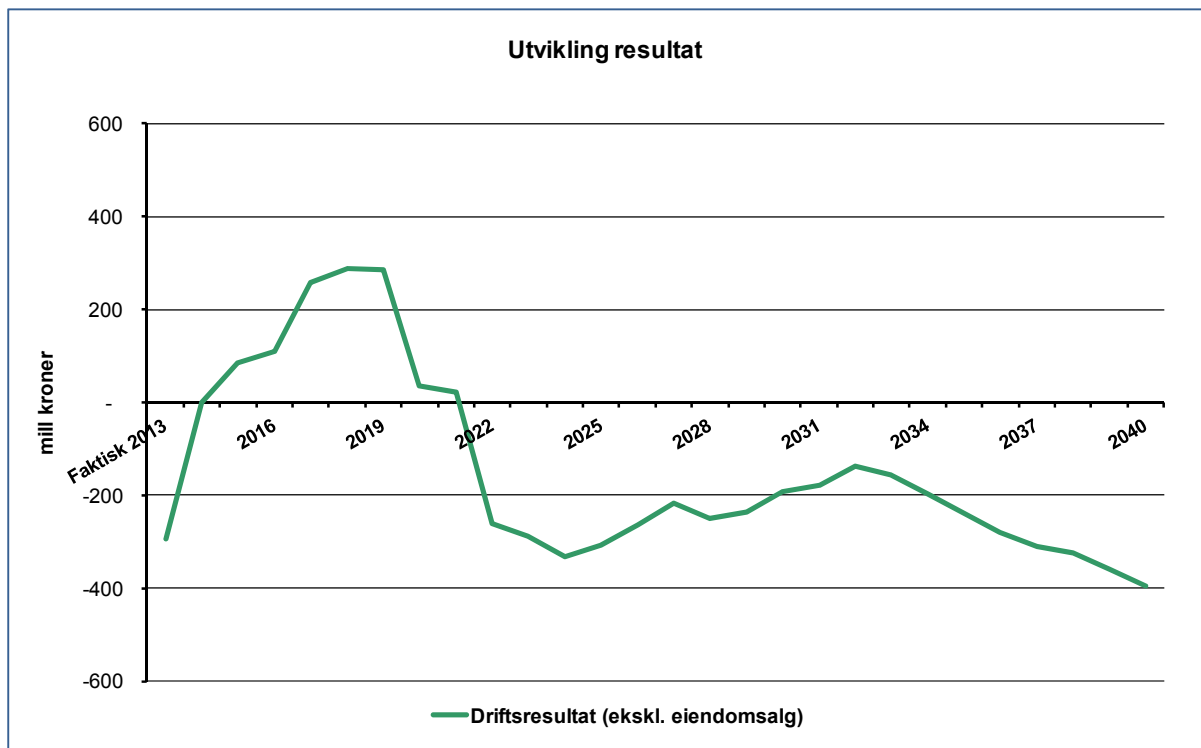
Finansinntekter og kostnader endres i takt med endringer i lån til investeringer, endringer i driftsresultatet og endringer i fordring på Helse Sør-Øst RHF.

### 8.7.4 Økonomisk bæreevne for 0-alternativet

Kortfattet er utviklingen i de viktigste forholdene som påvirker økonomisk bæreevne følgende::

- Økte avskrivninger, rentekostnader og FDVU kostnader
  - Avskrivninger i 2014 er på om lag 900 mill. kroner og vil øke med om lag 400 mill. kroner til 1 300 mill. kroner som et varig nivå fra 2030.
  - Netto finanskostnader (om lag like store renteinntekter som rentekostnader i 2014) svekkes med om lag 300 mill. kroner fra 2014 til 2031, men nivået bedres deretter i takt med økte fordringer på Helse Sør-Øst RHF
  - Økning i FDVU kostnader utgjør om lag 350 mill. kroner fra 2014 til 2040
- Effektivisering og bidrag fra drift
  - I årene 2015-2018 er det forventet effektivisering for om lag 600 mill. kroner
  - Effektivisering når virksomhet flytter inn i nye bygg er estimert til 80 mill. kroner i reduserte lønnskostnader i klinikkene

Holdes disse forholdene opp mot hverandre viser beregningene at de krav som stilles til effektivisering av drift fra 2015 til 2018 og den effekt som er beregnet ved innflytting i nye bygg i dette alternativet ikke er tilstrekkelige til å håndtere de økte rente og avskrivningskostnadene som følger av investeringene. I grafen under vises beregnet resultatutviklingen i Oslo universitetssykehus HF.



Figur 70 - Utvikling i resultat 2013-2040 med 0-alternativet

Modellen beregner også endringer i de balanseførte verdier. Følgende utviklingstrekk er beregnet for 0-alternativet:

- Omfanget av varige driftsmidler øker i takt med investeringene frem til 2022 og reduserer etter dette til et nivå som anslås som nødvendig for å sikre adekvate forhold for sykehusdrift i gamle bygg frem til 2040.
- Langsiktig gjeld øker frem til 2021 ettersom 70 pst av investeringene i bygg i 0-alternativet forutsatt finansiert med lån fra departementet. Etter ferdigstillelse av bygg og oppgraderinger betales gjelden ned over 25 år.
- Egenkapitalen utvikler seg negativt fra 2022 og i takt med de negative driftsresultater der alle inntekter og kostnader er innarbeidet.

Det understrekes at det er stor usikkerhet ved denne type beregninger. Beregningene viser imidlertid at det med forutsetningene omtalt ovenfor er det ikke er økonomisk bæreevne i Oslo universitetssykehus HF til å oppgradere og drifte virksomheten videre i gammel bygningsmasse når de aktuelle oppgraderingene som er forutsatt i 0-alternativet skal gjennomføres. Sagt på en annen måte viser beregningene at foretaket må effektivisere virksomheten ytterligere utover det som så langt er lagt til grunn for at dette alternativet (0-alternativet) skal være økonomiske bærekraftig.

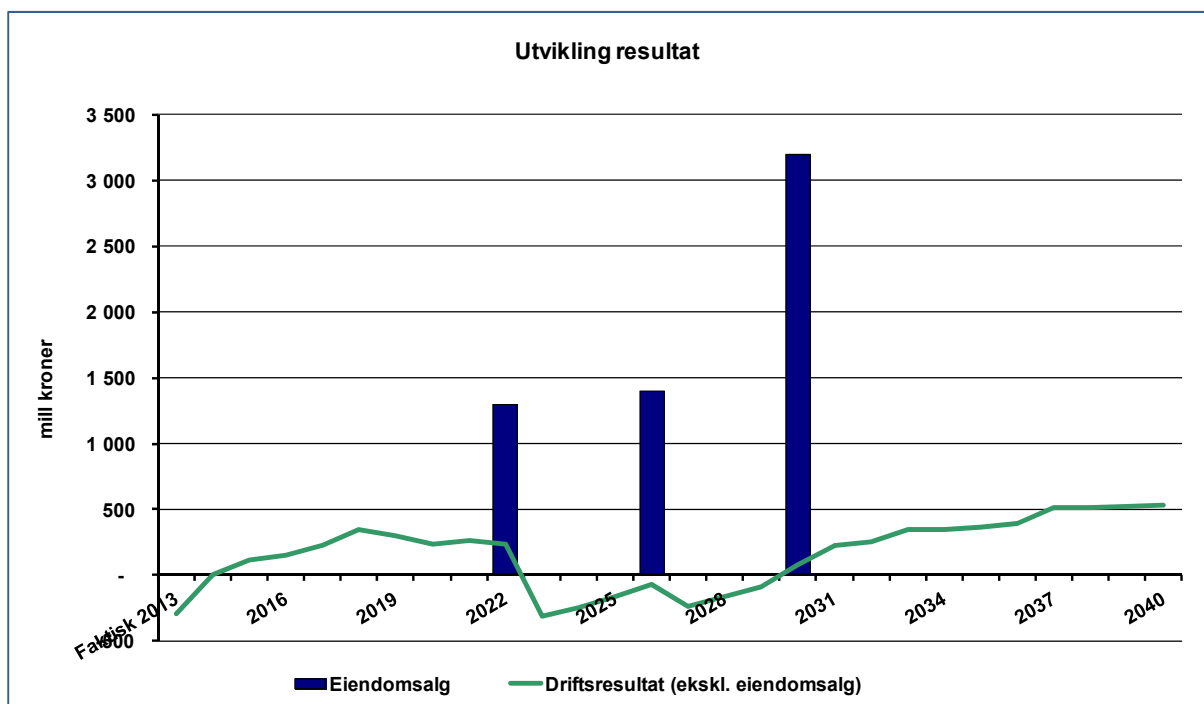
### 8.7.5 Økonomisk bæreevne for alternativ 6

Kortfattet er utviklingen i de viktigste forholdene som påvirker økonomisk bæreevne i alternativ 6 (Gaustad sør med klyngemodell) følgende:

- Økte avskrivninger og rentekostnader:
  - Avskrivninger i 2014 er på om lag 900 mill. kroner og vil øke med om lag 800 mill. kroner til om lag 1 700 mill. kroner som et varig nivå fra 2030.
  - Netto finanskostnader (om lag null i 2014) svekkes med om lag 500 mill. kroner fra 2014 til 2031, men nivået bedres senere.
- Effektivisering og bidrag fra drift:
  - I årene 2015-2018 er det forventet effektivisering for om lag 600 mill. kroner
  - Effektivisering når virksomhet flytter inn i nye bygg er estimert til 800 mill. kroner i reduserte lønnskostnader i klinikkene
  - Endringer som følge av reduserte leiekostnader og økte forvaltnings, drift og vedlikeholdskostnader blir om lag utlignet

Disse forholdene holdt opp mot hverandre viser at de krav som stilles til effektivisering av drift er tilstrekkelige til å håndtere de økte rente- og avskrivningskostnadene som følger av investeringene.

I grafen under vises resultatutviklingen i Oslo universitetssykehus HF. Den grønne linjen viser beregnet resultatutvikling eksklusive beregnede gevinster fra eiendomssalg. De blå stolpene viser beregnet gevinst av eiendomssalg for de aktuelle årene.



Figur 71 - Utvikling i resultat 2013-2040 med Alternativ 6, Gaustad sør, klyngemodell



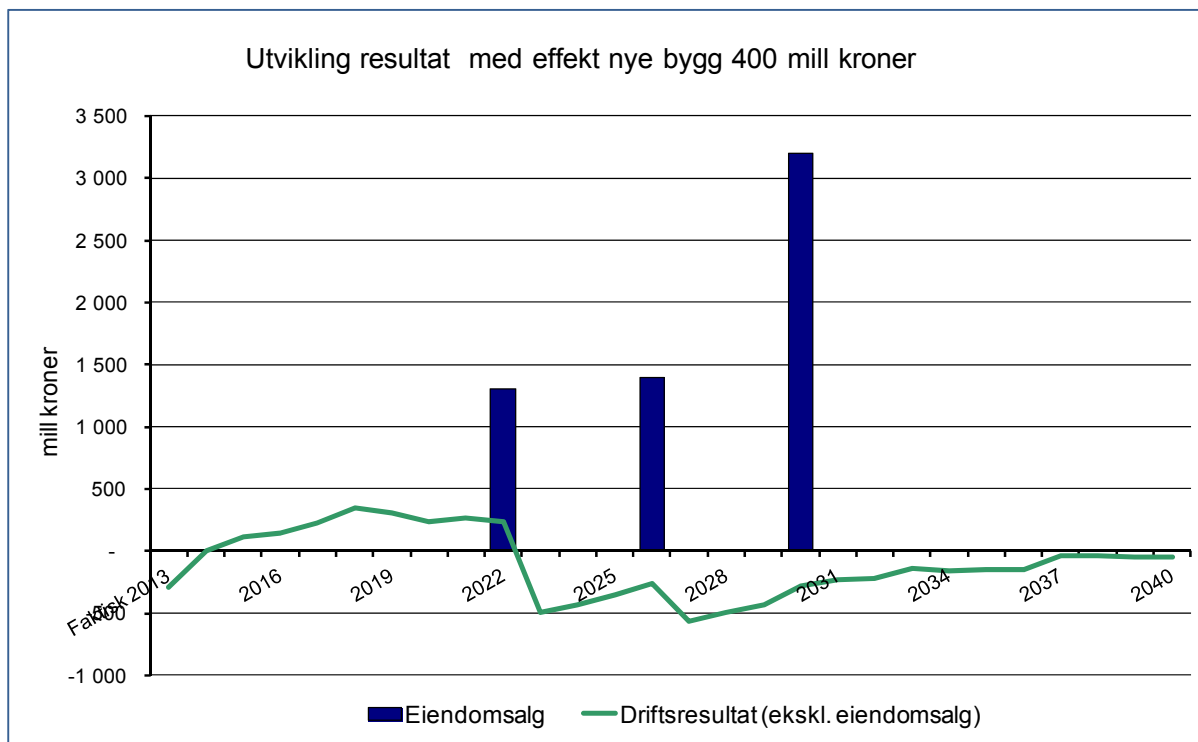
Beregningene viser følgende utviklingstrekk for de balanseførte verdier i dette alternativet:

- Varige driftsmidler øker i takt med investeringene frem til 2030 og reduserer etter dette til et nivå som anslås som nødvendig for å sikre egnede forhold for sykehusdrift på permanent basis.
- Langsiktig gjeld øker frem til 2030 ettersom 70 % av investeringene i nye bygg er forutsatt finansiert med lån fra departementet. Etter ferdigstilling av bygg betales gjelden ned over 25 år.
- Netto basisfordring/konsernkonto øker noe i perioden.
- Egenkapitalen utvikler seg positivt og i takt med de positive driftsresultater der alle inntekter og kostnader er innarbeidet.

Det er også regnet på effekten av reinvesteringer fram til 2065 hvor det forutsettes at anleggsmiddelverdien av bygg holdes på 25 milliarder kroner. Beregningene viser at det etter reinvesteringer fremdeles er positive driftsresultater i årene 2040 til 2065.

### 8.7.6 Følsomhet

Framskrivningene av resultat- og balanseverdier i denne modellen er følsomme for endringer i driftsforutsetningene. Det er derfor regnet på hvordan resultat- og balanseverdier vil utvikle seg dersom effektivisering som kan oppnås som følge av at virksomhet flytter inn i nye bygg reduseres med 50 pst., dvs. en reduksjon fra estimerte 800 mill. kroner i reduserte lønnskostnader i klinikkene til 400 mill. kroner i reduserte kostnader. Grafen under viser resultatutviklingen i Oslo universitetssykehus HF for alternativ 6, Gaustad sør med klyngemodell, under disse forutsetningene.



Figur 72 - Utvikling i resultat 2013-2040 - Alternativ 6, Gaustad sør med klyngemodell med 400 mill. kroner i reduserte driftskostnader

Som grafen over viser er resultatene om lag på null mot slutten av perioden (2040). Som følge av eiendomssalg øker egenkapitalen frem til 2040 selv om driftsinnsparinger er betydelig redusert. Det er også regnet på effekten av reinvesteringer frem til 2065 der anleggsmiddelverdien av bygg holdes på 25 milliarder kroner. Beregningene tyder på at det med dette nivået på driftsinnsparinger

(reduisert fra 800 mill. kroner til 400 mill. kroner) under disse forutsetninger ikke lenger ser ut til å være økonomisk bæreevne for foretaket etter 2040. Sagt på en annen måte så må effektiviseringsgevinsten som følge av gjennomføring av alternativ 6 være større enn 400 mill. kroner for at Oslo universitetssykehus HF skal ha økonomisk bæreevne til å gjennomføre investeringene.

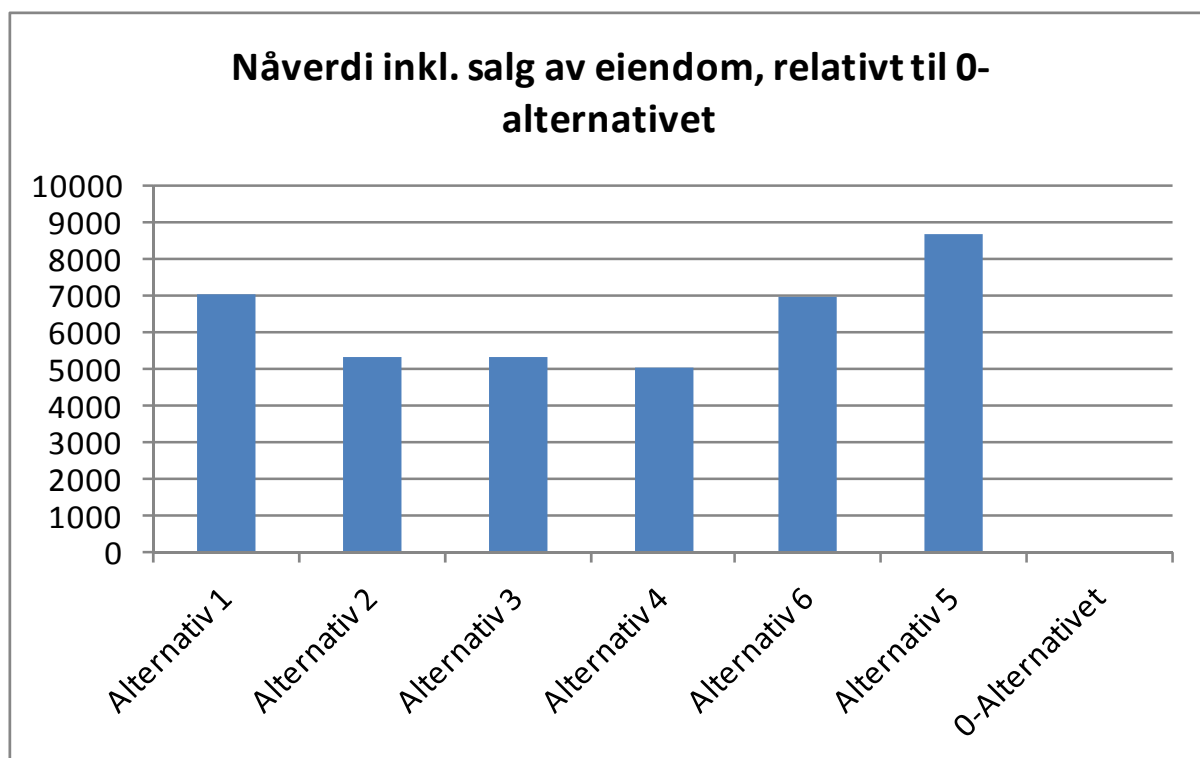
Det er ikke regnet på følsomhet ved endrede rentebetingelser. Beregningene er foretatt i en fastprismodell og i en slik sammenheng vurderes om lag 3 pst rente (og tilsvarende nivå på realrente) å være høyt nok. Et mer nærliggende alternativ ville være å gjennomføre beregningene under forutsetninger av en viss nominell inntektsvekst utover realveksten og da tilsvarende høyere nominell rente. Så langt er det imidlertid ikke gjennomført slike beregninger i idéfasearbeidet.

#### **8.7.7 Samlet vurdering av beregningene av økonomisk bæreevne for Oslo universitetssykehus HF til å gjennomføre investeringsalternativene**

Det understrekes at det er betydelig usikkerhet knyttet til slike framskrivninger. Mindre endringer i forutsetningene videreført i mange år vil kunne gi store utslag på balanseverdier, herunder foretakets egenkapital. Beregningene viser imidlertid at det er mulig å tegne et scenario for Oslo universitetssykehus HF for de kommende ti-år basert på rimelige forutsetninger som innebærer at helseforetaket har økonomisk bæreevne til å håndtere kostnadene forbundet med investeringene i det alternativet som innebærer det høyeste investeringsnivået (alternativ 6, Gaustad Sør med klyngemodell). Dette er imidlertid nøye knyttet til forutsetningene om produktivitetsvekst fra 2015-2018 slik styret har lagt til grunn i økonomisk langtidsplan og et betydelig omfang av ytterligere effektiviseringsgevinster når de nye sykehusbygningene tas i bruk.

#### **8.8 Rangering av alternativene hensyntatt deres innvirkning på helseforetakets økonomi**

Som nevnt ovenfor har det ikke vært mulig å gjennomføre bærekraftberegninger for alle alternativene. En del av oppgavene i et idéfaseprosjekt er imidlertid å gjennomføre en rangering av alternativene hvor ikke bare prosjektene som sådan inngår, men hvor også konsekvensene av de ulike alternativene på foretakets samlede økonomi vurderes. Som et alternativ til tilsvarende beregninger for alle alternativene som er gjennomført for 0-alternativet og alternativ 6 er det foretatt korrigeringer av nåverdberegningene som er omtalt i kapittel 8.6 hvor det på en forenklet måte er tatt hensyn til de ulike alternativenes innvirkning på øvrige økonomiske forhold i Oslo universitetssykehus. Som i kapittel 8.6 er disse alternativene regnet relativt til 0-alternativet fordi formålet er først og fremst å bidra til innbyrdes rangering. De viktigste endringene fra kapittel 8.6 er at disse beregningene også hensyntar gevinster fra salg av eiendom.



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

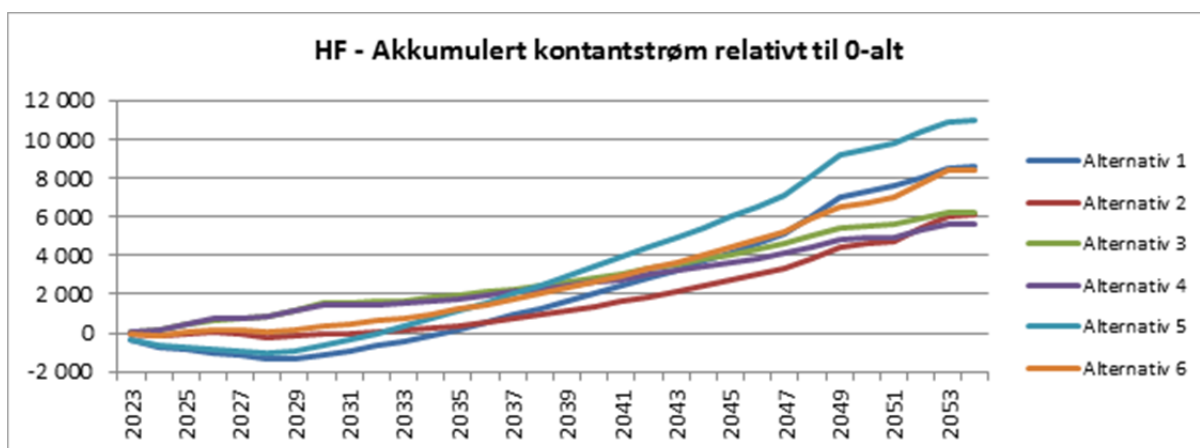
Alt. 5: Gaustad Øst - Klyngemodell

Alt. 6: Gaustad Sør - Klyngemodell

**Figur 73 - Akkumulerte nåverdier i millioner kroner for helseforetaket for utbyggingen (4 % diskonteringsrente) relativt til 0-alternativet**

Beregningene som er gjengitt i figur 7 viser at alternativ 5 har høyest økonomisk bæreevne for helseforetaket målt mot 0-Alternativet, foran alternativene 1, 6 og 2.

I tabellen under fremkommer den akkumulerte kontantstrøm uten diskontering relativt til 0-alternativet.



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

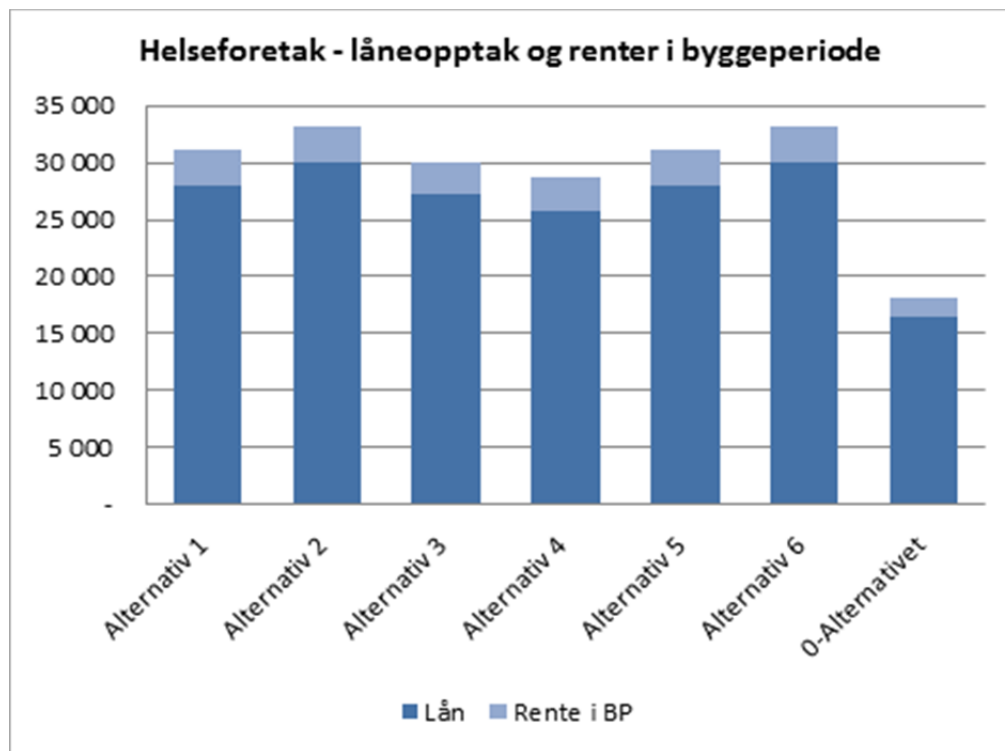
Alt. 5: Gaustad Øst - Klyngemodell

Alt. 6: Gaustad Sør - Klyngemodell

**Figur 74 - Akkumulerte nåverdier for helseforetaket for utbyggingen (4 % diskonteringsrente) relativt til 0-alternativet**

## 8.9 Finansiering

Helse Sør-Øst-modellen for økonomiske analyser av investeringsprosjekter viser behov for låneopptak og konsekvensene for renter i byggeperioden (lånebehovet er korrigert for forventede salgsgevinster og arbeidsforutsetningen om medfinansiering fra Universitetet i Oslo). Resultatet av beregningene er vist i figuren under.



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

Figur 75 - Låneopptak og renter i byggeperioden

## 8.10 Alternative modeller for finansiering

Denne idéfaseutredningen legger til grunn at utbygging for et nytt Oslo universitetssykehus skal skje i etapper og at finansiering skal skje etter tradisjonell modell for sykehusfinansiering hvor inntil 70 % kan lånes fra HOD (til RHF-et) og at resten av prosjektkostnaden finansieres av RHF/HF gjennom tilgjengelig likviditet. Det er videre forutsatt at deler av universitetsarealene finansieres med tilskudd.

Det er i idéfasen også gjort innledende vurderinger av muligheter, begrensninger og sentrale problemstillinger når det gjelder alternativ finansiering.

## 8.11 Samfunnsøkonomisk vurdering av faktorer som ikke er fanget opp under prosjekt- og helseforetaksperspektivet

De fleste effektene som berører pasienter, pårørende, ansatte, befolkningen generelt og sentrale interessenter som kommune, universitet, høyskole og næringsliv er belyst andre steder i idéfaserapporten. Følgende øvrige samfunnseffekter er identifisert utover dette:

- Tilgjengelighet og transport
- Natur og miljø
- Attraktivt for rekruttering
- Beredskap
- Fordelingsvirkninger
- Fleksibilitet i stort og usikkerhet

I det etterfølgende presenteres disse effektene og hvordan de slår ut for de forskjellige alternativene.

### 8.11.1 Tilgjengelighet og transportarbeid

Tilgjengelighet dreier seg om hvor enkelt det er å komme seg til sykehuset, enten som ansatt, pasient eller pårørende, enten reisen foregår med ambulanse (bil eller helikopter), privatbil eller kollektivtransport. Transportarbeid i denne sammenheng omhandler den samlede reiseavstanden og reisetiden som kreves for at ansatte, pasienter og pårørende skal komme til og fra sykehuset. Det er ønskelig med god tilgjengelighet og minst mulig transport.

Den største mengden reiser til og fra sykehuset står de ansatte for. Tilgjengelighet og transportarbeid for denne gruppen veier derfor tungt. Det må i fremtiden forventes at en stor andel av de ansatte reiser til sykehuset med kollektivtransport, til fots eller på sykkel. T-bane er særlig viktig i denne sammenhengen, siden dette transportmidlet er effektivt og har stor kapasitet. T-banedekningen på Gaustad sør er god, mens den er fraværende på Ullevål. Gang- og sykkelveinettet er også viktig. Dette er godt både på Ullevål og Gaustad, men Ullevål har den fordel at det ligger mer sentralt, og således i gang- og sykkelavstand for flere.

Transportarbeidet for de ansatte vil på kort sikt øke uansett valg av alternativ (da med unntak for 0-alternativet, som er dagens situasjon). Det antas at de ansatte tilpasser bosted til arbeidssted på sikt. Forskjellen i transportarbeid mellom Gaustad og Ullevål er antagelig liten, og vil i stor grad handle om tilgjengelighet og ikke avstand, hvilket skulle tilsi at Gaustad sør kommer best ut.

Tilgjengelighet ved øyeblikkelig hjelp kan være livsviktig. Ullevål kommer dårlig ut når det gjelder tilgang med bil, grunnet utfordringer med kø og støy.

Det synes som om samling på Gaustad sør for Rikshospitalet kommer best ut på denne effekten. Nullalternativet er også akseptabelt særlig fordi det antagelig gir minst transport på kort sikt. Ullevål-tomtene 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 Ullevålalternativene. Gaustad øst har også svakheter knyttet til skinnegående kollektivtrafikk, fordi deler av sykehuset vil ligge utenfor normalt akseptert gangavstand fra T-bane og til dels trikk.

### 8.11.2 Natur og miljø

Et stort utbyggingsprosjekt vil ha noen negative effekter på lokalmiljøet i byggeperioden. Dette gjelder støy, støv og trafikk. Omfanget vil antagelig være om lag likt uavhengig av hvor utbyggingen skjer, men det kan være en forskjell på hvor mange mennesker som berøres. Det er ikke et stort antall bolighus i direkte tilknytning hverken til Gaustad-tomta eller Ullevål-tomta. Begge disse tomtene er dessuten allerede i dag preget av betydelig trafikk, på henholdsvis Ring3 og Ring2. Det

synes således ikke som om disse lokalmiljøutfordringene er betydelige eller vesentlig forskjellige for de to alternative tomtene.

Når det gjelder naturinngrep er det derimot betydelige forskjeller mellom alternativene. På Gaustad vil alternativet med tunell åpne opp nye grøntkorridorer, mens alternativet østover vil legge beslag på om lag 100 mål som i dag er åpne sletter og skog, og som til dels er regulert til friområde.

Gaustad sør med tunell kommer best ut her, mens Gaustad øst kommer dårligst ut. Alternativer der sykehuset er delt mellom Gaustad sør (men uten tunell) og Ullevål (enten nord eller sør på tomte) gir ikke vesentlige positive eller negative effekter.

Frigivelse av tomter på Montebello, Sinsen og i Bærum vil kunne gi positive effekter i form av nye attraktive parker og grøntområder. Dette omtales særskilt annet sted i idéfaserapporten.

### 8.11.3 Attraktivt for rekruttering

For å sikre god kvalitet på tjenestene et sykehus leverer, er det viktig med kompetente medarbeidere. Det er da viktig at sykehuset evner å tiltrekke seg og beholde slike medarbeidere. Men kompetente ansatte på OUS kan også gi samfunnsmessige ringvirkninger ved at Oslo tar en rolle som kunnskapshovedstad, med kobling av kompetanse på universitet, sykehus og i næringslivet.

For OUS er situasjonen den at det er attraktivt for dyktige fagpersoner å jobbe på sykehuset. Andre sykehus har betydelige større utfordringer knyttet til rekruttering. Likevel vil det være viktig for OUS å beholde og styrke en slik posisjon, særlig i en situasjon med knapphet på helsepersonell.

Overordnet sett er det slik at alle alternativer gir større positive utslag på denne effekten enn hva 0-alternativet gjør. Særlig skyldes det ny bygningsmasse. Samling på Gaustad er noe bedre enn delt løsning, både fordi dette gir mest mulig samling av fagmiljø og fordi nybyggingen er størst. Klyngemodellen kan antas å være noe mer rekrutterende enn øvrige virksomhetsmodeller. Klyngemodell på Gaustad er derfor best på denne effekten.

### 8.11.4 Beredskap

Som regionalt traumesenter og det største medisinske akutt sykehuset har Oslo universitetssykehus en viktig funksjon ved store ulykker og andre hendelser som gir mange pasienter på kort tid. For å kunne fylle denne funksjonen må sykehuset være tilgjengelig i en beredskapssituasjon.

I praksis er det i dag Ullevål sykehus som skal ta imot pasienter fra slike eksterne ulykker. Dersom Ullevål skulle være helt utilgjengelig som følge av for eksempel et gassutslipp vil den regionale traumefunksjonen flyttes til Akershus universitetssykehus, mens andre akuttpasienter fordeles mellom de øvrige sykehusene i Oslo og Akershus inklusive Rikshospitalet. Sannsynlighetene for en slik hendelse er lav, men konsekvensen kan være svært negativ.

God beredskapshåndtering er nærmere knyttet til kompetanse enn til bygningsmasse, og kompetansen vil kunne opprettholdes og være lik ved de ulike alternativer som presenteres i rapporten.

Videre er det slik at de ulike alternativene fortsatt kan baseres på at traumefunksjonen flyttes til Akershus universitetssykehus (ved en tenkt krise som rammer sykehuset), og at andre akuttpasienter fordeles mellom de øvrige sykehusene i Oslo og Akershus. Ved samling på et sted vil man måtte inkludere Vestre Viken i en beredskapsplan for omfordeling av pasienter, selv om det ved en klyngemodell vil være avhengig av hvor mange av de ulike sentrene som er rammet i en tenkt krisesituasjon.

Et samlet OUS må planlegges slik at det er gode alternative ruter for ambulansetrafikk. På samme måte må det være mulig å lande flere helikopter samtidig i en beredskapssituasjon.

### 8.11.5 Fordelingsvirkninger

Fordelingsvirkninger er når samfunnseffekter slår ulikt ut for ulike grupper. Man kan tenke seg at noen grupper rammes negativt selv om samfunnet i sum kommer positivt ut.

Det kan være positivt å ha et sykehus i nærområdet fordi det skaper aktivitet og byutvikling, og fordi nærheten til attraktive arbeidsplasser kan øke eiendomsverdiene.

Men det kan også være negative sider ved å være sykehus-nabo; trafikkbelastningen i området blir stor, og sykehuset kan legge beslag på grøntområder.

Det kan argumenteres for at det alt i alt er positivt for samfunnet om både de positive og de negative effektene spres til flest mulig innbyggere. Da blir fordelingsvirkningene små.

Alle de vurderte alternativer plasserer sykehuset geografisk i den delen av Oslo der også øvrig sykehusaktivitet finner sted. DS, LDS, Gaustad og Ullevål ligger svært samlet. Viktige vekstområder i Oslo som Søndre Nordstrand har dermed forholdsvis lang vei til sitt nærmeste sykehus. Selv om avstandene i OUS sitt opptaksområde er veldig små, kan det argumenteres for at det ville være hensiktsmessig å skille ut lokalsykehusfunksjoner av samme omfang som DS eller LDS, og plassere et lokalsykehus sør i Oslo.

Dersom det skulle bli endringer i oppgavefordeling mellom Ahus og OUS, slik at OUS tar tilbake ansvaret for beboerne i Groruddalen, ville det også kunne være aktuelt med et lokalsykehus i den delen av byen.

Nærhet til pasientene er en styrke i seg selv, men det kan også argumenteres med at det kan følge positive ringvirkninger knyttet til by- og næringsutvikling til en sykehusetablering i disse delene av byen. Om et slikt sykehus driftes av OUS eller andre er i så måte ikke viktig.

De samlede alternativene gir større fordelingsvirkninger enn de delte alternativene. Også i de samlede alternativene kan det antas at fordelingsvirkningene er relativt begrensede, siden naboskap til et sykehus vil ha både positive og negative sider. Denne effekten vektet derfor ikke tungt i den totale vurderingen, men det trekkes likevel frem at en utskilling av oppgaver til et nytt lokalsykehus annet sted i byen vil kunne være positivt.

### 8.11.6 Fleksibilitet i stort og usikkerhet

Fleksibilitet ivaretas gjennom bygg som kan tilpasses endrede driftsformer, og ved å sørge for mulighet til endret bygningsvolum i tilfelle vekst eller nedgang i produksjon.

I det store bildet er det slik at OUS gir fra seg noe fleksibilitet når det frigjør tomteområder. I en situasjon der tilgang til egnede tomter er en knapphetsfaktor, kan det være slik at manglende tomtetilgang legger begrensninger på OUS i en fremtidig situasjon. Tilgjengelig byggeareal er vesentlig større i 0-alternativet enn i øvrige alternativ. Samtidig er det slik at den fleksibiliteten som oppnås ved å besitte disse tomtene har en kostnad, siden tomtene som frigjøres kan bidra til å finansiere nødvendige investeringer i sykehuset.

Mandatet for idéfasen har vært å se på en hel eller delvis samling av OUS sin virksomhet på Gaustad og eller Ullevål. Det kan tenkes at andre modeller, som går utover dette mandatet, ville vært hensiktsmessige. Arbeidet har vist at det er usikkerhetsmomenter knyttet til alle de forskjellige alternativene. For Gaustad-alternativene er det usikkerhet knyttet til regulering og tomteerverv. Det vises for øvrig til usikkerhetsanalyse og kapitlet om evaluering av alternativene.

Det er antagelig hensiktsmessig ikke å forkaste for mange alternativer allerede i idéfasen, for å sikre at det er mulige konsepter å arbeide med selv om ett eller flere konsepter i senere faser skulle vise seg ikke å være gjennomførbart eller tilstrekkelig egnet.



#### **8.11.7 Samlet vurdering av øvrige samfunnseffekter**

Alternativet med samling på Gaustad sør for Rikshospitalet med tunnel kommer best ut grunnet god tilgang til skinnegående kollektivtransport og etablering av nye grøntdrag. Klyngemodellen synes å være noe bedre enn dagens organisering når det gjelder å rekruttere kompetent arbeidskraft. Derfor kommer samling på Gaustad med tunnel og klyngemodell best ut.



## 9 Evaluering av alternativ

### 9.1 Gjennomføring av evalueringen

#### 9.1.1 Hovedalternativer i mandatet

*Idéfase OUS – Campus Oslo* skal identifisere og utrede alternative løsninger for lokalisering av sykehuset. I mandatet for idéfasen bes det spesielt om vurdering av følgende hovedalternativer:

- 0-alternativet
- Scenario 1A – Full samling av virksomheten på Gaustad
- Scenario 1B – Full samling av virksomheten på Ullevål
- Scenario 2 – Delt løsning mellom Ullevål og Gaustad

Innenfor hvert av disse scenarioene skal det tenkes bredt slik at flere alternativer er utredet og vurdert.

#### 9.1.2 Utarbeidelse av kriterier og utvalgsprosess

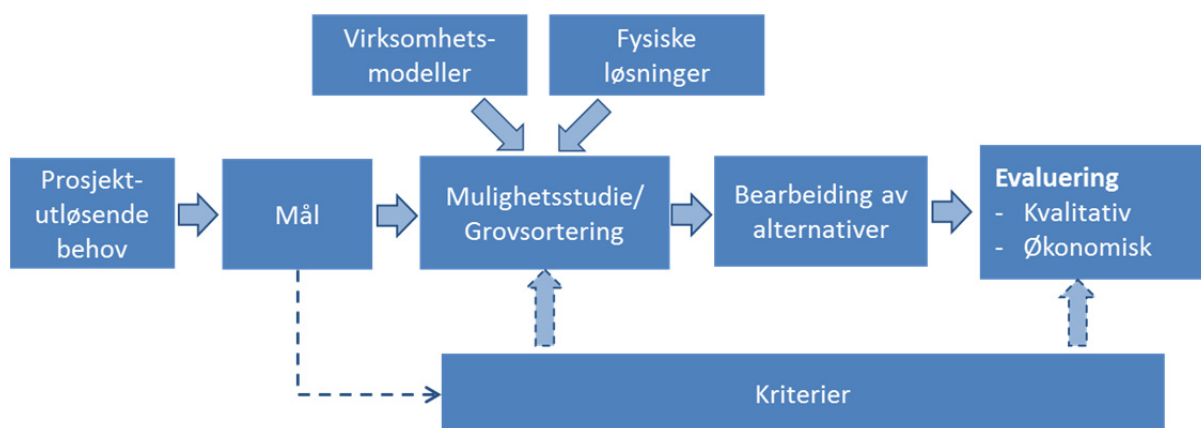
Med bakgrunn i de prosjektutløsende behovene og strategiske planer, er det utarbeidet effektmål for hva en ønsker å oppnå med et nytt sykehus. Effektmålene relaterer seg til sykehusets virksomhet, økonomi, prosjektets gjennomførbarhet, bygningsmessig utvikling samt byutvikling og innovasjon. Et sett av kriterier er så utarbeidet for å gi grunnlag for å vurdere i hvilken grad effektmålene oppnås med de ulike alternativene.

Følgende hovedkriterier er lagt til grunn ved evaluering av løsningsalternativer:

1. Hovedkriterier for sykehusets kjernevirksomhet
2. Hovedkriterier for bygg- og eiendomsutvikling
3. Hovedkriterier for byutvikling og innovasjon
4. Gjennomførbarhet
5. Generalitet, fleksibilitet og elastisitet, alternativets robusthet
6. Alternativets risiko, muligheter og trusler
7. Kvalitative samfunnsøkonomiske effekter
8. Økonomi

Alle hovedkriteriene har flere delkriterier som finnes i vedlagte evalueringskjema for hvert alternativ (vedlegg 6).

Evaluering basert på disse kriteriene inneholder både en kvalitativ og en økonomisk del. Resultatet av den kvalitative evalueringen (kriterium 1 - 7) er vurdert opp mot kriterium 8 Økonomi. Figuren nedenfor illustrerer evalueringsprosessen.



Figur 76 - Prosessen for evaluering av alternativer

Prosessen med idésøk og vurdering av virksomhetsmodeller er beskrevet i kapittel 4. Idésøk og grovsorteringer av fysiske løsninger er beskrevet i kapittel 6. En grovsortering av et bredt spekter av fysiske løsningsmuligheter er basert på arkitektgruppens faglige vurderinger. Etter grovsorteringen gjenstår syv alternativer (kombinasjoner av virksomhetsmodell og fysisk løsning) i tillegg til 0-alternativet som er gått videre til en kvalitativ evaluering. Alternativet med full samling på Ullevål (alternativ 7) faller ut etter den kvalitative vurderingen og er ikke evaluert med hensyn på økonomi og alternativanalyse.

Alternativene er behandlet i prosjektets arbeidsutvalg og styringsgruppe. De er dessuten presentert for styret i OUS og diskutert i sykehusets ledergruppe, i dialogmøter med tillitsvalgte samt i ulike fora med andre interessenter som UiO og Oslo kommune. En samlet vurdering av alternativene er utført av prosjektets ledergruppe, drøftet med arbeidsutvalget og behandlet i prosjektets styringsgruppe.

## 9.2 Kvalitativ vurdering

### 9.2.1 Vurderingen av virksomhetsmodeller

Virksomhetsmodellene (se kapittel 4.8.) beskriver ulike måter å drive og organisere sykehuset på. Prosjektet har konsentrert seg om tre virksomhetsmodeller: En videreføring av dagens virksomhetsmodell, en nivådelt virksomhetsmodell der sykehuset er todelt etter funksjonsnivå (lands- og regionsfunksjoner samt akuttkirurgi med tilhørende fagområder versus område- og lokalfunksjoner med tilhørende medisinsk akuttmottak) og en klyngemodell. I klyngemodellen er sykehuset sammensatt av ikke for store, relativt autonome enheter som kan tilby mest mulig komplette pasientforløp til tematisk samlede pasientgrupper. Akuttvirksomhet er skilt fra elektiv virksomhet. Klyngene forutsettes fysisk plassert på en slik måte at de kan dele på tung infrastruktur som intensiv, intervensjonsstuer, operasjonsstuer og avansert billedanalyse, laboratorievirksomhet og kjernefasiliteter.

De tre modellene (videreføring av dagens virksomhetsmodell, nivådelt virksomhetsmodell og klyngemodellen) er vurdert opp mot følgende prinsipper som danner grunnlag for evalueringskriteriet knyttet til sykehusets kjernevirksomhet:

4. Pasientperspektivet skal være førende for valg av modell.
5. Av hensyn til forskning, utdanning og opprettholdelse av kompetanse, bør OUS ha ansvar for virksomhet som spenner fra det høyspesialiserte til det alminnelige.
6. Forskning og utdanning skal være tett integrert med både den høyspesialiserte og den alminnelige delen av virksomheten.
7. Akutt og elektiv virksomhet bør skilles for å oppnå god drift.

8. Oslos befolkning skal sikres likeverdige helsetjenester. Dette gjelder både pasienter med behov for høyspesialiserte tjenester og pasienter som behøver behandling for vanlige, sammensatte og kroniske tilstander.
9. Samling av virksomhet er et gode, men enheter må av drifts- og ledelsesmessige hensyn ikke bli uhenksomme store.

Virksomhetsmodellene har blitt kvalitativt vurdert gjennom en rekke samlinger i ulike fora, inkludert faglig rådgivningsgruppe, ledergruppe, N3-lederforum, prosjektgruppe, scientific advisory board og i ulike tematiske møter i løpet av høsten og vinteren. Alle vurderingene har gått i favør av virksomhetsmodell 3, klyngemodellen, og denne modellen har også fått tilslutning fra styringsgruppen og ledelsen ved OUS.

### 9.2.2 Valg av fysiske alternativer knyttet til scenarioer

I arbeidet med fysiske alternativer er en rekke varianter vurdert. Sammen med styringsgruppen er det gjennomført en grov evaluering av hvilke alternativer som skal inngå i en mer omfattende evaluering. Status etter grovsortering, og før sluttevalueringen, er illustrert nedenfor.

Scenarier	Fysiske løsninger			Virksomhetsmodeller			Evaluering-alternativer
	Mulighetsrommet studerte fysiske varianter	Utvalg i Grov-sortering	Utredede fysiske løsninger	1 dagens virksomhetsmodell	2 Nivådelte virksomhetsmodell	3 Klynge-modell	
<i>0-Alternativet</i>	<i>0-alternativ</i>		<i>0-alternativ</i>				<b>0</b>
Scenario 1A Full samling på Gaustad	1A.1 "Nord, øst og sør"	Forlatt, sykehuset delt av Ring 3, store inngrep i boligområder					
	1A.2 "Rambla"	Forlatt, helt inn mot Ring 3 og delvis under bakken, uten nærhet til UiO					
	1A.3 "Høyhus"	Forlatt, driftmessig uheldig, forutsetter riving hele PKI og A-avsnitt					
	1A.4 "Ring"	Forlatt, store interne avstander OUS og store inngrep i boligområder					
	1A.5 "Torg"	X	<b>Gaustad Øst</b>	X			<b>1</b>
	1A.6 "Lokk"	Kun aktuell med klart redusert arealbehov (annen oppgavedeling / deler plasseres andre steder)				X	<b>5</b>
	1A.7 "Tunnel"	X	<b>Gaustad Sør</b>	X			<b>2</b>
Scenario 1B Full samling på Ullevål	1B.1 "uten hensyn til fredning"	Forlatt, gir kompakt bebyggelse på 8 etasjer, uten å hensynta fredning					
	1B.2 "med hensyn til fredning"	X	<b>Alt på Ullevål</b>				
Scenario 2 Delt løsning mellom Ullevål og Gaustad	2.1 "Nord" på Ullevål + "Lokk" på Gaustad	X	<b>Ullevål Nord + Gaustad "Lokk"</b>		X		<b>3</b>
	2.2 "Sør" på Ullevål + "Lokk" på Gaustad	X	<b>Ullevål Sør + Gaustad "Lokk"</b>		X		<b>4</b>

Figur 77 - Hovedelementene i evaluering av fysiske løsninger

### 9.2.3 Vurdering knyttet til plassering av storbylegevakten

Oslo kommune har vedtatt utbygging av ny legevakt som erstatter Storgata 40. Denne storbylegevakten er ønsket plassert nær akuttmottaket ved OUS. I alle alternativer er det tatt hensyn til muligheten for plassering av storbylegevakten, uten at det er gjort noe stedsvalg. I dagens legevakt i Storgata inngår en stor del akuttaktivitet fra OUS (skadelegevakt og psykiatrisk legevakt). I en ny storbylegevakt er denne aktiviteten tenkt videreført og videreutviklet. Dette omtales nærmere i kapittel 4.

### 9.2.4 Omfordeling av oppgaver i hovedstadsområdet

I avsnitt 4.9.6 beskrives en mulig omfordeling av oppgaver i Oslo sykehusområde. Oppgaver tenkes i første rekke overført til LDS og DS, men Sunnaas, Martina Hansens Hospital, Ahus, Vestre Viken, private sykehus eller avtalespesialister kan også være aktuelle mottakere for oppgaver fra OUS. Et konkret utvalg av forslag til oppgaver som eventuelt kunne vært løst utenfor et samlet OUS er estimert til et arealbehov i størrelsesorden 50 000 kvm. Konkrete anbefalinger i denne sammenheng ligger utenfor idéfasens mandat. Det forventes en avklaring fra Helse Sør-Øst om muligheter for eventuell endring i oppgave-/ansvarsdeling i Oslo-området i løpet av høsten 2014. Det er naturlig å avvente den videre vurdering til denne foreligger. Det forutsettes at lokalsykehuskapasiteten som blir igjen på «hovedcampus» er tilstrekkelig til både å sikre effektiv drift og gi grunnlag for forsknings- og utdanningsformål.

*Idéfase OUS – Campus Oslo* har ikke vurdert nytt lokalsykehus i Oslo som et selvstendig alternativ, da dette er utenfor idéfasens mandat.

### 9.2.5 Oppsummering av den kvalitative evalueringen

Tabellen på de neste sidene gir en oversikt over de 7 alternativene og 0-alternativet som det er gjennomført en kvalitativ evaluering av. Tabellen oppsummerer evalueringen av alternativenes evne til å oppfylle de definerte kriteriene. Fargene indikerer grad av måloppfyllelse som følger:

Grønn:	Svært bra
Lys grønn:	Bra
Gul:	Middels
Oransje:	Dårlig
Rød:	Svært dårlig

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 %).

Alternativ 6 Gaustad sør - Klyngemodell, med utvikling sørover i forhold til Rikshospitalet og der Ring 3 er lagt i tunell, kommer kvalitativt best ut i rangeringen. Alternativet er vurdert best i forhold til mål for sykehusets kjernevirksomhet og godt med hensyn på gjennomførbarhet, men det er en risiko knyttet til bygging av tunell. Etablering av tunell er vesentlig for å gi mulighet for samlokalisering og samhandling med UiO, så vel som arealer til nærings- og boligutvikling, og for å oppnå tilgjengelige arealreserver i området.

Alternativet som kommer nest best ut er alternativ 2 Gaustad sør - Dagens virksomhetsmodell, og Ring 3 lagt i tunell. De to beste alternativene skiller seg bare ved at klyngemodellen vurderes som klart best i forhold til å innfri målene for klinisk virksomhet i en samlet løsning.

Tre alternativer kommer deretter noenlunde likt ut: alternativ 1 og 5 med samling på Gaustad øst med henholdsvis klyngemodell og dagens virksomhetsmodell og alternativ 3 delt løsning Ullevål nord / Gaustad med lokk - med nivå delt virksomhetsmodell. Alternativ 1 Gaustad øst - Dagens virksomhetsmodell og alternativ 5 Gaustad øst - Klyngemodell, vurderes som likeverdige. Dette fordi en klyngemodell i praksis ikke vil kunne fungere fullt ut med valg av Gaustad øst. Det skyldes at

alternativet innebærer at den somatiske delen av sykehuset deles i to, med «gamle Gaustad» liggende som et skille i mellom.

Nivådelte virksomhetsmodell med bruk av Gaustad og Ullevål nord kommer litt svakere ut enn de to foregående. Dette er i hovedsak knyttet til avstand mellom sykehusene og utfordringer med deling av mange spesialiteter i sykehuset. Det forventes at en nivådelte løsning medfører at pasientforløp som går på tvers av funksjonsnivå vil medføre flytting mellom sykehusene. Drift av akuttmottak på to steder er utfordrende med hensyn til å kunne sikre rask tilgang til riktig kompetanse i alle akuttsituasjoner. Ullevål nord mangler også gode offentlige transportløsninger. I positiv retning trekker en større grad av tilgjengelig tomt med utvidelsesmuligheter og en enklere reguleringsprosess.

Gjennomførbarhet og risiko under gjennomføringen vurderes som krevende ved delt løsning med bruk av Gaustad og Ullevål sør, spesielt med tanke på konflikter mellom drift og bygging i en lang byggeperiode.

Gjennom den kvalitative vurderingen av alternativet med full samling på Ullevål (scenario 1B), er det blitt tydelig at denne løsningen er særdeles utfordrende med hensyn til vernebestemmelse, gjennomføring og nødvendig robusthet. Det å drive klinisk virksomhet og bygging på samme område vil være utfordrende. Samarbeidet med universitetet eller by-/næringsutvikling i dette området styrkes ikke. Alternativet vurderes derfor som uegnet, og inngår ikke i den økonomiske vurderingen.

0-alternativet fremstår som meget krevende, særlig med sikte på konflikter med infrastruktur og drift i rehabiliteringsperioden som må antas å bli meget lang. 0-alternativet er rangert sist.

På de neste to sider følger oppsummering av den kvalitative evalueringen:

[Tabell 42 - Oppsummering av den kvalitative evalueringen](#)



<b>Lokalisering</b>	<b>Gaustad Øst</b>		<b>Gaustad Sør</b>	
<b>Virksomhetsmodell</b>	<i>Videreføring av dagens virksomhetsmodell</i>	<i>Klyngemodell</i>	<i>Videreføring av dagens virksomhetsmodell</i>	<i>Klyngemodell</i>
<i>Mål for sykehusets kjernevirksomhet</i>	God mulighet for samling og utvikling av fagmiljø til beste for pasienten, men svakere enn klyngemod. m/tverrfaglige enheter. Todelt sykehus utfordrende for effektive pasientforløp og utnyttelse av felles infrastruktur.	Tilbyr komplette pasientforløp til tematisk samlede pasient-grupper. Forutsigbar elektiv virksomhet, men noe krevende interne transportavstander og utfordrende fysisk deling av sykehuset.	God mulighet for samling og utvikling av fagmiljø til beste for pasienten, men svakere enn klyngemod. m/tverrfaglige enheter.	Bra. Tilbyr komplette pasientforløp til tematisk samlede pasient-grupper. Forutsigbar elektiv virksomhet.
<i>Mål for bygg- og eiendomsutvikling</i>	Noe krevende med deling av tomt og nærhet til Ring 3. Mye frigjort areal		Robust og god løsning Noe utfordrende høydeforskjell nord-sør. Mye frigjort areal	
<i>Mål for byutvikling og innovasjon</i>	Bygger kun sykehus. Stor avstand til UiO, lite disponibelt areal til UiO, næring og bydelen. Ikke T-bane. Frigjør areal for byutvikling på Ullevål.		Meget god for utviklende samhandling med UiO, Oslo kommune og næringsliv. Frigjør areal for byutvikling på Ullevål.	
<i>Gjennomførbarhet</i>	Regulering og tilgang til tomt noe krevende. Lite påvirkning av drift i byggeperioden.		Tidspunkt for tunell styrer utbyggingstakt	Tidspunkt for tunell styrer utbyggingstakt. Gunstig for etappevis utbygging
<i>Alternativets robusthet; generalitet, fleksibilitet og elastisitet</i>	Mange nye bygg med god generalitet. Senere utvidelse vil forutsette riving av boliger		Robust løsning med god tilgang på reserveareal	
<i>Alternativets risiko, muligheter og trusler</i>	Krevende tomteerverv. Åpner i liten grad for byutvikling og samarbeid med UiO.		Meget bra for utvikling av Gaustad-området mht. byutvikling, innovasjon og samarbeid med UiO. Krever tunell.	
<i>Kvalitative samfunns-økonomiske effekter</i>	Noe svak tilgang til skinnegående off. kommunikasjon. Tar en del grøntareal		Samler fagmiljø i nye bygg. Godt transporttilbid. Øker grøntareal	
<i>Rangering av alternativet</i>	<b>3.</b>	<b>3.</b>	<b>2.</b>	<b>1.</b>
<i>Fargeforklaring:</i>				
<b>Svært bra</b>	bra	middels	dårlig	svært dårlig

<i>Ullevål nord + Gaustad "Lokk"</i>	<i>Ullevål sør + Gaustad "Lokk"</i>	<i>Samlet Ullevål</i>	<i>0-alternativet</i>
<i>Nivådelt modell</i>	<i>Nivådelt modell</i>	<i>Videreføring av dagens virksomhetsmodell</i>	
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
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
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
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
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
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
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.
<b>5.</b>	<b>6.</b>	<b>7.</b>	<b>8.</b>

### 9.3 Økonomisk evaluering

Den økonomiske evalueringen omfatter seks alternativer i tillegg til 0-alternativet. Alternativet med samling på Ullevål (alternativ 7) faller ut etter den kvalitative vurderingen og er derfor ikke inkludert i den økonomiske evalueringen.

De økonomiske effektene av alternativene er inngående omtalt i kapittel 8 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 er gjennomført en usikkerhetsanalyse av investeringsbehovet. Analysen har ikke hatt som formål å fastsette kostnadsramme, men å synliggjøre forskjeller mellom alternativene. Kostnadsramme blir ikke fastlagt før etter forprosjekt. Usikkerheten er vurdert som høyere i alternativer med mye rehabilitering/ombygginger og ved bygging i eller tett ved sykehus i drift. Det vil si at usikkerheten er størst i alternativene med bruk av Ullevål (delt løsning, alternativ 3 og 4) og i 0-alternativet.

Videre er det gjennomført beregning av nåverdier, kontantstrømmer og økonomisk bæreevne for å vise hvilken effekt prosjektet har på helseforetakets økonomi når byggene tas i bruk og over dets levetid. Nåverdianalysen viser at alternativ 5 Gaustad øst - Klyngemodell kommer best ut. Alternativ 5 er noe bedre enn alternativ 1 Gaustad øst - Dagens virksomhetsmodell, alternativ 3 Ullevål nord/Gaustad med lokk (nivådelte virksomhetsmodell) og alternativ 6 Gaustad sør – Klyngemodell. Ved å ta hensyn til inntekter ved salg (dvs. analyse på HF-nivå), kommer alternativ 3 dårligere ut, og man står igjen med alternativene 5, 1 og 6 som de «beste». Når det gjelder kontantstrøm, kommer også alternativene 5, og deretter 1 og 6 best ut.

Bæreevnevurdering er gjort basert på en bearbeiding av modellen for økonomisk langtidsplan (ØLP), der investeringene er sett i sammenheng med forventet utvikling for hele foretaket. Analysen er gjennomført for alternativ 6 Gaustad sør - Klyngemodell og 0-alternativet.

0-alternativet har ikke bæreevne på lang sikt (negativ bæreevne). For alternativ 6 framkommer det et positivt driftsresultat fra ca. 2030 og videre framover. Beregningene viser at det er mulig å tegne et scenario for Oslo universitetssykehus HF for de kommende ti-år basert på rimelige forutsetninger, som innebærer at helseforetaket har økonomisk bæreevne til å håndtere kostnadene forbundet med investeringene i det alternativet som har det høyeste investeringsnivået (alternativ 6 Gaustad sør - Klyngemodell). Dette er imidlertid nøye knyttet til forutsetningene om produktivitetsvekst fra 2015-2018 slik styret har lagt til grunn i økonomisk langtidsplan samt et betydelig omfang av ytterligere effektiviseringsgevinster når de nye sykehusbygningene tas i bruk.

## 9.4 Samlet økonomisk og kvalitativ evaluering

Etter en samlet økonomisk og kvalitativ evaluering kommer alle alternativer med utbygging på Gaustadområdet bedre ut enn alternativene med delt løsning mellom Gaustad og Ullevål. Samlet løsning på Ullevål er allerede i den kvalitative vurderingen tatt ut. I den kvalitative vurderingen kommer alternativet med delt løsning mellom Gaustad og Ullevål nord ut noenlunde likt med Gaustad øst- alternativene, men dårligere i den økonomiske evalueringen. De fire gjenværende alternativer som da alle er lokalisert til Gaustad er:

- Alternativ 1: Gaustad øst - Dagens virksomhetsmodell
- Alternativ 2: Gaustad sør - Dagens virksomhetsmodell
- Alternativ 5: Gaustad øst - Klyngemodell
- Alternativ 6: Gaustad sør - Klyngemodell

Den foretrukne virksomhetsmodellen er klyngemodellen. Denne vurderes i en så stor sykehusstruktur til å gi bedre mulighet for å tilrettelegge for et godt pasienttilbud, bedre ledelses- og arbeidsforhold, og er også vurdert som mest driftseffektiv med hensyn til økonomi.

Alternativ 5 Gaustad øst - Klyngemodell, gir i realiteten en fysisk todeling med begrensede forutsetninger for å utvikle en funksjonell klyngemodell, i det denne løsningen deler Gaustad-området i to ved at nåværende Gaustad sykehus blir liggende i midten. Alternativ 5 Gaustad øst - Klyngemodell, vurderes derfor til å ha et noe lavere potensial for effektiv drift enn alternativ 6 Gaustad sør - Klyngemodell. I tillegg bidrar denne løsningen lite til ønskede samfunnsøkonomiske effekter.

0-alternativet fremstår som meget krevende, særlig med sikte på konflikter med drift og infrastruktur i rehabiliteringsperioden. I tillegg fremstår alternativet å ha dårligst økonomisk bæreevne på tross av lavest investeringskostnad.

Krav til de alternativene som skal videreføres etter idéfase, er at de skal være "relevante", "gjennomførbare" og "levedyktige".

Gjennom prosessen er de løsningsmulighetene som ikke er vurdert som relevante, det vil si ikke oppfyller de overordnede målene for helseforetaket, sortert ut. Dette gjelder blant annet samling av all virksomhet på Ullevål. Med unntak av 0-alternativet, er de gjenstående alternativene som nå fremmes, vurdert som relevante.

At alternativene skal være gjennomførbare betyr at de skal kunne gjennomføres innenfor helseforetakets finansielle handlingsrom. Denne vurderingen er vanskelig å gjøre siden det finansielle handlingsrom på dette tidspunkt ikke fullt ut er kjent. En slik vurdering må derfor gjøres senere.

Økonomiske bæreevne er omtalt i kapittel 8. Alternativ 6, Gaustad sør - Klyngemodell, viser økonomisk bæreevne på lang sikt og med de forutsetninger som er lagt til grunn. 0-alternativet viser ikke økonomisk bæreevne.



## 10 Plan for neste fase

### 10.1 Arbeidet i Idéfase OUS – Campus Oslo

Arbeidet med *Idéfase OUS – Campus Oslo* avsluttes med at rapporten sendes ut på åpen høring med frist 1. november 2014. Deretter vil høringsinnspillene vurderes og innarbeides før endelig rapport fremlegges for styret i Oslo universitetssykehus HF i desember 2014. I tillegg til 0-alternativet beskriver rapporten syv alternative kombinasjoner av virksomhets- og byggløsninger. Alternativet med full samling på Ullevål (alternativ 7) faller ut etter den kvalitative vurderingen slik at det for den samlede vurdering av kvalitet og økonomi, har vi vurdert 6 alternativer i tillegg til 0-alternativet.

### 10.2 Helhetlig planlegging og etappevis utbygging

Før man kan starte en etappevis planlegging og utbygging, må det fastlegges hvilket helhetlig løsningsforslag som skal realiseres. På grunnlag av høring og avklaringer av dimensjonerende forutsetninger høsten 2014, forventes det et tilstrekkelig grunnlag til å fremme en anbefaling om alternativer som skal videreføres i neste fase av arbeidet sammen med 0-alternativet. Ved videreføring av to til tre alternativer, kan man i neste fase arbeide videre med sikte på en endelig anbefaling om lokalisering (samlet eller delt), fysisk løsning og virksomhetsmodell.

Videre planlegging av en helhetlig løsning må gjøres i nært samarbeid med UiO og Oslo kommune, der hensynet til universitetet, ønsket byutvikling og ivaretagelse av kommunens behov inngår. I neste fase må det også gjennomføres konsekvensutredning av forhold som ligger utenfor selve etableringen av sykehusbygg, konferer under om avhengighet til andre planprosesser.

I tillegg til helhetlig planlegging må neste fase også omfatte arbeid med å definere hensiktsmessige etapper for de ulike alternativer som videreføres. Sykehusets og universitetets arealbehov er så stort at det totale prosjektomfanget må deles opp i mindre og styrbare etapper eller utbyggingstrinn som hver for seg kan planlegges og gjennomføres innenfor definerte rammer. Etappevis utbygging vil i denne sammenheng være utbygging i trinn som er fysisk og/eller tidsmessig atskilt. Etappene må defineres slik at de kan besluttet igangsatt enkeltvis og slik at sykehusets bygningsmasse totalt sett ved ferdigstilling av hver etappe gir en hensiktsmessig driftssituasjon. Etablering av gode virksomhetsløsninger i tråd med idéfasens vurderinger, vil derfor være førende i definisjon av etappene.

En helhetlig planlegging vil ikke avsluttes ved oppstart av tidligfaseplanlegging for første utbyggingsetappe, men vil måtte videreføres fram til siste etappe er planlagt. En slik løsning gir fleksibilitet til å justere planene underveis. Ved en parallell helhetlig og etappevis planlegging vil man kunne fange opp endringer i behov og forutsetninger for hver etappe, og forutsetningene kan så tilpasses og revideres for senere etapper i den grad det er behov for det. Samtidig vil en parallell prosess sikre en helhet i utviklingen av sykehusområdet med hensyn til reguleringsplanforhold, ivaretagelse av samlet prosjektkonsept (inkludert planer for andre aktører), total dimensjonering, innbyrdes plassering av funksjoner, gjennomgående tekniske løsninger, logistikk mv. En etappevis utvikling gir også mulighet for gjenbruk av generiske løsninger fra foregående etapper, hvilket gjør at både planlegging og bygging kan gå raskere i de neste etappene.

Hensynet til økonomi i vid forstand er vesentlig ved planlegging av etappevis utbygging og vil derfor være et vesentlig kriterium ved valg av etapper og framdrift i gjennomføringen. Videre vil tilgang til finansiering legge begrensning for hvor mye som kan investeres i de enkelte tidsrom.

Et behov for å redusere kostnader eller frigjøre likviditet, kan være et utgangspunkt for prioritering av utbyggingsetapper, herunder avhending av bygg med høye driftskostnader, lav utnyttelse og liten aktivitet. Et annet utgangspunkt for prioritering kan være behovet for å samle likeartet aktivitet i nye bygg. En slik prioritering kan innebære at ikke bare dårlige bygg, men også bygg med mer akseptabel

tilstand frigis, noe som igjen kan medføre et behov for rokering av klinisk virksomhet. Nyere bygningsmasse vil uansett løsningsalternativ måtte benyttes i mange år framover - også utenfor sykehusets framtidige hovedlokalisering.

Når det foreligger en beslutning om hvilken helhetlig løsning som skal realiseres, vil det være grunnlag for å initiere arbeidet med kommunal planbehandling etter Plan- og bygningsloven. Dette vil omfatte utarbeidelse av planprogram etterfulgt av detaljregulering.

### 10.3 Avhengighet til andre planprosesser

Behandlingen av *Idéfase OUS – Campus Oslo*, inkludert høringsperiode, forventes å pågå fram til desember 2014. Innen den tid antas det at resultater fra arbeidet til Helse Sør-Øst med kapasitetsvurderinger og oppgavedeling i hovedstadsområdet, rapport fra Tilregnelighetsutvalget og eventuelle føringer fra arbeidet med Nasjonal helse- og sykehusplan vil foreligge. Det kan derfor bli behov for en gjennomgang av enkelte forutsetninger for dimensjoneringsgrunnlaget i idéfaserapporten, før endelig ferdigstillelse av idéfasen.

Etappenes fremdrift og omfang må tilpasses foretakets finansieringsmuligheter, og disse må avklares før planarbeidet med første etappe igangsettes. Inkludert i dette ligger regionale føringer samt beslutning om eventuell medfinansiering fra Kunnskapsdepartementet/UiO knyttet til undervisnings- og forskningsarealer.

De fremlagte alternativene krever arealer og løsninger som vil utløse konsekvensutredning etter Plan- og bygningsloven, samt medføre vesentlige tomte- og ervervspørsmål, reguleringsarbeid og utredninger med egne planprosesser for infrastruktur (vei, T-bane, trikk). Videre må sykehusets og universitetets plan for langsiktig utvikling harmoniseres. Det er derfor et omfattende koordineringsbehov inn mot en rekke andre aktører som må ivaretas i det videre planarbeidet.







## 11 Vedlegg

### 11.1 Oversikt utarbeidete vedlegg

#### Trykte vedlegg

- Vedlegg 1 Mandat for Idéfasen, styresak 085/2012
- Vedlegg 2 Virksomhetsløsninger, Idéfase OUS– Campus Oslo, Leveranse 28.2.14
- Vedlegg 3 Fysiske løsninger og byutvikling
- Vedlegg 4 Økonomiske analyser – investeringer, driftsøkonomi og bæreevne. Usikkerhetsanalyse. Øvrige samfunnseffekter
- Vedlegg 5 Aktivitet, kapasitet og arealbehov
- Vedlegg 6 Evaluering av alternativ
- Vedlegg 7 Innovasjon og næringsutvikling
- Vedlegg 8 Demografi

#### Utrykte vedlegg

- Vedlegg 9 Arealutviklingsplan 2025
- Vedlegg 10 Oslo universitetssykehus - Strategi 2013-18
- Vedlegg 11 Virksomhetsmodeller 2030 – første skisse, Delprosjekt virksomhetsløsninger leveranse 15.11.13
- Vedlegg 12 Framskrivning, avhengigheter og utdypning av hovedtrekk ved virksomhetsmodeller 2030, Delprosjekt virksomhetsløsninger, Leveranse 13.12.13
- Vedlegg 13 Arealbehov 2030, beregninger
- Vedlegg 14 Økonomiske beregninger
- Vedlegg 15 Verdiestimat av portefølje av sykehuseiendommer – utvikling
- Vedlegg 16 Verdiestimat portefølje av eiendommer – erverv
- Vedlegg 17 Verdivurdering av Dikemark
- Vedlegg 18 ROS-analyse
- Vedlegg 19 Byutviklingspotensial av frigjorte tomter

## 11.2 Oversikt figurer og diagrammer

Figur 1 - Skjematisk illustrasjon av virksomhetsmodell 3: Klyngemodellen.....	15
Figur 2 - Oversikt teknisk tilstand Aker sykehus.....	19
Figur 3 - Oversikt teknisk tilstand Rikshospitalet og Gaustad sykehus .....	20
Figur 4 - Oversikt teknisk tilstand Ullevål sykehus .....	20
Figur 5 - Oversikt teknisk tilstand Radiumhospitalet .....	21
Figur 6 - «Gaustad Øst» - samling på Gaustad med nybygg øst for Rikshospitalet.....	22
Figur 7 - «Gaustad Sør» - samling på Gaustad med tunell.....	23
Figur 8 - Samling på Ullevål .....	24
Figur 9 - Delt løsning – Ullevål Nord.....	25
Figur 10 – Delt løsning – Ullevål Sør.....	26
Figur 11 – Delte løsninger – «Lokk» på Gaustad .....	26
Figur 12 – oversikt hovedalternativer .....	27
Figur 13 - Arealfordeling per vektet tilstandsgrad .....	36
Figur 14 – Dupliserte funksjoner i OUS .....	38
Figur 15 – Organisasjonsdiagram - prosjektorganisasjon .....	42
Figur 16 - Organisasjonskart over Oslo universitetssykehus pr. april 2014 .....	49
Figur 17 - Fordelingen mellom nasjonale/regionale funksjoner og område/lokalfunksjoner i klinikk for psykisk helse og avhengighet (klinikk A).....	51
Figur 18 - Omstillingsfaktorer og relativ grad av usikkerhet versus potensiell betydning.....	58
Figur 19. Følsomhetsanalyse, Norge .....	68
Figur 20 - Følsomhetsanalyse HSØ-området.....	69
Figur 21. Bydelkart av Oslo .....	70
Figur 22. Aldersgruppe fordeling 2012-2040, OUS opptaksområdet.....	71
Figur 23. Følsomhetsanalyse, Oslo.....	71
Figur 24 - Skissen illustrerer hvilke akuttpasienter mottaket (mottakene) i OUS skal dimensjoneres for. ....	78
Figur 25 - Klinikstruktur i virksomhetsmodell 1 videreføring av dagens struktur. ....	79
Figur 26 - Struktur i virksomhetsmodell 2 deling etter funksjonsnivå .....	80
Figur 27 - Struktur i virksomhetsmodell 3 klyngemodellen .....	81
Figur 28 - Illustrasjon av klyngemodellen og bemanning av tung infrastruktur gjennom døgnet.....	85
Figur 29 - Virksomheten i OUS sett i helhetlig sammenheng .....	86
Figur 30 – vekstprognoser befolkningsutvikling .....	103
Figur 31 - Eiendomsforhold Ullevål sykehus .....	106
Figur 32 - Eiendomsforhold Gaustad-området .....	107
Figur 33 - Oversikt teknisk tilstand Aker sykehus.....	109
Figur 34 - Oversikt teknisk tilstand Rikshospitalet og Gaustad sykehus .....	109
Figur 35 - Oversikt teknisk tilstand Ullevål sykehus .....	110
Figur 36 - Oversikt teknisk tilstand Radiumhospitalet .....	110
Figur 37 – «Mulighetstreet» .....	112
Figur 38 - Variant 1A.1 - «Nord, øst og sør».....	114
Figur 39 - Variant 1A.2 - «Rambla» .....	115
Figur 40 - Variant 1A.3 - «Høyhus» .....	116
Figur 41 - Variant 1A.4 - «Ring» .....	116
Figur 42 - Variant 1A.5 - «Torg» .....	117
Figur 43 - Variant 1A.6- «Lokk».....	118
Figur 44 - Variant 1A.7 - «Tunell» .....	119
Figur 45 – Variant 1B.1 – «uten hensyn til fredning» .....	120
Figur 46 - Variant 1B.2 «med hensyn til fredete bygg» .....	121
Figur 47 – Variant 2.1 - «Nord».....	122
Figur 48 – Variant 2.2 - «Sør».....	123
Figur 49 - Løsning «Gaustad Øst», samling på Gaustad med nybygg øst for Rikshospitalet .....	124
Figur 50 - Løsning «Gaustad Sør», visjonsplan for samling av OUS på Gaustad med ringveien i tunell .....	126
Figur 51 - Løsning «Samling Ullevål».....	128
Figur 52 – Delt løsning - «Ullevål nord» .....	130

Figur 53 – Delt løsning «Ullevål Sør» .....	131
Figur 54 – Delte løsninger – Gaustad med lokk .....	132
Figur 55 - Løsning «Gautstad Sør» -etappe 1 fase 1 + 2 .....	133
Figur 56 - Løsning «Gautstad Sør» - fase 3 + 4 .....	133
Figur 57 - Løsning «Gautstad Sør» - fase 5 + 6 .....	134
Figur 58- Nya Karolinska Sjukhuset i Hagastaden i Stockholm.....	136
Figur 59 - Mulig tilknytting av Gaustad-området til kollektivtrafikk og offentlig veinett .....	137
Figur 60 - Byutvikling i løsning «Gautstad Øst».....	138
Figur 61 - Byutvikling i løsning "Gautstad Sør" .....	139
Figur 62 - Byutvikling i løsning "Samling Ullevål" .....	140
Figur 63 – mulighet for utvikling av sykehustomten på Ullevål .....	141
Figur 64 - Usikkerhetsanalyse, S-kurve investeringsbehov .....	154
Figur 65 - FDVU-kostnader over tid for ulike utbyggingsalternativer .....	156
Figur 66 - Driftsøkonomiske effekter av investeringsprosjekter.....	157
Figur 67 - Verdi og risiko for alternative eiendomsstrategier .....	162
Figur 68 - Sum av nåverdier i millioner kroner for utbyggingen relativt til 0-Alternativet neddiskontert til ferdigstilling av den enkelte etappe .....	163
Figur 69 - Akkumulerte kontantstrømmer for utbyggingen relativt til 0-alternativet uten diskontering.....	164
Figur 70 - Utvikling i resultat 2013-2040 med 0-alternativet.....	166
Figur 71 - Utvikling i resultat 2013-2040 med Alternativ 6, Gautstad sør, klyngemodell .....	167
Figur 72 - Utvikling i resultat 2013-2040 - Alternativ 6, Gautstad sør med klyngemodell med 400 mill. kroner i reduserte driftskostnader .....	168
Figur 73 - Akkumulerte nåverdier i millioner kroner for helseforetaket for utbyggingen (4 % diskonteringsrente) relativt til 0-alternativet.....	170
Figur 74 - Akkumulerte nåverdier for helseforetaket for utbyggingen (4 % diskonteringsrente) relativt til 0-alternativet.....	170
Figur 75 - Låneopptak og renter i byggeperioden.....	171
Figur 76 - Prosessen for evaluering av alternativer .....	178
Figur 77 - Hovedelementene i evaluering av fysiske løsninger .....	179

### 11.3 Oversikt Tabeller

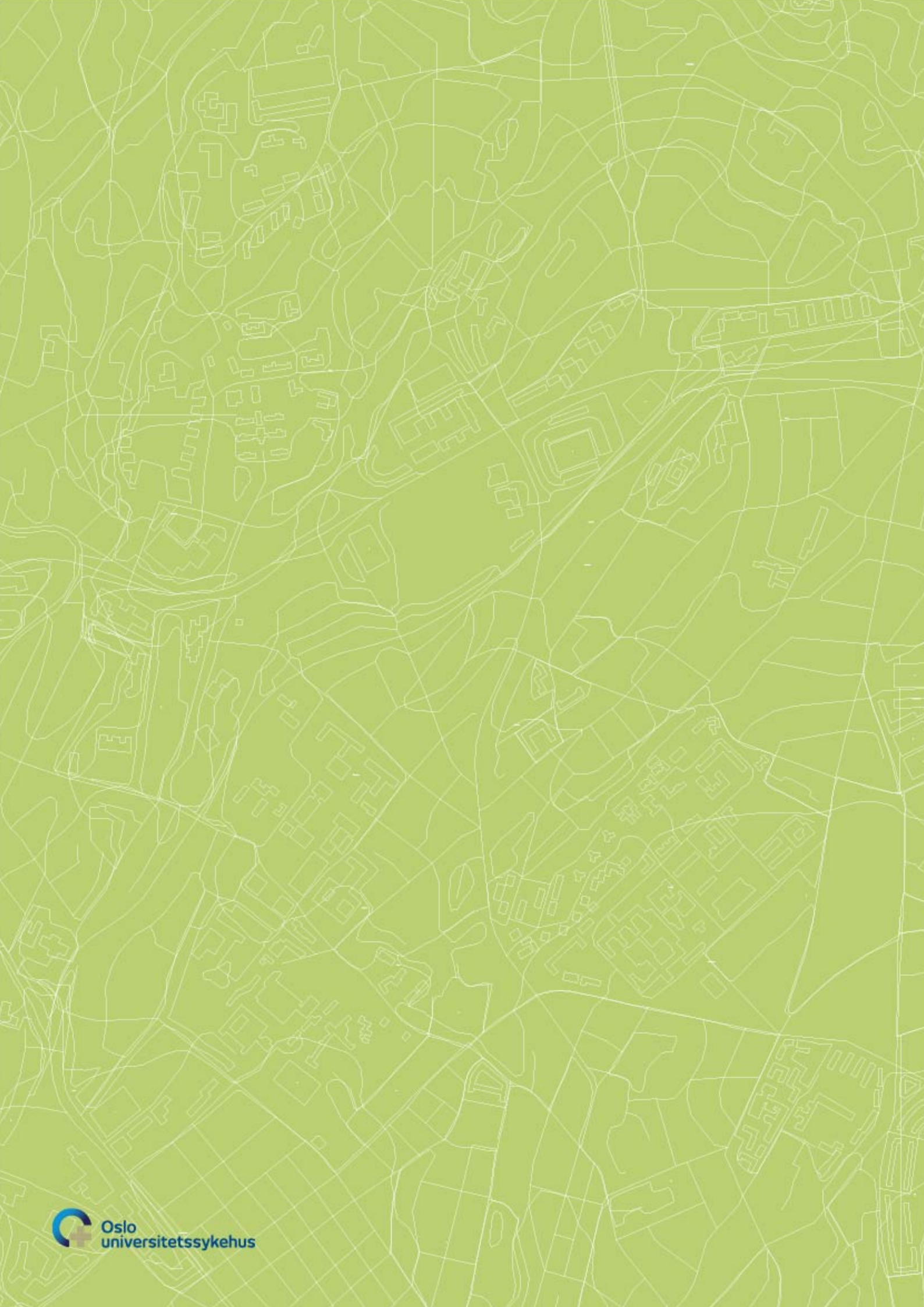
Tabell 1 - OUS arealbehov 2030.....	18
Tabell 2 – investeringsbehovet .....	29
Tabell 3 - Resultater usikkerhetsanalyse investeringskostnader .....	29
Tabell 4 - FDVU-kostnader over tid for ulike utbyggingsalternativer.....	31
Tabell 5 - Vektet tilstandsgrad per lokalitet.....	37
Tabell 6 - DRG-finansiert somatisk virksomhet inndelt etter hastegrad og bosted (fra styrepresentasjon, 25.april 2013). .....	50
Tabell 7 - Somatisk pasientbehandling i OUS 2012.....	51
Tabell 8 - Pasientaktivitet innen psykisk helse og avhengighet i OUS 2012.....	52
Tabell 9 - Forskningsaktivitet i OUS 2012.....	53
Tabell 10 - Innovasjon/utviklingsarbeid i OUS 2013 .....	54
Tabell 11 - Antall studenter/utdanningsplasser i OUS 2012 .....	54
Tabell 12 - Samhandlingsaktiviteter ved Aker helsearena, Aker sykehus.....	55
Tabell 13 - Betydningen av omstillingsfaktorer slik de er vurdert i hhv. Arealutviklingsplan 2025 og idéfase.....	57
Tabell 14. Befolkningsframskriving 2012-2040, hele Norge .....	68
Tabell 15. Befolkningsframskriving 2012-2040 pr. fylke, Helse Sør-Øst området.....	69
Tabell 16. Befolkningsframskriving 2012-2040 pr. bydel i Oslo .....	70
Tabell 17. Befolkningsframskriving pr. aldersgruppe 2012-2040, Oslo i alt.....	71
Tabell 18. Innbyggere og innvandrere. Sammenligning mellom Norge i alt og Oslo.....	72
Tabell 19 - OUS somatikk, framskriving av aktivitet til 2030.....	73
Tabell 20 - Tabell: OUS psykisk helse og avhengighet framskriving av aktivitet til 2030.....	74
Tabell 21 - OUS utnyttelsesgrader senger .....	74

Tabell 22 - OUS utnyttelsesgrader, undersøkelse/behandling .....	75
Tabell 23 - Oppgaver som kan bør vurderes med tanke på ny oppgavedeling.....	88
Tabell 24 - Grovsortering av hvilke modeller det er aktuelt å gå videre med for hhv 0-alternativ, scenario 1 og 2 .....	91
Tabell 25 - OUS arealstandarder .....	94
Tabell 26 - Arealbehov somatiske sykehusfunksjoner 2030 sammenlignet med arealutviklingsplanen .....	95
Tabell 27 - Arealbehov psykisk helse og avhengighet 2030 sammenlignet med arealutviklingsplanen.....	96
Tabell 28 - arealbehov 2030.....	96
Tabell 29 - OUS alternativene for areal og virksomhet.....	97
Tabell 30 - OUS bruttoarealbehov ved videreføring av dagens virksomhetsmodell .....	98
Tabell 31 - OUS bruttoarealbehov ved nivådelt virksomhetsmodell .....	99
Tabell 32 - OUS klyngemodell i alternativ 3 .....	101
Tabell 33– OUS brutto arealbehov ved klyngemodell .....	102
Tabell 34 - Arealbehov dersom gastromedisin, lungemedisin og kardiologi lokaliseres alternativt.....	102
Tabell 35 – arealtilpasning til vekstprognoser for befolkningsutvikling.....	103
Tabell 36: Oversikt over tomtestørrelser OUS .....	105
Tabell 37 - Dagens arealer.....	145
Tabell 38 - Arealbruk i 0-alternativet (kvm brutto).....	149
Tabell 39 – Arealfordeling i evalueringsalternativene .....	151
Tabell 40 - Investeringsbehov og arealer i de ulike virksomhetsalternativene.....	152
Tabell 41 - Resultater usikkerhetsanalyse investeringskostnader (tall i MNOK, ekskl. byggelånsrenter og leiekostnader) .....	154
Tabell 42 - Oppsummering av den kvalitative evalueringen.....	181









# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte:	26. juni 2014
Saksbehandler:	Viseadministrerende direktør medisin, helsefag og utvikling
Vedlegg:	Mandat for Idéfase, arealtiltak på Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet - somatikk

---

### **SAK 36/2014 AREALTILTAK VED OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS, RIKSHOSPITALET. MANDAT TIL IDÉFASE.**

#### **Forslag til vedtak:**

*Styret vedtar mandat til idéfase for arealtiltak for somatisk virksomhet ved Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet.*

Oslo, den 19.juni 2014

Bjørn Erikstein

## 1. SAMMENDRAG

Oslo universitetssykehus HF har behov for nye sykehusbygg. Sykehuset har i dag et samlet areal på ca 1 000 000 kvm fordelt på mer enn 40 adresser. Bygningsmassen har høy gjennomsnittsalder og en stor andel av byggene er i utilfredsstillende eller svært dårlig teknisk stand. Det foreligger en rekke pålegg knyttet til arbeidsmiljø, brannsikring og sikkerhet og det pågår omfattende tiltak for å imøtekomme og forebygge pålegg. En samling av likartede aktiviteter i tilfredsstillende bygningsmasse er nødvendig for å oppnå bedre kvalitet og effektivitet i pasientbehandlingen, samt gi sunn økonomisk drift.

Idéfase OUS – Campus Oslo har på denne bakgrunn utredet alternative, langsiktige løsninger for arealreduksjon og samlokalisering av virksomheten i sykehuset. Det diskuteres en etappevis fornyelse og utbygging. Idéfaserapporten skal på høring før styrene i Oslo universitetssykehus HF og Helse Sør-Øst RHF tar stilling til hvilke alternativer som skal utredes videre.

Sykehuset har betydelige driftsmessige utfordringer som må løses gjennom arealtiltak på kort og mellomlang sikt. Eventuelle kortsiktige tiltak må imidlertid, i så stor grad som mulig, være avstemt med de langsiktige utviklingsplanene for sykehuset. De fleste utviklingsalternativene i Idéfase OUS – Campus Oslo omfatter en videreføring av virksomhet i nyere bygg på Rikshospitalet. De neste årene bør derfor arealtiltak av vesentlig størrelse i størst mulig grad legges i tilknytning til Rikshospitalet for å sikre langsiktig utnyttelse av investeringene.

I tilknytning til eksisterende bygningsmasse på Rikshospitalet er det mulighet for å bygge ca. 14 000 kvm innenfor gjeldende reguleringsplan. Oslo universitetssykehus HF ønsker nå å gjennomføre en idéfase for å se på hvordan arealtiltak på Rikshospitalet for somatisk virksomhet kan gjennomføres innenfor gjeldende regulering.

En utbygging på Rikshospitalet kan bidra til;

- å møte kapasitetsutfordringer innenfor kritiske, somatiske virksomhetsområder
- å møte driftsutfordringer for somatiske virksomhetsområder hvor samling av fagområder og helhetlige pasientforløp skal vektlegges
- å redusere behovet for kostbare investeringer i bygg som kommer til å bli fraflyttet

I tillegg vil en slik utbygging kunne bidra til driftsforbedringer i fasen frem til nye sykehusbygg knyttet til første etappe av OUS – Campus Oslo kan stå ferdig.

Tiltakene må avstemmes med det langsiktige utrednings- og planleggingsarbeidet som er utført i *idéfase OUS – Campus Oslo*, samt med arbeidet vedrørende oppgavedeling i hovedstadsområdet som pågår i regi av Helse Sør-Øst RHF.

## 2. TIDLIGERE STYREVEDTAK AV BETYDNING FOR SAKEN

Forslag til mandat til Idéfase for arealtiltak på Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet - somatikk, bygger videre på følgende styresaker:

- Styresak 18/2012 (Arealutviklingsplan 2025), vedtak pkt 1 og 6:

*”Styret godkjenner at den fremlagte Arealutviklingsplan 2025 vil være grunnlaget for videre arbeid med utvikling av bygningsmassen i Oslo universitetssykehus”.*

*”Prioriteringen av prosjektplanleggingen må sikre at gjennomføringsrekkefølgen er praktisk og økonomisk mulig. Denne vurderingen må belyse hvilke kortsiktige investeringsbehov som da vil oppstå for å sikre god og forsvarlig virksomhet, og for å tilfredsstillende myndighetskrav og pålegg fra blant annet Arbeidstilsyn og Branntilsyn. Det skal legges særlig vekt på risikovurderinger knyttet til sikkerhet og kvalitet i pasientbehandlingen for hele gjennomføringsperioden. Dialogen som har vært med Plan- og Bygningsetaten i Oslo Kommune rundt omregulering på Rikshospitalet videreføres og formaliseres”.*

- Styresak 85/2012 (Mandat for idéfase for somatikk og psykisk helse), vedtak pkt 1:

*”Styret vedtar oppstart av samlet idéfase for somatikk, psykisk helse og avhengighet i Oslo universitetssykehus”.*

- Styresak 35/2014 (Idéfaserapport OUS), som legges frem 26.6.2014. :

### **3. ADMINISTRERENDE DIREKTØRS VURDERING**

Planer om nytt sykehus (Idéfase OUS – Campus Oslo) er i en innledende fase og nye bygg knyttet til dette prosjektet vil tidligst kunne realiseres om 8-9 år. Administrerende direktør vil understreke at omfattende investeringer knyttet til myndighetspålegg og driftstilpasninger i nåværende bygningsmasse vil være nødvendig i tiden fram til dette.

For administrerende direktør er det viktig å utnytte disse investeringene best mulig, slik at man gjennom å lukke myndighetspålegg også realiserer bygningsmasse som vil bli av varig driftsmessig nytte. Siden de fleste alternativer i Idéfase OUS – Campus Oslo baserer seg på bruk av eksisterende Rikshospital vil arealtiltak på dette området ha størst potensial for langvarig nytte. Arealtiltak på Rikshospitalet innenfor gjeldende reguleringsramme kan gi gode løsninger for kritiske deler av virksomheten i et kortere tidsperspektiv enn det som er lagt til grunn for Idéfase OUS – Campus Oslo, men vil samtidig måtte tilpasse seg disse planene.

Investeringer på Rikshospitalet kan gi muligheter for rokadøløsninger ved de øvrige lokalitetene som gjør det mulig å utnytte den beste delen av eksisterende bygningsmasse i årene framover. Hvilke funksjoner som skal flyttes inn i de nye arealene og hvilke bygg eller områder som da kan frigjøres, vil inngå i planleggingsarbeidet. I tillegg må det tas hensyn til behovet for medisinske støttefunksjoner i prosjektarbeidet.

### **4. FAKTABESKRIVELSE**

#### **Bygningsmessige utfordringer i OUS**

Oslo universitetssykehus har et samlet areal på ca 1 000 000 kvm fordelt på mer enn 40 adresser. Om lag 270 000 kvm av bygningsmassen har vernestatus. Byggene har høy gjennomsnittsalder og en tilstandsanalyse utført av Multiconsult for Helse Sør-Øst RHF i 2011 konkluderte med at 55 % av bygningsmassen var i utilfredsstillende eller svært dårlig teknisk stand. Dårlige bygg har medført en rekke pålegg knyttet til

arbeidsmiljø, brannsikring og sikkerhet. Det pågår omfattende tiltak for å imøtekomme og forebygge pålegg.

En betydelig befolkningsvekst i regionen generelt og i hovedstadsområdet spesielt frem mot 2030, vil medføre økende kapasitetsbehov og behov for større bygningsmasse. Fremtidens virksomhetsutfordringer kan bare løses gjennom nye sykehusbygg.

### **Behov for å samle virksomhet**

Strategi 2013-18 slår 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 lokalisasjon. En slik organisering legger forholdene til rette for oppbygging av robuste fag- og forskningsmiljøer og gir effektiv ressursutnyttelse”.*

Så vel uhensiktsmessig bygningsmasse som det å ha aktiviteten spredt på mange lokaliteter gjør det vanskelig å tilby sammenhengende og god pasientbehandling internt i Oslo universitetssykehus. En sammenslåing av likartede aktiviteter i tilfredsstillende bygningsmasse er nødvendig for å oppnå bedre kvalitet og effektivitet i pasientbehandlingen, samt gi sunn økonomisk drift.

### **Løsninger på kort og mellomlang sikt**

Idéfase OUS – Campus Oslo har utredet alternative, langsiktige løsninger for arealreduksjon og samlokalisering av virksomheten i sykehuset. Det diskuteres en etappevis fornyelse og utbygging. Idéfaserapporten skal på høring før styrene i Oslo universitetssykehus HF og Helse Sør-Øst RHF tar stilling til hvilke alternativer som skal utredes videre (styresak 35/2014).

Sykehuset har store driftsmessige utfordringer som må løses gjennom arealtiltak innenfor et mer kortsiktig tidsperspektiv. Eventuelle tiltak på kort og mellomlang sikt må i størst mulig grad være avstemt med de langsiktige utviklingsplanene for sykehuset. De fleste utviklingsalternativene i Idéfase OUS – Campus Oslo omfatter en videreføring av virksomhet i nyere bygg på Rikshospitalet. De neste årene bør derfor arealtiltak av vesentlig størrelse i størst mulig grad legges i tilknytning til Rikshospitalet for å sikre langsiktig utnyttelse av investeringene.

### **Potensialet for utbygging på Gaustad innenfor gjeldende reguleringsplan**

Eiendomsavdelingen ved Rikshospitalet gjorde i 2008 en utredning som konkluderte med at det innenfor gjeldende reguleringsplan er rom for å bygge om lag 14 000 kvm i tilknytning til eksisterende bygningsmasse på Rikshospitalet. Oslo universitetssykehus HF ønsker nå å gjennomføre en idéfase for å se på hvordan arealtiltak for somatisk virksomhet på Rikshospitalet kan gjennomføres innenfor gjeldende reguleringsbestemmelser. Hvilke bygg eller områder som kan frigjøres ved et arealtiltak på Rikshospitalet vil være del av planleggingsarbeidet.

### **Hva kan oppnås gjennom arealutviklingstiltak på Rikshospitalet?**

En utbygging på Rikshospitalet kan bidra til å møte kapasitetsutfordringer innenfor kritiske, somatiske virksomhetsområder, samtidig som den reduserer behovet for kostbare investeringer i sykehusbygg som kommer til å bli fraflyttet.

I tillegg vil en slik utbygging kunne bidra til driftsforbedringer i fasen frem til nye sykehusbygg knyttet til første etappe av OUS – Campus Oslo kan stå ferdig.

**Virksomhet som skal inngå i arealtiltaket**

Planleggingsarbeidet vil ha fokus på hvilke funksjoner og fagområder som kan flyttes inn i de nye arealene. Samling av fagområder, helhetlige pasientforløp, områder med kapasitetsutfordringer og driftsutfordringer skal vektlegges. Herunder skal det sees på hensiktsmessige rokader, slik at de løsningene som fremlegges sikrer tilfredsstillende virksomhetsløsninger ved alle hovedlokalisasjonene i Oslo universitetssykehus. Det er videre viktig at avhengigheter til både medisinske og ikke-medisinske støttetjenester vurderes særskilt.

Mandat for idéfase

Arealtiltak på Oslo universitetssykehus,  
Rikshospitalet

Somatikk

Oslo universitetssykehus HF

17. juni, 2014

Versjon 1.0



## Innholdsfortegnelse

1. Bakgrunn .....	3
2. Mål, forutsetninger og rammer for prosjektet.....	4
2.1. Mål og forutsetninger.....	4
2.2. Avgrensing av oppgaven.....	5
3. Idésøk, identifisering av alternative løsninger (konsepter).....	5
3.1. Prosjektalternativ og nullalternativ.....	5
3.2. Virksomhetsmessige prioriteringer til innhold.....	5
3.3. Fysiske løsningsmuligheter.....	6
3.4. Harmonisering med Idéfaserapport OUS – Campus Oslo .....	6
4. Leveranse.....	6
4.1. Alternative løsningsmuligheter for idéfaseutredningen .....	6
4.2. Grunnleggende krav til løsningen.....	7
4.3. Leveranse.....	7
4.4. Suksesskriterier .....	7
5. Organisering .....	8
5.1. Prosjekt.....	8
5.2. Styring.....	8
5.3. Koordinering og samhandling .....	8

## 1. Bakgrunn

Norges største medisinske og helsefaglige miljø ble etablert ved fusjonen av universitetssykehusene i Oslo i 2009. Oslo universitetssykehus (OUS) er landets største og mest komplette sykehus med over 20 000 ansatte og et årlig driftsbudsjett på over 20 mrd. kroner. OUS fungerer som lokal- og områdesykehus for deler av Oslo. Samtidig er det regionsykehus for helseregion Sør-Øst (HSØ) og har nasjonale oppgaver innen spesialisert medisin. OUS er landets ledende universitetssykehus med omfattende utdanningsvirksomhet og internasjonalt anerkjente forskningsmiljøer.

Det sammenslåtte sykehuset har et samlet areal på om lag 1 000 000 kvm fordelt på mer enn 40 adresser. Bygningsmassen har, dersom en ser bort fra Rikshospitalet (RH) på Gaustad, en snittalder på nærmere 60 år, mens landsgjennomsnittet for sykehus ligger på 40 år. En tilstandsanalyse utarbeidet for HSØ i 2011 konkluderte med at 55% av bygningsmassen er i utilfredsstillende eller svært dårlig teknisk stand. Dårlige bygg har medført en rekke pålegg knyttet til arbeidsmiljø, brannsikring og sikkerhet. Det pågår omfattende tiltak for å imøtekomme og forebygge pålegg.

En sammenslåing av likartede aktiviteter i tilfredsstillende bygningsmasse er nødvendig for å oppnå bedre kvalitet og effektivitet i pasientbehandlingen, samt gi sunn økonomisk drift. I oktober innfører sykehuset EPJ-systemet DIPS som er i bruk ved de øvrige helseforetakene i regionen. Det planlegges også innføring av nye, felles IKT-systemer for laboratoriefagene og for radiologi. Dette vil legge forholdene ytterligere til rette for samordning og flytting av aktivitet. Dagens bygningsmasse er imidlertid ikke tilrettelagt for en vider samordning av aktivitet og virksomhet.

*Idéfase OUS – Campus Oslo* har utredet alternative, langsiktige løsninger for arealreduksjon og samlokalisering av virksomheten i sykehuset. Det diskuteres en etappevis fornyelse og utbygging. Idéfaserapporten skal på høring før styrene i OUS og HSØ tar stilling til hvilke alternativer som skal utredes videre.

Sykehuset har betydelige driftsmessige utfordringer som må løses gjennom arealtiltak innenfor et mer kortsiktig tidsperspektiv. Alle de mest aktuelle utviklingsalternativene i *Idéfase OUS – Campus Oslo* omfatter en videreføring av virksomhet i nyere bygg på RH. De neste årene bør derfor arealtiltak av vesentlig størrelse i størst mulig grad legges i tilknytning til Rikshospitalet for å sikre langsiktig utnyttelse av investeringene.

I tilknytning til eksisterende bygningsmasse på RH er det rom for å bygge ca. 14 000 kvm innenfor gjeldende reguleringsramme. Man ønsker å se på muligheten for å igangsette arealtiltak for somatisk virksomhet på RH som kan bidra til;

- å møte kapasitetsutfordringer innenfor kritiske, somatiske virksomhetsområder
- å møte driftsutfordringer for somatiske virksomhetsområder hvor samling av fagområder og helhetlige pasientforløp skal vektlegges
- å redusere behovet for kostbare investeringer i bygg som kommer til å bli fraflyttet

Tiltakene må avstemmes med det langsiktige utrednings- og planleggingsarbeidet som er utført i *Idéfase OUS – Campus Oslo*, samt med arbeidet vedrørende oppgavedeling i hovedstadsområdet som pågår i regi av HSØ.

## 2. Mål, forutsetninger og rammer for prosjektet

### 2.1. Mål og forutsetninger

Med utgangspunkt i Strategi 2013-18 og visjonen "Sammen med pasientene utvikler vi morgendagens behandling" har OUS som mål å utvikle et samlet, fremtidsrettet sykehus med moderne løsninger for utredning og behandling, forskning, innovasjon og utdanning. Fornyning av bygningsmassen må til for å understøtte avansert medisinsk behandling og fremtidig medisinsk og teknologisk utvikling, samt for å skape et godt og fysisk sikkert arbeidsmiljø. Det behøves langsiktige løsninger som sikrer virksomheten gode vilkår for å løse fremtidens utfordringer innenfor de funksjoner sykehuset har eller kommer til å få ansvar for.

Målet for *idéfase for arealtiltak på OUS, RH* er å identifisere hensiktsmessige tiltak som bidrar til driftsforbedring og nødvendig kritisk kapasitet, og som bygger opp under de strategiske målene også i et langsiktig perspektiv.

Hensiktsmessige tiltak vil i ulik grad være avhengig av de langsiktige utviklingsplanene for sykehuset. Helt fristilte tiltak vil ventelig kunne realiseres raskest. Grad av avhengighet til en langsiktig, etappevis utbygging skal derfor vurderes.

Hensiktsmessige tiltak vil også kunne medvirke til å unngå eller redusere investeringer i deler av bygningsmassen som ikke kommer til å bli utnyttet på sikt. Vurdering av disse forhold skal derfor gjøres.

*Idéfase for arealtiltak på OUS, RH* skal bygge videre på de virksomhetsmessige og arealmessige forutsetninger som er beskrevet i *Arealutviklingsplan 2025* og *Idéfase OUS – Campus Oslo*.

Arealtiltakene skal bidra til å operasjonalisere målsettingene i Strategi 2013-18 (styrebehandlet 17.12.2012):

*Idéfase for arealtiltak på OUS, RH* skal bidra til at eiendomsmassen i OUS utvikles slik at den støtter opp under sykehusets overordnede målsetting om å tilby god pasientbehandling, fagutvikling, samhandling, driftseffektivisering, arealeffektivisering og godt arbeidsmiljø.

Arealtiltakene skal forbedre pasientforløp som i dag er oppstykket eller på andre måter er utilfredsstillende. Fagmiljøer som samarbeider om pasientbehandling på tvers av spesialiteter og fagområder skal samles for å gi bedret drift, samt skape faglige og forskningsmessige synergier.

Arealtiltakene vil resultere i at en større del av den somatiske virksomheten kommer til å foregå på RH. Det forutsettes at de tilhørende medisinske og ikke-medisinske støttefunksjoner styrkes i tilstrekkelig grad.

Tidsrammen for målrealisering for den samlede portefølje av arealtiltak skal utredes som en del av idéfaseprosjektet. Etter realisering av arealtiltakene er målsettingen at OUS skal skåre høyere på pasienttilfredshetsundersøkelser og nasjonale kvalitetsindikatorer.

Det er grunn til å påpeke at det samtidig med byggeaktiviteter skal kunne drives god og sikker pasientbehandling. En god forståelse av disse utfordringene må utvikles gjennom den videre planlegging. Hensynet til pasientsikkerhet i byggeperioden vil bli tillagt vekt ved valg av løsning.

## 2.2. Avgrensning av oppgaven

Prosjektalternativene skal begrenses til arealtiltak knyttet til eksisterende bygningsmasse med tilhørende tomt på RH.

Virksomhetsbehovene som det skal planlegges og bygges for må kunne fungere sammen med den virksomheten som for øvrig drives på RH. Dette betyr at tiltakene primært skal være knyttet til somatisk virksomhet. Det må planlegges slik at restvirksomheten på lokaliteten man flytter fra vil fungere på tilfredsstillende vis.

Omfanget av OUS' virksomhet i en fremtidig Storbylegevakt vil bli avklart og planlagt gjennom andre prosesser og inngår derfor ikke i *Idéfase for arealtiltak på OUS, RH*.

*Idéfase for arealtiltak på RH* er et selvstendig prosjekt som ikke er omfattet av mandatet for *Idéfase OUS – Campus Oslo*. Prosjektet vil bli igangsatt og i stor grad gjennomført før beslutning om videreføring av *Idéfase OUS – Campus Oslo* foreligger. Siste del av prosjektet kan komme til å foregå parallelt med etterfølgende fase av *OUS – Campus Oslo*. Forslagene til arealtiltak på RH må avstemmes med de langsiktige forslagene som blir fremmet gjennom *Idéfase OUS – Campus Oslo*. En må sikre at det ikke blir gjort arealmessige investeringer som blir overflødige eller uheldig for den langsiktige utviklingen av sykehuset. Avstemmingen mellom de to prosjektene kan gjøres enten før leveranse av *Idéfase for arealtiltak på OUS, RH*, eller ved inngangen til etterfølgende fase. Arealutviklingsprosjektene på RH skal ikke inkludere andre tiltak en de det er virksomhetsmessig grunnlag for å prioritere før helhetsperspektivet for utvikling av sykehuset er bestemt.

## 3. Idésøk, identifisering av alternative løsninger (konsepter)

### 3.1. Prosjektalternativ og nullalternativ

Identifisering av ulike løsningsalternativer for *Idéfase for arealtiltak på OUS, RH* må ta utgangspunkt i det arbeid som allerede er utført i *Idéfase OUS – Campus Oslo*.

*Idéfase for arealtiltak på OUS, RH* skal utrede reguleringsmessige forhold ved RH og foreslå alternative arealutviklingsprosjekter innenfor reguleringsrammen. Virksomhetens prioriteringer til innhold vil sammen med de rammer som er beskrevet i kapittel 2 være førende. Rokedemuligheter og –behov som oppstår ved gjennomføring av de foreslåtte arealtiltakene skal også beskrives.

*Idéfase OUS – Campus Oslo* gir en fullstendig beskrivelse av 0-alternativet i 2030-perspektiv. I *idéfase for arealtiltak på OUS, RH* er tidsperspektivet kortere. 0-alternativet må beskrives for den bygningsmassen som det blir foreslått å flytte virksomhet ut av. Beskrivelsen skal også omfatte hvilke bygningsmessige tiltak som må gjennomføres/ nybygg som ville måtte føres opp for å møte økende kapasitetsbehov.

### 3.2. Virksomhetsmessige prioriteringer til innhold

*Idéfase for arealtiltak på OUS, RH* er som nevnt et selvstendig prosjekt, men som må harmoniseres med den utviklingsretning som blir foreslått gjennom *Idéfase OUS - Campus Oslo*. Hensikten med å gjennomføre omfattende arealtiltak på RH forut for første etappe av den langsiktige utbyggingen av

sykehuset, er å bidra til å avhjelpe kritiske kapasitetsutfordringer, fremme driftsforbedringer og unngå større investeringer i bygg som kommer til å bli fraflyttet.

Dette legger føringer for innhold og omfang av arealtiltakene på RH. *Idéfase for arealtiltak på OUS, RH* må identifisere virksomhetsmessige kritiske kapasitets- og driftsutfordringer som kan avhjelpes ved tiltak på RH. Driftsutfordringer knyttet til delte fagområder og uhensiktsmessige pasientforløp skal vektlegges. Behovene må beskrives med aktivitetstall og kritikalitet og prioritet begrunnes. Videre skal eventuelle konsekvenser for annen aktivitet ved RH og lokalitet (er) som forlates vurderes og beskrives. Gode virksomhetsløsninger ved alle hovedlokalisasjoner ved OUS skal vektlegges. Videre skal avhengigheter til både medisinske og ikke-medisinske støttetjenester vurderes særskilt.

Behovene skal innbyrdes prioriteres, for evt. senere diskusjon mht hva som er mulig omfang innenfor prosjektets rammer.

Behovene skal presenteres og godkjennes av prosjektets styringsgruppe før de legges til grunn for dimensjonering av arealmessig behov og deretter fysisk løsning.

### 3.3. Fysiske løsningsmuligheter

Fysiske løsningsmuligheter for det beskrevne arealbehov skal identifiseres. Som et minimum skal det vurderes hvorvidt de virksomhetsmessige behovene kan løses ved utbygging av et samlet areal (bygg), alternativt ved flere mindre påbygg. Nødvendige ombygginger i eksisterende bygning skal inngå i alternativene. Det samme gjelder utbygging av nødvendig teknisk infrastruktur.

De fysiske løsningene må ta utgangspunkt i underlaget som er utarbeidet i *Idéfase OUS – Campus Oslo*, og ikke begrense muligheten for valg av alternativ her. Det vil si at det må finnes løsninger som kan fungere uavhengig av både langsiktig utbyggingsretning (Øst-/Sørover fra Gaustad) og hvor virksomhet senere kommer til å bli plassert i bygningsmassen.

### 3.4. Harmonisering med Idéfaserapport OUS – Campus Oslo

Alternativene som legges frem i rapporten fra *Idéfase for arealtiltak på OUS, RH* må avstemmes med anbefalingene fra *Idéfase OUS – Campus Oslo* før ferdigstilling. Dersom noen av alternativene påvirker mulighet for senere planlegging av utvikling og utbygging av sykehuset må dette tydelig beskrives.

## 4. Leveranse

### 4.1. Alternative løsningsmuligheter for idéfaseutredningen

Prosjektets leveranse skal dokumenteres i en rapport som både presiserer virksomhetens behov, dimensjonerende faktorer og identifisere mulige løsningsalternativer. Rapporten skal danne underlag for beslutning om videre utredning og avklare hvilke alternativer som det bør arbeides videre med i neste fase.

Ulike alternativer skal identifiseres og utredes på et overordnet nivå, og vurderes ut fra omforente forutsetninger om behov, mål, ambisjonsnivå, kapasitet og økonomi.

#### 4.2. Grunnleggende krav til løsningen

Følgende overordnede krav stilles til utforming av løsningene:

- Overordnet robusthet med hensyn til å kunne utvikles til å ivareta fremtidig økt behov for kapasitet i investeringenes økonomiske levetid.
- Tilrettelegging for å kunne ivareta endrede virksomhetsrelaterte behov i fremtiden. Dette omfatter generalitet, fleksibilitet og elastisitet. Med generalitet menes bygningers og strukturers evne til å benyttes til ulike funksjoner uten endring eller ombygging. Med fleksibilitet menes bygningers endringsdyktighet og tilpasning til andre funksjoner uten å endre basisinstallasjonene eller konstruksjonen. Med elastisitet menes mulighet for å utvide bygninger; bygge til med nye fløyer eller etasjer når det oppstår nye arealbehov eller nye funksjoner som må plasseres i nybygg.
- Gjennomførbart uten alvorlige forstyrrelser på sykehus i drift eller fare for pasientsikkerhet.
- Minimale transportavstander for pasienter, ansatte og varer.

#### 4.3. Leveranse

Idéfasen avsluttes med fremleggelse av en idéfaserapport. Rapporten skal omfatte oppsummering og presisering av utredninger og analyser, samt plan for videre arbeid.

Tidsfrist for leveransen avklares ved oppstart av arbeidet, men det indikeres en forventning om gjennomføring av arbeidet i løpet av 6 måneder fra oppstartstidspunkt.

#### 4.4. Suksesskriterier

Når idéfasen er ferdig skal situasjonen være som følger:

- Idéfasen er gjennomført i henhold til veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter
- Idéfasen er godt forankret i sykehusledelse, berørte fagmiljøer, driftsorganisasjonen, blant brukere, tillitsvalgte, vernetjeneste og øvrige interessenter.
- Resultatet av idéfasen gir grunnlag for beslutning om igangsetting av konseptfase.
- Idéfasen er i overensstemmelse med føringer fra Helse Sør-Øst RHF om forestående investeringer.
- Idéfasen skal ikke virke hindrende for den videre planlegging av sykehusutbyggingen, men støtte opp om denne.

## 5. Organisering

### 5.1. Prosjekt

Idéfasen vil kreve involvering av sykehusets fagmiljø og ledelse i spørsmål knyttet til virksomhetsavklaringer, og det forutsettes et tett samvirke med drifts- og eiendomssiden ved Oslo universitetssykehus.

Det skal etableres en dedikert prosjektgruppe bestående av personer fra Oslo universitetssykehus og konsulenter med bred erfaring fra denne type arbeid. Det samlede omfanget av prosjektet vil kreve en prosjektleder på fulltid med totalansvaret for planlegging og gjennomføring.

Prosjektet vil bli samordnet med OUS øvrige planlegging av bygnings- og utstyrrelaterte tiltak.

### 5.2. Styring

Prosjektleder rapporterer til en styringsgruppe. Styringsgruppen ledes av administrerende direktør ved Oslo universitetssykehus. Styringsgruppen skal ha en sammensetning som både sikrer ivaretagelse av strategiske virksomhetsaspekter, god funksjonalitet i løsningsvalg og effektiv gjennomføring av planprosessen. Viseadm. direktør for Stab Medisin, helsefag og utvikling, representant for økonomistaben og direktør for Oslo sykehusservice skal inngå i styringsgruppen sammen med representanter for tillitsvalgte, vernetjeneste, brukerutvalg og Universitetet i Oslo. Det kan også vurderes å inkludere ekstern kompetanse på planlegging og gjennomføring av større prosjekter.

### 5.3. Koordinering og samhandling

*Idéfase for arealtiltak på OUS, RH* vil kreve omfattende koordinering og samhandling mellom flere organisasjonsenheter og på flere nivåer. Sentralt i denne sammenheng er samhandlingen mellom virksomhetsplanleggingen og den bygningsmessige planleggingen. Her vil det måtte etableres egnede kommunikasjonskanaler og samhandlingsfora. Det vil påhvile sykehusets øverste ledelse en betydelig oppgave å avklare alle vesentlige virksomhetsspørsmål med klinikkledelsen og disse avklaringer må fremskaffes som en del av prosjektets arbeid. Brukergrupper med representanter fra alle berørte fagmiljøer, brukere, tillitsvalgte og vernetjenesten skal etableres og involveres etter behov.



# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 26. juni 2014

Saksbehandler: Direksjonssekretær

Vedlegg:

---

### SAK 37/2014 STYREMØTER I 2015

#### Forslag til vedtak:

*Styret vedtar følgende møteplan for 2015:*

<i>Fredag 13. februar 2015</i>	<i>Styremøte</i>	<i>12-16</i>
<i>Torsdag 9. april 2015</i>	<i>Styremøte</i>	<i>10-12</i>
<i>Torsdag 30. april 2015</i>	<i>Styremøte</i>	<i>8-14</i>
<i>Torsdag 25. juni 2015</i>	<i>Styremøte</i>	<i>8-14</i>
<i>Torsdag 30. september 2015</i>	<i>Styremøte</i>	<i>8-14</i>
<i>Torsdag 28. oktober 2015</i>	<i>Styremøte</i>	<i>8-14</i>
	<i>Styreseminar</i>	<i>14-19</i>
<i>Torsdag 17. desember 2015</i>	<i>Styremøte</i>	<i>8-14</i>
<i>Reservetider:</i>		
<i>Torsdag 28. mai 2015</i>	<i>Styreseminar</i>	<i>8-14</i>
<i>Torsdag 25. november 2015</i>	<i>Styremøte</i>	<i>8-14</i>

Oslo, den 19. juni 2014

Bjørn Erikstein

Forslag til møteplan for 2015 tar utgangspunkt i at styret har syv møter i året. I tillegg foreslås det at det reserveres to møtetidspunkter som kan brukes om det er behov.

Styrets møter bør legges slik at styret kan behandle saker til rett tid og raskt etter at behandlingsgrunnlaget er på plass. Dette gjelder for eksempel årlig melding og årets oppdrag fra Helse Sør-Øst RHF i februar, årsoppgjør i april, budsjett i desember etc.

Det er en målsetning at styret får oppdaterte og kommenterte resultater fra virksomheten til sine møter. For å oppnå dette, uten ettersendelser, bør styremøtene legges til slutten av måneden i perioden fra den 25. til den 31. En ytterligere fordel ved at styret behandler resultatene fra virksomheten raskt og før månedsskifte er at det gir bedre sammenheng med oppfølgingen av virksomheten i Oslo universitetssykehus HF fra Helse Sør-Øst RHF og Helse- og omsorgsdepartementet.

Dersom styremøtene legges til torsdag eller fredag vil det gi mulighet for å fremlegge viktige saker i foretakets ledermøter før utsendelse.

Klokketid for oppstart og slutt av møtene vil som hovedregel være 08.00 – 14.00 med mindre annet framgår av innkallingen.

I styrets arbeid skal det gjøres plass til seminar hvor styret mer uformelt kan drøfte utvalgte tema. Styret skal også ha anledning til å gjennomføre egenvurdering av styrearbeidet.

Det foreslås følgende tidspunkter for møtene i 2015:

<b>Dato</b>	<b>Samling</b>	<b>Tidspunkt</b>	<b>Saker</b>
Fredag 13. februar 2015	Styremøte	12-16	Oppdrag for 2015
Torsdag 9. april 2015	Styremøte	10-12	Årsoppgjør 2014
Torsdag 30. april 2015	Styremøte	8-14	
Torsdag 25. juni 2015	Styremøte	8-14	
Torsdag 30. september 2015	Styremøte	8-14	
Torsdag 28. oktober 2015	Styremøte	8-14	
	Styreseminar	14-19	
Torsdag 17. desember 2015	Styremøte	8-14	Budsjett 2016
Reservetider:			
Torsdag 28. mai 2015	Styreseminar	8-14	
Torsdag 25. november 2015	Styremøte	8-14	

### **Styresamling med helseforetaksstyrene i Helse Sør-Øst.**

Helse Sør-Øst planlegger en styresamling med alle styrene i helseforetakene torsdag 12. og fredag 13. februar 2015. De ber styremedlemmene i helseforetakene om å merke seg tidspunktet.

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

---

Dato møte: 26. juni 2014

Saksbehandler: VAD Samhandling og internasjonalt samarbeid

---

### **Sak 38/2014: OPPNEVNING AV NYTT MEDLEM TIL BRUKERUTVALGET**

Styret oppnevnte 27. juni 2013 (sak 43/2013) nytt brukerutvalg for Oslo universitetssykehus HF, med funksjonstid på to år. Medlemmet Anna Barlund, meddelte etter kort tid at hun var nødt til å tre ut av sitt verv i brukerutvalget på grunn av tidspress i forbindelse med ny jobb. Anna Barlund representerte Rådgivning om Spiseforstyrrelser, en organisasjon under Funksjonshemmedes fellesorganisasjon.

Det er lagt til grunn at denne pasientgruppen fortsatt skal være representert i brukerutvalget, og foreslår Ane Ringstad Næss som nytt medlem. Ane Ringstad Næss har vært tilknyttet Rådgivning om Spiseforstyrrelser siden juni 2013, og har hatt en rekke oppdrag i tilknytning til Rådgivning om Spiseforstyrrelser.

### **Forslag til vedtak:**

*Styret oppnevner Ane Ringstad Næss som nytt medlem til brukerutvalget for Oslo universitetssykehus HF for perioden 2014 - 2016.*

Oslo, 19. juni 2014

Bjørn Erikstein

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 26. juni 2014

Saksbehandler: Viseadministrerende direktør økonomi og finans

Henvisning: Helse Sør-Øst RHF styrebehandling økonomisk langtidspan  
2015-2018 (35): [http://www.helse-sorost.no/omoss\\_/styret](http://www.helse-sorost.no/omoss_/styret)

---

### SAK 39/2014 BUDSJETT 2015

#### Forslag til vedtak:

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

Oslo den 19. juni 2014

Bjørn Erikstein

## 1. INNLEDNING

Denne styresaken gir en kort orientering om status for Helse Sør-Øst RHF's styrebehandling av økonomisk langtidsplan 2015-2018 (35) og implikasjonene for Oslo universitetssykehus HF for budsjett 2015. Saken gir også en orientering om arbeidet med kostnadsreduserende tiltak.

## 2. TIDLIGERE VEDTAK

Det er ikke tidligere fattet vedtak for budsjett 2015. Det ble fattet følgende vedtak i sak 23-2014 Økonomisk langtidsplan 2015-2018 (35) den 24. april 2014:

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

## 3. ADMINISTRERENDE DIREKTØRS VURDERING

Helse Sør-Øst RHF behandler foretaksgruppens økonomiske langtidsplan 2015-2018 (35) i sitt styremøte 19. juni. Foretaksgruppen står overfor krevende prioriteringer for å sikre finansiering av de investeringer som allerede er igangsatt i regionen. Innmeldte investeringer fra Oslo universitetssykehus HF er omtalt i saksgrunnlaget, og det foreslås å videreføre ytterligere lånefinansiering av vedlikehold bygg (tilsynskrav med mer) og plan for utskiftinger av medisinsk teknisk utstyr (MTU). Nivået på lån for 2015 er ikke avklart, og det er viktig for Oslo universitetssykehus HF å få dette på plass så tidlig som mulig for å sikre god planlegging og gjennomføring av investeringsbudsjettet for 2015.

Deler av finansiering av investeringer må komme fra overskudd fra Helseforetakene i regionen. Det ble i styremøte 24. april satt et ambisiøst mål om effektivisering av drift i Oslo universitetssykehus HF for 2015 med 1 ½ pst og resultatmål på 150 millioner kroner i overskudd. Det vil være krevende å gjennomføre dette. Det er fordelt ansvar for arbeidet med tiltak for forbedring av resultatene slik det ble beskrevet i økonomisk langtidsplan, og det gjennomføres en ledersamling 24. juni for å sikre gjennomføring og prioritering.

Styret vil i møtet kunne få mer informasjon om Helse Sør-Øst RHF' styrebehandling av økonomisk langtidsplan 2015-2018 (35) og sykehusets interne arbeid med budsjett.

## 4. FAKTA

Helse Sør-Øst RHF styrebehandler den 19. juni økonomisk langtidsplan 2015-2018 (35). Det refereres i denne saken til utsendte styredokumenter som er tilgjengelig på: [http://www.helse-sorost.no/omoss\\_/styret\\_](http://www.helse-sorost.no/omoss_/styret_)

I styremøtet den 26. juni vil det gis en mer utfyllende presentasjon av Helse Sør-Øst RHF's behandling av økonomisk langtidsplan. Fra saksfremlegget fremgår at Helse Sør-Øst RHF for 2015 må sikre tilgjengelig finansiering for å ferdigstille igangsatte investeringsprosjekter, hvorav følgende inngår:

- *Oslo universitetssykehus HF viderefører samlokalisering fase I*
- *Vedlikeholdsinvesteringer (pålegg mv)/medisinskteknisk utstyr ved Oslo universitetssykehus HF*

Helse Sør-Øst RHF skriver videre i styresaken at realisering av investeringsplaner som er meldt inn krever en vesentlig styrking av den økonomiske bæreevne:

*”For 2015 legges det opp til å gjennomføre igangsatte prosjekter. Dette forutsetter imidlertid at det økonomiske handlingsrommet øker enten gjennom driftsmessige tilpasninger, eller ved en vurdering av de regionale satsningene herunder standardisering og digital fornying.”*

Det står også følgende i saken i forhold til tidspunkt for avklaring:

*”Den konkrete disponeringen av regionale midler til investeringer behandles av styret i Helse SørØst RHF i forbindelse med budsjettbehandlingen for 2015.”*

I vedlegg til sak står følgende om Oslo universitetssykehus:

*”Oslo universitetssykehus HF og Helse Sør-Øst RHF har en løpende dialog om det ekstraordinære vedlikeholdsbehovet ved helseforetaket som ikke lar seg håndtere innenfor helseforetakets egen likviditet. Det er i budsjett 2014 regionalt bevilget 350 millioner kroner til ekstraordinære vedlikeholdsinvesteringer. Det vil inn mot budsjett 2015 gjøres en vurdering av behov og mulighet for å reservere regional likviditet også i 2015.”*

Dette kan innebære at avgjørelse om finansiering av investeringer for å utbedre blant annet tilsynsavvik først kommer på plass sent i 2014. Finansieringsnivået vil påvirke prioriteringene for investeringsbudsjett 2015, og en sen avgjørelse vil gi meget liten tid til planlegging av investeringsprosjektene som skal gjennomføres i 2015. I så fall skapes også utfordringer for kontinuitet og opprettholdelse av prosjektorganisasjonen for utbedring av bygg i Oslo universitetssykehus HF.

Det ble i begynnelsen av mai gjennomført dialog med Helse Sør-Øst RHF der det ble redegjort for innholdet i de investeringer som ble meldt inn fra Oslo universitetssykehus HF i forbindelse med Økonomisk langtidsplan. Oslo universitetssykehus HF vil på ny gjennomføre dialog med Helse Sør-Øst RHF for å søke å avklare Oslo universitetssykehus HF's finansiering av investeringer i 2015 på et så tidlig tidspunkt som mulig.

#### Tiltak for å oppnå budsjettert resultatutvikling

Oslo universitetssykehus HF arbeider videre med organisering og konkretisering av tiltak for å oppnå budsjettert resultatutvikling. Arbeidet med utarbeidelse og oppfølging av felles sykehusovergrepene tiltak er fordelt mellom stabsdirektørene.

Listen under inneholder de tiltak det arbeides med på dette tidspunkt. Det vil kunne være aktuelt å spisse innsatsen mot noen færre områder for å sikre best mulig effekt av innsatsen som settes inn. I tillegg utarbeides det klinikkspesifikke tiltak.

Strategisk ansvar	Tiltaksnavn	Organisering
MHU	Aktivitetsøkning uten tilsv. økning i kostnader	Linje
MHU	Sengepostsamarbeid	Linje
MHU	Kompetanseløft kontoransatte	Linje
MHU	Poliklinikk kapasitet og effektivitet	Linje
MHU	Lavere omsorgsnivå (døgn til dag til pol)	Linje
MHU – Driftsstyret	Elektive forløp skjermes	Linje
MHU	Operasjonsstuer – effektivitet	Driftsstyre
MHU	Operativ drift Aker	Prosjekt
MHU	Operasjonssykepleiere oppgaver	Prosjekt
MHU	PAS/EPJ – felles arbeidsprosesser og maler	Prosjekt – deretter Linje
MHU	Blodprøvetaking på poster	Prosjekt
MHU/HR	Vaktordninger, ny vurdering	Ikke avklart
HR	GAT - ressursstyring	Ikke avklart
IKT	Talegjenkjenning	Linje
IKT og KDI	RIS PACS	Prosjekt
OSS	Felles innkjøpssystem	Prosjekt
Forskningsstaben	Mållrettet utdanning og forskning	Linje
Forskningsstaben	Forske for bedre drift	Linje
Samhandling	Omfordeling av oppgaver til andre HF	Linje
KGI (MHU, OSS, Øk stab)	Lønnsomme investeringer prioriteres	KGI
Økonomistab	Lønnsomme investeringer oppfølging resultat	Linje

*Tabell 1: Liste over de tiltak det arbeides med. MHU= Medisin helsefag og utvikling, KGI = koordineringsgruppe for investeringer.*

I ledermøtet 24. juni er hovedtemaet budsjett 2015 og virkemidler for forbedring av resultatene. Det vil på styremøte gis en presentasjon som oppsummerer innhold og retning for arbeidet etter gjennomført ledermøte.

#### Tidsplan for styrets behandling av budsjett 2015

26. juni	Kort orientering om finansiering investeringer og arbeidet med tiltak
30. oktober	Drøftede detaljerte klinikkvise tiltaksplaner og risikoanalyse av gjennomføring. Status for sykehusovergripende tiltaksplaner.
18. desember	Informasjon om statsbudsjett og finansiering av investeringer Drøftet detaljert investerings- og driftsbudsjett, med vedtak om resultatkrav 2015



# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 26. juni 2014

Saksbehandler: Direktør Oslo sykehuservice

---

**SAK 40/2014: LEIE AV AREALER TIL OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF  
SIN VIRKSOMHET I STORGATA 40**

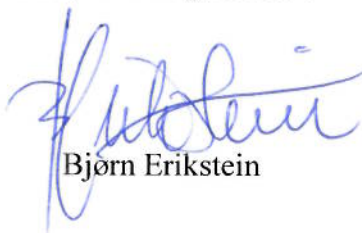
### Forslag til vedtak:

*Styret tar til orientering at administrerende direktør inngår en 4-årig leieavtale (fremleieavtale) i Storgata 40 med Oslo kommune v/Helseetaten.*

*Styret gir administrerende direktør fullmakt til å forhandle frem en avtale om lenger leie og sende den til Helse Sør-Øst RHF for godkjenning.*

*Styret gir administrerende direktør fullmakt til å inngå en langsiktig leieavtale i Storgata 40 forutsatt godkjenning fra Helse Sør-Øst RHF.*

Oslo, den 24. juni 2014

  
Bjørn Erikstein

## **1. Sammendrag**

Saken gjelder orientering om at administrerende direktør vil inngå leieavtale i Storgata 40 (Legevakten) i Oslo kommune med 4 års varighet.

I saken ber også administrerende direktør om fullmakt til å fremforhandle og ferdigstille en mer langsiktig leieavtale i Storgata 40, som oversendes Helse Sør-Øst RHF for endelig godkjenning.

## **2. Administrerende direktørs vurdering og anbefaling**

Oslo universitetssykehus HF har i mange år hatt deler av sin virksomhet lokalisert i Storgata 40. Dette omfatter skadelegevakt og elektiv ortopedisk virksomhet. Oslo kommune har allmennlegevakt ved samme adresse og det er betydelige faglige synergier ved denne samlokaliseringen som legger til rette for gode og sømløse pasientforløp. Som styret ble orientert om i sak 33/2013, var det nødvendig å flytte ut den operative delen av Storgata 40 i mars 2013 da stuene ble stengt. Virksomheten med tilhørende sengepost ble midlertidig flyttet til Aker sykehus.

Det er planlagt en oppgradering som skal gjennomføres og finansieres av Oslo kommune. Oslo universitetssykehus HF vil bli fremleietaker i Storgata 40 gjennom Helseetaten i Oslo. En andel av investeringene og FDV (forvaltning, drifts- og vedlikeholdskostnader) vil utgjøre leien.

Oslo universitetssykehus HF har som etablert praksis å bruke leide lokaler for sin virksomhet i tillegg til å bruke egne lokaler. Det vil bli inngått en fremleieavtale med en varighet på 4 år i Storgata 40 (Helseetaten leier av Omsorgsbygg KF (kommunalt foretak), og Helseetaten fremleier deler av lokalene i Storgata 40 til Oslo universitetssykehus HF). Med den planlagte oppgradering i Storgata 40 legges det til rette for optimal løsning for drift av Oslo universitetssykehus HF ortopedivirksomhet og gode arbeidsmiljøvilkår for de ansatte. I tillegg sikres et godt pasienttilbud med de synergier som en får ved felles lokalisering til allmennlegevakten.

Arealene er totalt 5 744 kvm inkludert fellesareal. Leiepris for Oslo universitetssykehus HF er 9,9 millioner kroner per år. Forvaltnings-, drifts-, og vedlikeholdskostnader utgjør 2,7 millioner kroner per år. Årlig leie er dermed totalt 12,648 millioner kroner.

Partene har oppnådd enighet om en avtale på 4 år. Investeringskostnadene forbundet med oppgradering av lokalene er store. Det har derfor vært uttrykt ønske om å få til et leieforhold av lengre varighet. Det å inngå en avtale på 4 år på nåværende tidspunkt vil imidlertid sikre igangsetting av oppgraderingsprosjektet i henhold til fremdriftsplanen.

Administrerende følger opp tidligere styrevedtak om å finne den beste løsning for ortopedivirksomheten i Storgaten. Den optimale løsning er å få til et mer langvarig leieforhold som vil gi forutsigbarhet og trygghet for styring og drift av denne virksomheten. Et langsiktig leieforhold er også i Oslo kommune ved Omsorgsbygg KF og Helseetaten sin interesse.



Administrerende direktør ber om fullmakt til å fremforhandle en mer langsiktig avtale, som oversendes Helse Sør-Øst for endelig godkjenning.

### 3. Bakgrunn

Styret ble orientert om situasjonen i 33/2013 og behandlet legevaktfunksjonen i Oslo for de nærmeste årene fremover i sakene 40/2013 og 51/2013. I disse ble det orientert om mulighetsstudien for å kartlegge alternativer for bruk av Storgata 40 og Aker til legevaktsformål, og hvordan legevaktens funksjoner best vil kunne ivaretas frem til en ny storbylegevakt kan stå ferdig. I tillegg ble styret informert om hvordan sykehuset i mars 2013 håndterte den akutte situasjonen som oppstod i forbindelse med stengning av operasjonsstuene ved Legevakten, og flytting av de ortopediske operasjonene med tilhørende sengearealer til Aker.

I sak 40/2013 gjorde styret følgende vedtak:

- 1 *Styret tar saken til orientering.*
- 2 *Med utgangspunkt i mulighetsstudien "Legevakten 2015", ber styret administrerende direktør arbeide videre med saken med sikte på å finne den beste løsningen for Oslo universitetssykehus og ber administrerende direktør fortsette dialogen med Oslo kommune.*

Følgende enstemmig vedtak ble fattet i sak 51/2013:

1. *Operasjonsstuene i Storgata 40 oppgraderes slik at de funksjoner Oslo universitetssykehus har hatt i legevakten kan reetableres og ber administrerende direktør følge opp dette overfor Oslo kommune.*
2. *Styret forutsetter at investeringskostnadene dekkes av Oslo kommune og at Oslo universitetssykehus dekker kostnadene gjennom leieprisen.*
3. *Styret ber administrerende direktør sørge for en optimal utnyttelse av operasjonsstuene i Storgata 40.*
4. *Styret ber administrerende direktør arbeide for at enkelte ortopediske funksjoner kan overføres fra Oslo universitetssykehus til andre foretak i hovedstadsområdet.*

I sak 40/2013 ble mulighetsstudie for Legevakt 2015 redegjort for.

Mulighetsstudiens konklusjon, er at en løsning som sikret fortsatt drift av storbylegevakt og ortopedifunksjoner i Storgata 40 er å foretrekke. Dette er en løsning både Oslo kommune og Oslo universitetssykehus HF er enige i. For Oslo universitetssykehus HF er denne løsningen basert på ønske om opprettholdelse av et godt pasienttilbud knyttet til synergier ved felles lokalisering av allmennlegevakt, skadelegevakt og ortopedisk virksomhet. I dette lå også en mulighet til å bedre utnyttelse av operasjonsstuene i Storgata 40 slik at ytterligere ortopedisk virksomhet kan samles der. En videreføring av drift i Storgata 40 forutsetter derimot en omfattende oppgradering av bygningsmassen blant annet for å ivareta et forsvarlig arbeidsmiljø.

### 3. Fakta

I etterkant av styrets vedtak ble det opprettet en prosjektorganisasjon der Omsorgsbygg KF, som eier, byggherre og forvalter av eiendommen i Storgata 40 og leietaker er med. Leietaker er Helseetaten, Oslo kommune, som igjen fremleier til Oslo universitetssykehus HF.

Ombygging og oppussing er planlagt innenfor eksisterende bygningsvolum, og dagens arealfunksjoner beholdes bortsett fra i annen etasje i legevaktsbygget (Ortopedisk avdeling, operasjon). I denne etasje er det planlagt en totalrenovering av en 700 m<sup>2</sup> operasjonsavdeling med 5 operasjonsstuer, hvorav 2 er bestilt oppgradert til 10 cfu, noe som innebærer at de likestilles med de beste operasjonsstuer i Oslo universitetssykehus HF for øvrig.

Planlegging av virksomheten i rehabiliterte lokaler er ivarettatt ved bred medvirkning fra brukersiden, inkludert tillitsvalgte og vernetjeneste. Hovedfokus har vært å sikre en god planløsning for å oppnå effektiv drift av operasjonsavdelingen. Det er en omforent oppfatning at den skisserte planen for operasjonsavdelingen er meget god og brukerne ser frem til at denne løsningen blir gjennomført.

Omsorgsbygg KF har gjennomført en anbudskonkurranse i forbindelse med anskaffelse av generalentreprenør for prosjektet knyttet til utbedringsarbeidene på legevakten.

Oppgraderingen er planlagt gjennomført med en investeringsramme på totalt 167 millioner kroner for hele Storgata 40. 58 mill kroner av disse er investeringer i de 5 nye operasjonsstuene. Oppgraderingen omfatter Oslo universitetssykehus HF lokaler på 3 938 kvm i Legevaktbygget og 412 kvm i Kroghstøtten.

Oslo kommune finansierer investeringen. Oslo universitetssykehus HF vil bli fremleietaker i Storgata 40 gjennom Helseetaten i Oslo. En andel av investeringene og FDV kostnader vil utgjøre leien.

Arealene er total 5 744 kvm inkludert fellesareal. Leiepris for Oslo universitetssykehus HF er 9,9 millioner kroner. Forvaltnings-, drifts-, og vedlikeholdskostnader utgjør 2,7 millioner kroner. Totalt årlig leie blir dermed 12,648 mill kroner per år.

For øvrig eksisterer det egne fremleieavtaler for 6. etasje (514 kvm, inngått i 2006), og i Ambulansebygget (1640 kvm, inngått i 2010) i Storgata 40. Disse arealene utgjør totalt 2154 kvm. Husleien der utgjør total 2,22 millioner kroner pr år, eksklusiv FDV (forvaltning, drift og vedlikeholdskostnader) og fellesutgifter.

### 4. Fullmakter

I henhold til fullmaktene må leieforpliktelser som overstiger totalkostnader på 50 millioner kroner oversendes til Helse Sør-Øst RHF for endelig godkjenning, jf Finansstrategi for Helse Sør-Øst RHF i vedlegg 6. De totale forpliktelsene i en leieavtale på 4 år ligger innenfor fullmaktene til administrerende direktør når



leiekostnaden over 4 år neddiskonteres og summeres. En eventuell utvidelse av varigheten må oversendes til Helse Sør-Øst RHF for endelig godkjenning.

#### **5. Vurdering av fremleieavtale**

Fremleieavtaler er basert på en standard leieavtale som Omsorgsbygg KF benytter ved inngåelse av leieavtalen med andre avdelinger og etater i Oslo kommune. Fremleieavtalen er tilpasset Oslo universitetssykehus HF rammevilkår i forhold til forsikringsordning, MVA-plikt, og tvisteløsningsmekanismer.

På grunn av den vederlagsfrie bruksretten som ble gitt i forbindelse med Sykehusreformen, jf Protokoll fra sykehusreformen pkt 2, er det ikke lagt inn grunnleie i denne fremleieavtalen, slik Omsorgsbygg KF vanligvis gjør. Leien er en andel av de oppgraderingene som blir gjort i bygget, og FDV kostnadene. FDV kostnadene utgjør helseforetakets andel av forsikring, administrasjon, utomhus stell av grønt areal, snørydding, drift av sentrale tekniske installasjoner og vedlikehold av tekniske anlegg, kommunale avgifter, samt utvendig bygningsmessig vedlikehold.

Omsorgsbygg KF tar risiko i forhold til kostnadsoverskridelser ved gjennomføring av oppgraderingsprosjektet. Kostnader til MVA for andel av Oslo universitetssykehus HF arealer er inkludert i den beregnede husleien.

Da helseforetaksloven gir et forbud mot inngåelse av finansielle leieavtaler er Oslo universitetssykehus HF forpliktet til å dokumentere at leieavtalen er operasjonell. Fremleieavtalen på 4 år er vurdert, og en har kommet til at den er å anse som operasjonell. Dette er hovedsakelig fordi nåverdien av estimerte leieinnbetalinger er vesentlig lavere enn den antatte markedsverdien. Leietaker har heller ikke en gjenkjøpsklausul til langt under markedspris. Den estimerte leieperiode går ikke over det vesentlige av eiendommens økonomiske levetid, og lokalene kan benyttes av andre helseaktører etter endt leieperiode uten vesentlige endringer eller modifikasjoner.

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 26. juni 2014

Saksbehandler: Direktør Oslo sykehusservice

Vedlegg:

---

### **SAK 40/2014 LEIE AV AREALER I STORGATEN 40 – SAK ETTERSENDES**

Styret er tidligere orientert om at det var nødvendig å flytte ut den operative delen fra Storgaten 40 i mars 2013 da operasjonsstuene ble stengt. Etter dette har styret vedtatt at operasjonsstuene i Storgaten 40 skal oppgraderes slik at de funksjoner Oslo universitetssykehus har hatt i legevakten kan reetableres. Styret forutsatte at investeringskostnadene dekkes av Oslo kommune og at Oslo universitetssykehus dekker kostnadene gjennom leieprisen.

Det er nå kommet opp at Oslo kommune i forbindelse med sin behandling har behov for en avtale om at Oslo universitetssykehus vil leie de oppgraderte arealene.

Sak om dette vil bli ettersendt elektronisk på tirsdag 24. juni 2014.

Oslo, den 19. juni 2014

Bjørn Erikstein

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte.: 26. juni 2014

Saksbehandler: Leder Direktørens kontor

Vedlegg: Foreløpig protokoll fra styremøte i Helse Sør-Øst RHF 24.4.14  
Foreløpig protokoll fra ekstraordinært styremøte i HSØ RHF 3.6.14  
Protokoll fra Brukerutvalgets møte 26.5.2014

---

### **SAK 41/2014 ADMINISTRERENDE DIREKTØRS ORIENTERINGER**

Følgende legges frem til orientering:

1. Drift
2. Organisasjonsutvikling
3. Revisjoner
4. Samhandling
5. Replasseringer
6. Kreftregisterets årsmelding 2013
7. Mediebildet - medieomtale
8. Referater

### **Forslag til vedtak**

*Styret tar saken til orientering.*

Oslo, 19. juni 2014

Bjørn Erikstein



## **Innledning**

I forrige uke gjennomførte vi fire informasjonsmøter på våre hovedlokalisasjoner Aker, Radiumhospitalet, Rikshospitalet og Ullevål. Tema var Idefase OUS - Campus Oslo.

Det er alltid nyttig med slike informasjonsrunder. Noen møter er stille og uten tilbakemeldinger der og da, andre steder er det ansatte - og andre - som har forberedt seg og gjerne vil bidra. I tillegg mottar jeg henvendelser i etterkant.

Innspillprosessen fortsetter i form av høringsrunde med frist 1. november 2014, flere informasjonsmøter over sommeren og i tillegg benytter vi oss av Intranett og Internett for informasjon og innspill, inkludert publisering av et av informasjonsmøtene for de som ikke hadde anledning til å møte.

Det har samtidig vært viktig for meg å minne om, i disse informasjonsmøtene, at det fortsatt er pasientbehandling i dag, i morgen, neste uke, neste måned og neste år som er det viktigste og mest sentrale å ha fokus på. Det kan være utfordrende å kombinere dette, men det er å håpe at tiden vi nå setter av til refleksjon, diskurs og innspill gir best mulige løsninger både i et kortere perspektiv og med et perspektiv på et sykehus for fremtiden.

## **1. DRIFT**

### **• Status nyfødtintensiv**

23.01.14 vedtok ledelsen ved Oslo universitetssykehus følgende; *Sykehusledelsen anerkjenner og bekrefter at de fullt ut intensive sengene ved nyfødtintensivavdelingen har status som intensivsenger og at dette må hensyntas i bemanningen gjennom at man ser på pasientkategorisering og pleietyngde. Klinikken bes vurdere bemanning ut fra dette. Oslo universitetssykehus sentralt, vil sammen med HSØ, bidra til en videre avklaring av bemanningsbehovet.*

En bredt sammensatt prosjektgruppe med deltagelse fra tillitsvalgte, vernetjeneste, sentrale fagpersoner og ledelsen (seksjon, avdeling og klinikk) samt representanter fra medisin og helsefag og HR i OUS sentralt har møttes jevnlig gjennom hele 2014 for å diskutere situasjonen og fremdriften i tiltak som er vedtatt og planlegges.

Bemanningen ble økt med 22 stillinger i 2013 og deretter vedtatt økt med ytterligere 20 stillinger i februar 2014 inkl. 4 x 0,5 praksisveiledere på de to seksjonene tilsammen. De siste av disse stillingene vil være tilsatt august/september 2014 og opplæring pågår. Totalt har Oslo universitetssykehus bevilget 15 mill til for å oppnå en bemanning tilsvarende andre intensivheter for til sammen 17 senger. I tillegg har nyfødt 30 intermedier og ”medisinske” senger til disposisjon. Det arbeides også med å se nærmere på mulighetene for økt overlegebemanning for å styrke kontinuitet og tilstedeværelse.

### Kompetansebygging og spesialutdanning er spesielt viktig

I juni 2013 vedtok ledelsen ved Oslo universitetssykehus å etablere 100 utdanningsstillinger for spesialutdanning av sykepleiere. Av disse ble 15 øremerket nyfødtintensiv. Dessverre var det så få søkere til nyfødtutdanningen at oppstart av nytt kull studenter i nyfødtutdanningen ble utsatt fra januar 14 til høsten 2014. 6 studenter begynte i stedet barnesykepleierutdanning med bindingstid til nyfødtintensiv. Dette er også en meget velegnet spesialutdanning for vår funksjon. Det har nå vært meget god søknad til videreutdanning til nyfødtintensiv, og alle plasser til nyfødtintensiv vil bli benyttet fra høsten 2014. Nå i juni 2014 kom dessuten 6

sykepleiere tilbake til nyfødt intensiv, Rikshospitalet etter fullført, tidligere påbegynt nyfødtutdanning.

Det legges nå stor vekt på å styrke vår interne opplæring og kompetansebygging da vi erkjenner at vi i stor grad må utdanne våre egne sykepleiere. I tillegg til dette gjøres det en betydelig innsats for å rekruttere allerede erfarne nyfødt- og intensivsykepleiere.

I tillegg til å styrke intern og ekstern opplæring og rekruttering, sees det også nærmere på hvordan eksisterende kompetanse benyttes best mulig, f. eks ved å vurdere team sammensatt med ulik kompetanse og med ulike oppgaver med tilstrekkelig kompetanse totalt rundt en liten gruppe av pasienter. Mindre erfarne sykepleiere og barnepleiere kan avlaste presset på spesialsykepleiere.

#### Ekstern faglig gjennomgang

Den planlagte eksterne faglige gjennomgangen (av lege- og sykepleieledelse fra Karolinska sjukhuset, Stockholm og Rigshospitalet, København) ble gjennomført 20-21. mars og rapporten ble mottatt 22. april.

Rapporten omtaler flere forhold vi må jobbe videre med:

- Opplæringstiden hos oss er lang. Den bør være mye mer lik på tvers av geografi
- Samarbeid mellom pleiegruppen og legene ikke optimalt
- Ullevål og Rikshospitalet må samarbeide mer og være en avdeling med felles mål, opplæring og prosedyrer
- Manglende strategi og mål
- Bemanning (sykepleie og lege) er i likhet med andre nyfødtintensivavdelinger lavere enn voksenintensiv og lavere enn nødvendig, men dette er ikke nyfødtens "eneste problem"
- Lederspenn er for stort

Det ble samtidig presisert i rapporten at:

- de faktiske resultatene i pasientbehandlingen fremstår som gode også i denne vurderingen: "Overlevelsen hos især barn i de laveste GA-grupper vurderes at ligge over gjennomsnittet for sammenlignelige centre i den øvrige vestlige verden."
- mange tiltak er allerede igangsatt og pågår
- lavere bemanning på nyfødt enn ønskelig og i forhold til øvrige intensivavdelinger er ikke noe som bare gjelder Oslo universitetssykehus. "Dette er svarende til forholdene på mange andre landes høy-intensive neonatalavdelinger, fordi neonatologi av historiske grunde ikke har haft status af intensiv behandling". Og "Lægebemanningen bærer preg av den utvikling, der gælder for mange neonatalafdelinger, hvor antallet læger ikke er øget i samme omfang som krav og muligheder for intensiv behandling av syge nyfødte."

#### Organisering og samarbeid

Vurdering av organisering pågår. Det er bred enighet om at lederspennet må reduseres på de to postene, og klinikken vil 19. juni drøfte et forslag om å etablere 4 enheter på N5 ved begge lokalisasjoner, for å sikre at alle ansatte har en lokal, tilgjengelig leder å forholde seg til. Det legges videre stor vekt på tett samarbeid mellom lege- og sykepleietjenesten og mellom Rikshospitalet og Ullevål både i daglig drift, og i faglig og strategisk utvikling.

#### Sommeren 2014

Selv om grunnbemanningen er bedre enn tidligere, har det vært vanskelig å skaffe en så høy bemanning med tilstrekkelig kompetanse som ønskelig gjennom sommeren. Man vil derfor

gjennom sommeren ha en bemannet intensivseng mindre både på Rikshospitalet og Ullevål, tilsvarende som for Rikshospitalet sommeren 2013. Det er i dialog med NSF iverksatt en rekke tiltak internt for å styrke bemanningen. Bla for å få egne ansatte med tilstrekkelig kompetanse inkl. deltidsansatte, til å påta seg noen ekstra vakter.

- **Status barneortopedi**

Barneortopedivirksomheten har vært lokalisert på Rikshospitalet siden innflytting fra Sophies Minde. Dagens ventelisteproblematikk har utviklet seg over tid. I hvilken grad det er forsterket etter fusjonen vites ikke, men det antas at dette har bygget seg opp gradvis over mange år.

Barn venter på:

- Korrigerende ekstremitetskirurgi for CP (tenotomier i spastisk muskulatur, rotatorosteotomi i femur eller bekken) Noen av disse pasientene har kompliserende komorbiditet (epilepsi eller andre fødselssekveler)
- Annen ekstremitetskirurgi
- Ryggkirurgi. Disse pasientene er enten friske tenåringer eller barn med betydelig komorbiditet (syndromer med psykomotorisk retardasjon og potensielle eller reell respirasjonproblematikk).

Ventetid er ca 1-2 år, 223 ventende til barneortopedi og 145 til ryggkirurgi

Det er en blanding av operasjonskapasitet og noe intensivkapasitet som påvirker avviklingen av dette. Operativ kapasitet er 4 stuedager per uke for hhv barneortopedi og ryggkirurgi (totalt = 8). Kirurgien må foregå på Rikshospitalet.

Pasienter: Behov for å skille ut pasienter på venteliste som skal gjennomgå enkle inngrep med liten komorbiditet som kan opereres planlagt med liten postoperativ ressursbruk.

Operativ kapasitet: For løsning er det behov for utvidet tilgang til operasjonsstuer og noe oppjustering av operasjonssykepleie/anestesisykepleie. Det arbeides med flere alternativer for dette.

Intensivkapasitet: Det er særlig pasienter med komorbiditet, spesielt i ryggkirurgi som utfordrer intensivkapasiteten. Man må ha tilgang til intermediærsenger på ortopedisk sengepost.

Arbeidet med å komme ned i ventetid koordineres og ledes av kirurgisk driftstyre

## **2. GJENNOMGANG OG UTVIKLING AV ORGANISERINGEN AV OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS 2014-2015**

Det er nå fem år siden Oslo universitetssykehus (OUS) ble etablert, og drøyt fire år siden den nåværende organisasjonsmodellen ble iverksatt. OUS ønsker en vurdering av dagens organisasjonsmodell med tanke på videre utvikling i tråd med vedtatt overordnet strategi 2013-18, som har visjonen ”Sammen med pasientene utvikler vi morgendagens behandling”.

Dette prosjektet skal gjennomgå dagens organisasjons- og ledelsesstruktur, se denne i forhold til strategi og styringsdokumenter og ta hensyn til forventet fremtidig utvikling. Den overordnede problemstillingen for prosjektet er å danne et godt beslutningsgrunnlag for utvikling av dagens organisering av OUS, slik at sykehuset kan løse sine oppgaver på best mulig måte og være rettet inn mot de målene som det legges opp til i strategien.

Organisasjons- og ledelsesgjennomgangen vil blant annet omfatte kartlegging av parallelle fagområder, identifisere særlige koordineringsutfordringer og se på organisering av pasientforløp. Derfor må representanter for pasientene/brukerne tas med i arbeidet. Prosjektet skal bidra til å sikre brukernes rettmessige plass i den videre utviklingen av sykehuset.

Dette prosjektet skal også sees i sammenheng med behov for en kulturutvikling i sykehuset, der kontinuerlig endring og omstilling blir en mer naturlig del av driften. Sykehuset har behov for å forankre endringsprosesser nedenfra og for å gjøre den enkelte leder i sykehuset bedre i stand til å løse utfordringer.

Prosjektet skal identifisere hva som er lokale utfordringer og hva som er utfordringer som må løses på et mer overordnet nivå: Er det deler av organisasjonen som hemmes av uhensiktsmessige organisatoriske plasseringer i ulike klinikker? Er det faglig samordning som hindres av uhensiktsmessig organisasjons- og ledelsesstruktur? Ut fra erfaringer hittil er det dessuten særlig viktig å belyse stedlig ledelse og ledesers ansvars- og kontrollspenn, for bedre måloppnåelse knyttet til organisasjonsstruktur og ledelse.

Prosjektet vil også ha en viktig oppgave med å identifisere områder som har lykket godt med integreringsarbeidet og vise bevaringsområder der strukturen fungerer godt.

En avgjørende faktor for at prosjektet skal bli vellykket, er at prosjektet sikrer deltakelse og forankring ut i organisasjonen. Det er ønskelig at prosjektet skal engasjere organisasjonen, og at mange opplever å være en del av organisasjonsgjennomgangen. Evalueringemetodikken blir da viktig, og det vil bli brukt verktøy som fanger opp mange tilbakemeldinger, og som kan sørge for at tilbakemeldinger kan gis effektivt.

Prosjektmandatet behandles på vanlig måte i ledermøte, er ute til høring, drøftes og vedtas deretter i ledermøtet.

### 3. REVISJONER

- **Systemrevisjon ved nevrokirurgisk avdeling.**

Bakgrunnen for at Fylkesmannen valgte å gjennomføre dette tilsynet er klager fra pasienter og fra pasient- og brukerombud på lange ventetider på behandling av nevrokirurgiske pasienter, bekymringsmeldinger og styresak 22/2014.

Tilsynets tema var om helseforetaket gjennom systematisk styring og forbedring sikrer forsvarlig håndtering og vurdering av henvisninger, samt om helseforetaket sikrer at pasientene får et forsvarlig pasientforløp. Tilsynet var avgrenset til perioden fra mottak av henvisninger og frem til behandlingsstart. Forsvarligheten av legenes medisinskfaglige vurdering av den enkelte henvisning ble ikke vurdert.

Tilsynet valgte å se på 2 diagnosegrupper, pasienter med ikke-rumperte aneurismer og pasienter med nakkeprolaps. Revisjonen ble gjennomført 15.-20.05.14. Foreløpig rapport er mottatt 17.06. og ledelsen er orientert om funn på avslutningsmøte 20.05. Tilbakemelding på foreløpig rapport er satt til 01.07.2014.

Det ble påvist 2 avvik fra myndighetskravene:

1. Nevrokirurgisk avdeling sikrer ikke at alle pasienter ved nevrokirurgisk avdeling får sin rett til nødvendig helsehjelp vurdert, og at pasienter og henviser blir informert om pasientenes rettigheter. Avviket bygger blant annet på at det ved journalgjennomgang var krysset for "nei" for tidligere rettighetsvurdering. Det fremgikk ikke av merknader om det var innhentet/mulig å få innhentet slike opplysninger eller om pasienten ikke var tidligere vurdert. Ved mottak av henvisninger fra andre sykehus er det i senere tid etablert praksis med å innhente ansiennitetsdato og eventuelt gjennomført rettighetsvurdering fra henvisende instans. Av intervjuer fremkom det imidlertid at det ikke alltid er mulig å få denne informasjonen. Fylkesmannen skriver videre at... *"det foretas alltid en faglig vurdering av henvisningene. Svaret på henvisning fremkommer ofte gjennom fyldig poliklinisk notat, men dette inneholdt ingen informasjon om pasientens rettigheter.*

2. Nevrokirurgisk avdeling sikrer ikke at alle pasienter med nakkeprolaps får utredning/behandling innenfor den tid som er satt ut fra faglig vurdering.

I vurdering av sykehusets styringssystem skriver Fylkesmannen... *"sykehuset har således iverksatt tiltak for å sikre at henvisninger håndteres og vurderes slik de skal, men det er ikke foretatt en tilstrekkelig kontroll og oppfølging av at dette blir gjort i den grad det skal. Ledelsen er kjent med ventetiden for pasienter med nakkeprolaps. Det er iverksatt tiltak, men disse har ikke hatt tilstrekkelig effekt".*

Foreløpig rapport vil bli vurdert og kommentert fra ledelsen innen fristen 01.07.2014.

#### 4. SAMHANDLING

##### • Kulturveilederutdanning

Det er nå totalt 87 ansatte ved OUS som har tatt videreutdanningen "Veiledning i flerkulturelt helsearbeid", ved Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA). Dette er et studium som OUS har vært med å utvikle, og som ble kjørt som prosjekt i 4 kull, men som HiOA nå har innført som et ordinært studium. Studentene lærer å se sin rolle som profesjonsutøver i møte med et flerkulturelt helsevesen, og blir mer bevisst de ulikheter som finnes i sykdomsforståelse og håndtering på tvers av kulturer. I mai ble et nytt kull uteksaminert, hvorav 12 fra OUS. Disse inviteres inn i et nettverk av kulturveiledere, som følges opp med fagdager og nettverkssamlinger. Høstens kull er alt fulltegnet.

##### • Tolkesentralen

Oslo universitetssykehus leder et prosjekt med etablering av en tolkesentral som skal sørge for tolker til oppdrag på OUS, Akershus universitetssykehus (Ahus) og Sunnaas sykehus. Det ble i desember 2013 signert en intensjonsavtale for gjensidig samarbeid mellom de tre sykehusene.

I april flyttet Tolkesentralen inn i nyoppussede lokaler i underetasjen på Søsterhjemmet, Ullevål. Her er det laget arbeidsplass til leder, 3 rådgivere og 4 tolkeformidlere. I tillegg er det laget 9 tolkerom, som skal utstyres med videokonferanse utstyr, slik at en vesentlig del av tolkingen kan foregå via fjerntolking (skjerm). På denne måten vil Tolkesentralen kunne benytte tolkenes ressurser på en mer optimal måte, ved at man slipper tolkenes forflytningstid.

Målet er at Tolkesentralen innen 2018 skal levere 40 % av alle tolkeoppdrag via skjermtolk. Tolkesentralen starter opp med en første pilot på skjerm- og oppmøtetolking i august 2014, med utvalgte avdelinger fra OUS og Ahus. Interessen for å være pilotavdeling har vært god.



## 5. REPLASSERINGER

I styresak 131/2011 fattet styret vedtak om at plassering av pensjonsmidler i Statens pensjonskasse har som intensjon at man på sikt skal ha en sammensetning og risikoprofil som speiler de øvrige store pensjonskassene. Basert på vedtaket relasserte foretaket om lag 1,9 mrd. kroner i desember 2011, herav ble om lag 1,4 mrd. kroner plassert i norske statsobligasjoner. Det resterende beløpet på 500 millioner kroner ble plassert i Statens pensjonsfond utland (SPU).

I mai hadde statsobligasjon NST22 forfall og om lag 330 millioner kroner ble relassert. I forkant av beslutningen om relassering ble det innhentet råd fra KLP Kapitalforvaltning AS. Deres anbefaling var å relassere pensjonsmidlene i norske statsobligasjoner med 10 års løpetid. Anbefalingen forklares med at porteføljen av plasseringer da vil opprettholde en jevn forfallsprofil og en rente i nærheten av grunnlagsrenten i ordningen.

Administrerende direktør i samråd med styreleder besluttet på bakgrunn av eksterne råd og råd fra Stab økonomi, juridisk og IKT å relassere om lag 330 millioner kroner i norske statsobligasjoner med 10 års løpetid.

## 6. KREFTREGISTERETS ÅRSMELDING 2013

Kreftregisterets styre oppnevnes av styret ved Oslo universitetssykehus og rapporterer til Helse-Sør Øst RHF via administrerende direktør ved OUS. Kreftregisteret har nasjonale oppgaver og hver av helseregionene er representert i Kreftregisterets styre. Kreftregisterets årsmelding foreligger nå. Den gir et godt bilde av aktiviteten i 2013, og fokuserer bla viktigheten av kvalitetsregistre i forhold til kvaliteten på pasientbehandlingen. Bla vises det til at resultater fra kvalitetsregistre på prostata og tykk- og endetarmskreft for første gang ble publisert på sykehusnivå. Slik tilbakemelding er viktig. Den gir sykehusene tilbakemelding om hvordan de ligger an i forhold til andre sykehus og det gir pasientene viktig informasjon. Kreftregisteret fikk i 2013 innvilget nasjonal status på 6 nye kvalitetsregistre.

Årsrapporten gir også en beskrivelse av det omfattende arbeidet som legges ned for å utvikle nye IKT-løsninger og det gis en oversikt over forskningssatsingen i 2013.

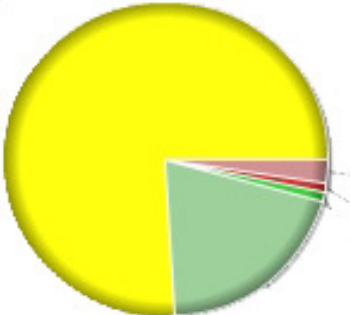

Årets rapport er lagt ut på følgende adresse:

<http://kreftregisteret.no/no/Generelt/Publikasjoner/Arssrapporter/arsrapport-2013>

## 7. MEDIEOMTALE 1. MAI – 17. JUNI 2014

Det har vært mange medieoppslag i denne perioden. Oppslagene har i stor grad vært knyttet til personskader, noe som gir en høy andel av nøytral omtale.

Medieomtalen er i det alt vesentlige vektet nøytralt.. Rødt viser andel svært negative/svakt negative saker, grønt viser andel svært positive/svakt positive saker, mens gult viser andel saker som er vektet nøytralt.

Periode	Antall saker	Vekting	Vekting prosent	Kommentar
mai 2014	1459		Positiv: 21 Nøytral: 76 Negativ: 3	Det var noe færre mediesaker om sykehuset i mai 2013 – og den største endringen er at fordelingen i -13 ga over 20% negative saker, og tilsvarende færre nøytrale.
1.-17. juni 2014	1155		Positiv: 17 Nøytral: 79 Negativ: 4	Det var halvparten så mange mediesaker i samme periode i fjor (564), med ca 9% negative oppslag og 19% positive.

Mediebildet i perioden er dessverre preget av mange ulykker der pasienter er brakt til sykehuset. Dette gjelder både trafikkulykker og drukningsulykker. Slike saker vektet nøytralt, og derfor er det en stor overvekt av nøytrale saker i perioden. Andre temaer med særlig oppmerksomhet i perioden:

#### Saken om ni år gamle Adam

En enkeltsak som ga mange både negative oppslag var diskusjonen om den niårige asylsøkeren som først fikk avslag på behandling men der Oslo universitetssykehus endret syn etter nærmere gjennomgang av regelverket. Senere fikk saken flere positive oppslag, som en følge av at sykehuset snudde.

#### Journaler i søpla

En annen sak som fikk negative oppslag gjaldt et avsluttet tilsyn av Blodbanken – som i 2012 hadde kastet noen journaldokumenter på ikke forskriftsmessig måte.

#### Brannskader på prematurt barn

Flere medier dekket saken om et prematurt barn som hadde blitt brannskadet etter en feil på sykehuset.

#### Fremtidig sykehus



Det har vært en rekke innslag om hovedpunktene fra Idefasen. NRK, TV2, Ukeavisen Ledelse, VG, og Dagens medisin har alle hatt omtale av både behovet for og de forskjellige løsningene for sykehus i fremtiden. Et par av sakene har inkludert at tidligere direktør Jan Vincents Johannessen har fått tegnet et nytt bygg på Radiumhospitalet.

#### Kortere brystkreftkø ved OUS

Det var flere positive oppslag i perioden knyttet til at køen for kvinner med mistanke om brystkreft er redusert ved OUS, fra 2-3 måneder til 2-3 uker, som et resultat av et prosjekt der sykehuset samarbeider med private klinikker for diagnostisering.

#### Ekspertuttalelser/forskning

Perioden har vært preget av mange ekspertuttalelser fra sykehuset, både vedrørende kreftforskning og mer sesongbetonte temaer.

#### Sosiale medier

Oslo universitetssykehus (@oslounivsykehus) har ca 4500 følgere på Twitter og ca 2000 på Facebook. Sykehuset har også en LinkedInkonto med ca 3450 følgere, og har i perioden åpnet en Instagramkonto (OUSHF).

## **8. REFERATER**

- Foreløpig protokoll fra styremøte i Helse Sør-Øst RHF 24.04.14 (vedlegg)
- Foreløpig protokoll fra ekstraordinært styremøte i Helse Sør-Øst RHF 03.06.14 (vedlegg)
- Protokoll fra Brukerutvalgets møte 26.05.2014 (vedlegg)

## Møteprotokoll

---

<b>Styre:</b>	Helse Sør-Øst RHF
<b>Møtested:</b>	Kalnes, Østfold
<b>Dato:</b>	Styremøte 24. april 2014
<b>Tidspunkt:</b>	Kl 0900-1600

---

### Følgende medlemmer møtte:

---

Per Anders Oksum	Styreleder
Sigrun E. Vågang	Nestleder
Eyolf Bakke	
Kirsten Brubakk	
Anne Cathrine Frøstrup	
Terje Bjørn Keyn	
Irene Kronkvist	
Bernadette Kumar	Forfall
Peer Jacob Svenkerud	
Truls Velgaard	
Svein Øverland	

---

### Fra brukerutvalget møtte:

---

Øistein Myhre Winje

---

### Følgende fra administrasjonen deltok:

---

Administrerende direktør Peder Olsen  
Direktør styre- og eieroppfølging Tore Robertsen  
Viseadministrerende direktør Steinar Marthinsen, fagdirektør Alice Beathe Andersgaard, konserndirektør Atle Brynestad, kommunikasjonsdirektør Gunn Kristin Sande, HR-direktør Anne Biering og konsernrevisor Liv Todnem

---

### Konstituering:

Innkalling og sakliste ble godkjent.

**Saker som ble behandlet:**

<b>021-2014</b>	<b>GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA STYREMØTE 13. MARS 2014, SAMT EKSTRAORDINÆRE STYREMØTER 28. MARS 2014 OG 2. APRIL 2014</b>
-----------------	--

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

Protokoll fra styremøtet 13. mars 2014 og protokoller fra ekstraordinære styremøter på telefon 28. mars og 2. april 2014 godkjennes.

<b>022-2014</b>	<b>ÅRSBERETNING OG REGNSKAP FOR 2013</b>
-----------------	--

Partner Hans-Christian Berger fra PwC, deltok under styrets behandling av saken.

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

1. Styret godkjenner årsberetning og regnskap for 2013.
2. Styret gir styreleder fullmakt til å godkjenne mindre endringer i årsberetningen 2013.

<b>023-2014</b>	<b>ETABLERING AV NASJONALT SYSTEM FOR INNFORING AV NYE METODER – DE REGIONALE HELSEFORETAKENES ROLLE OG ANSVAR</b>
-----------------	--

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

1. Styret tar informasjonen om nytt system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten til orientering.
2. Styret slutter seg til de prinsipper for vurdering og innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten som er presentert i saken.
3. Styret legger til grunn at de regionale helseforetakene (RHFene) i sine avtaler med private ideelle og kommersielle aktører forutsetter etterlevelse av beslutningene som er tatt av RHFene hva gjelder innføring av nye metoder.

4. Styret understreker betydningen av at RHFenes ansvar og rolle følges opp i et tett samarbeid mellom RHFene for å sikre pasienter i hele landet samme tilgang til nye metoder.
5. Styret gir sin tilslutning til at beslutninger om eventuell innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten fattes slik det er beskrevet i saken.

<b>024-2014</b>	<b>RAMMEVERK FOR ANTIKORRUPSJONSPROGRAM I HELSE SØR-ØST</b>
-----------------	---

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

Styret godkjenner rammeverket for antikorrupsjonsprogram i Helse Sør-Øst.

<b>025-2014</b>	<b>RAPPORT FOR MILJØ OG SAMFUNNSANSVAR</b>
-----------------	--

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

Styret godkjenner Rapport for miljø og samfunnsansvar for Helse Sør-Øst 2013.

<b>026-2014</b>	<b>ÅRSMELDING FOR DIGITAL FORNYING 2013</b>
-----------------	---

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

Styret tar årsmeldingen for Digital fornying til orientering.

<b>027-2014</b>	<b>KVALITETS-, AKTIVITETS- OG ØKONOMIRAPPORT PER MARS 2014</b>
-----------------	--

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

Styret tar kvalitets-, aktivitets- og økonomirapport per mars 2014 til etterretning.

028-2014

**INSTRUKS FOR STYRETS REVISJONSUTVALG OG INSTRUKS FOR KONSERNREVISJONEN HELSESØR-ØST**

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

1. Styret godkjenner instruks for styrets revisjonsutvalg
2. Styret godkjenner instruks for konsernrevisjonen Helse Sør-Øst

029-2014

**GJENNOMFØRING AV FORETAKSMØTER MED HELSEFORETAKENE I JUNI 2014**

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

Styret ber styreleder avholde foretaksmøter med helseforetakene i Helse Sør-Øst i juni 2014 med behandling av følgende saker:

- Godkjenning av helseforetakenes årsregnskaper og årsberetninger for 2013
- Honorar til revisor i 2013
- Godkjenning av helseforetakenes årlige meldinger 2013

030-2014

**SYKEHUSET ØSTFOLD HF – KONSEPT FOR NYTT ADMINISTRASJONSBYGG PÅ KALNES**

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

1. Styret i Helse Sør-Øst RHF godkjenner det framlagte konseptet for nytt administrasjonsbygg på Kalnes.
2. Styret forutsetter at realisert likviditet fra salg av Sarpsborg sykehus lik 95 millioner kroner benyttes som delfinansiering av investeringen. Sykehuset Østfold HF tildeles en låneramme oppad begrenset til 90 millioner kroner i 2014-kroner.
3. Styret legger til grunn at endelig lånebeløp vurderes i forhold til helseforetakets samlede tilgang på likviditet, herunder fra driften og øvrige salg av eiendommer.

031-2014

**OPPNEVNING AV NYTT STYREMEDLEM I PENSJONSKASSEN FOR HELSEFORETAKENE I HOVEDSTADSOMRÅDET**

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

1. Styret oppnevner Helle Gjetrang som nytt styremedlem i Pensjonskassen for helseforetakene i hovedstadsområdet (PKH) til erstatning for Manuela Ramin-Osmundsen. Endringen skjer med virkning fra 01. juni 2014.
2. Administrerende direktør gis fullmakt til å vedta fremtidige endringer i styresammensetningen i tråd med de føringer som fremkommer av sak 019-2013.

032-2014

**MØTEPLAN FOR STYRET I HELSE SØR-ØST RHF I 2015**

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

Styret godkjenner møtekalender 2015 der følgende styremøter inngår:

- Torsdag 5. februar - Hamar
- Torsdag 12. mars - Oslo
- Torsdag 30. april - Hamar
- Torsdag 18. juni - Oslo
- Torsdag 10. september - Hamar
- Torsdag 22. oktober - Oslo
- Onsdag 18. og torsdag 19. november - Hamar
- Torsdag 17. desember - Oslo

I tillegg skal det være en samling sammen med alle helseforetaksstyrene torsdag 12. og fredag 13. februar 2015.

033-2014

**ORIENTERINGSSAK: ÅRSPLAN STYRESAKER**

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

Årsplan styresaker tas til orientering.

034-2014

**ORIENTERINGSSAK: STYRESAKER I HELSE SØR-ØST RHF –  
STATUS OG OPPFØLGING**

**Styrets enstemmige**

## **V E D T A K**

Styret tar den fremlagte oversikten over status og oppfølging av styrevedtak fram til april 2014 til orientering.

### **ANDRE ORIENTERINGER**

1. Styreleder orienterer
2. Driftsorienteringer fra administrerende direktør
3. Rapporten "Forskning og innovasjon til pasientens beste"
4. Brev fra ordførerne i Ringeriksregionen vedr. Ringerike sykehus
5. Brev fra Venner av Ringerike sykehus vedr. Ringerike sykehus
6. Foreløpig protokoll fra møte i brukerutvalget 11. og 12. mars 2014
7. Protokoll fra møte i revisjonsutvalget 7. april 2014

### **Temasaker**

- Prosjekt nytt østfoldsykehus. Befaring på byggeplassen og gjennomgang av prosjektet v/prosjektdirektør Dag Bøhler og administrerende direktør Just Ebbesen

Møtet hevet kl. 15:40



Kalnes, 24. april 2014

---

Per Anders Oksum  
styreleder

---

Sigrun E. Vågeng  
nestleder

---

Eyolf Bakke

---

Kirsten Brubakk

---

Anne Cathrine Frøstrup

---

Terje Bjørn Keyn

---

Irene Kronkvist

---

Bernadette Kumar

---

Peer Jacob Svenkerud

---

Truls Velgaard

---

Svein Øverland

---

Tore Robertsen  
styresekretær

## Møteprotokoll

---

<b>Styre:</b>	Helse Sør-Øst RHF
<b>Møtested:</b>	Møtesenteret Grev Wedels plass 5, Oslo
<b>Dato:</b>	Ekstraordinært styremøte 3. juni 2014
<b>Tidspunkt:</b>	Kl 1800-1900

---

### Følgende medlemmer møtte:

---

Per Anders Oksum	Styreleder
Sigrun E. Vågang	Nestleder
Eyolf Bakke	
Kirsten Brubakk	
Anne Cathrine Frøstrup	Deltok på telefon
Terje Bjørn Keyn	
Irene Kronkvist	
Bernadette Kumar	Fra kl 18:15
Peer Jacob Svenkerud	
Truls Velgaard	
Svein Øverland	

---

### Fra brukerutvalget møtte:

---

Øistein Myhre Winje

---

### Følgende fra administrasjonen deltok:

---

Administrerende direktør Peder Olsen  
Direktør styre- og eieroppfølging Tore Robertsen  
Viseadministrerende direktør Steinar Marthinsen, fagdirektør Alice Beathe Andersgaard, konserndirektør Atle Brynestad, kommunikasjonsdirektør Gunn Kristin Sande, HR-direktør Anne Biering og konsernrevisor Liv Todnem

---

### Konstituering:

Innkalling og sakliste ble godkjent.

**Sak som ble behandlet:**

035-2014	UTVIKLINGSPLAN 2014-2016 FOR SYKEHUSET TELEMARKE HF
----------	---

**Styrets**

**V E D T A K**

Styret tar vedtatt utviklingsplan 2014-2016 for Sykehuset Telemark HF til orientering.

Helse Sør-Øst RHF har avgrenset sine drøftinger og vurderinger til vedtakspunktene som innebærer overføring av akutt- og døgntilbud mellom hhv sykehusene Rjukan - Notodden og Kragerø - Skien.

Vedtakene om nedlegging av akutt- og døgntilbudet er begrunnet i pasientsikkerhet og kvalitet. Endringene er i samsvar med med faglige føringer for funksjons- og oppgavefordeling i Helse Sør-Øst. Styret ser at nedleggelse av akutt- og døgntilbudet ved Sykehuset Telemark HF, Rjukan og Sykehuset Telemark HF, Kragerø kan få negative konsekvenser for de berørte lokalsamfunn, men finner at de helsefaglige vurderinger må være avgjørende for styrets vurderinger.

Styret forutsetter at Sykehuset Telemark HF sikrer at de prehospitaltjenestene har nødvendig kvalitet og kapasitet ved gjennomføring av endringene og i den framtidige driftssituasjonen.

Styret anbefaler foretaksrådet i Helse Sør-Øst RHF å stadfeste vedtaket om avvikling av akutt- og døgntilbud i Kragerø og på Rjukan.

Styremedlem Svein Øverland fremmet følgende alternative vedtaksforslag:

*Regjeringen har bestemt at det skal legges fram en nasjonal helse- og sykehusplan for Stortinget til neste år.*

*Helseministeren har signalisert at strukturelle endringer, akuttfunksjoner og en konkretisering av innholdet i ulike typer sykehus vil være sentrale tema i sykehusplanen. Dette gir mulighet for en helhetlig og nasjonal gjennomgang og vurdering av hele spesialisthelsetjenesten.*

*Styret støtter at det utarbeides en slik plan og mener derfor det er klokt å vente med å beslutte og iverksette vesentlige endringer i lokalsykehusene i Rjukan og Kragerø til denne foreligger.*

Votering:

Administrerende direktørs forslag ble vedtatt mot to stemmer (Øverland og Keyn).

Møtet hevet kl. 19:30

Oslo, 3. juni 2014

---

Per Anders Oksum  
styreleder

---

Sigrun E. Vågeng  
nestleder

---

Eyolf Bakke

---

Kirsten Brubakk

---

Anne Cathrine Frøstrup

---

Terje Bjørn Keyn

---

Irene Kronkvist

---

Bernadette Kumar

---

Peer Jacob Svenkerud

---

Truls Velgaard

---

Svein Øverland

---

Tore Robertsen  
styresekretær

## PROTOKOLL

Møtetema: Brukerutvalgsmøte 26. mai 2014

Til: Tove Nakken, Heine Århus, Kim Fangen, Ghazala Naseem, Kolbjørn Forfang, Grete Müller, John Bjørnøy, Helga Skåden, Twinkle Dawes, Lilli-Ann Stensdal, Veslemøy Ruud, Øyvind Arntzen

Kopi: Eva Bjørnsborg, Tove Strand, Anne Margrethe Svanes, Erna Hogrenningen

Dato dok: 28.05.2014

Dato møte: 26.05.2014

Referent: Ingrid Birgitte Møller Ekne

Tilstede: Tove Nakken, Kolbjørn Forfang, Twinkle Dawes, Grete Müller, Heine Århus, Lilli-Ann Stensdal, Ane Ringstad Næss, Veslemøy Ruud, Ghazala Naseem  
Fra ledelsen: Eva Bjørnsborg

Forfall: Helga Skåden, Kim Fangen, Øyvind Arntzen, John Bjørnøy  
Fra ledelsen: Tove Strand

Saksliste (følgende saker ble drøftet/orientert om):

Sak nr	
Sak 020-14	<p><b>Godkjenning av innkalling</b></p> <p>Saker til eventuelt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Invitasjon til høringsmøte om oppfølging av alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenesten (Syse -utvalget)</li> <li>Forslag om å avlyse neste ordinære brukerutvalgsmøte, 23.06.14, grunnet stort fokus på kommende Idéfaserapport, på styremøtet 26.06.14</li> </ul> <p><b>Vedtak</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Innkalling med sakslisten godkjent</li> </ul>
Sak 021-14	<p><b>Administrerende direktør sin time</b></p> <p>Administrerende direktør, Bjørn Erikstein, ble informert om utvalgets avgjørelse om å avlyse neste brukerutvalgsmøte i juni. Han gjennomgikk noen av styresakene til møtet 26. juni og besvarte innsendte spørsmål fra brukerutvalget.</p> <p>Saken ble tatt til orientering</p>
Sak 022-14	<p><b>Styresaker</b></p> <p>Neste styremøtet er 26. juni. Leder og nestleder vil delta på styremøte og medbringe eventuelle spørsmål fra utvalget. Medlemmene kan lese styresakene på internett ca en uke før styremøte.</p>
Sak 023-14	<p><b>Andre Råd, utvalg, prosjekter</b></p> <p>Gjennomgang av liste over deltagelse i prosjekter, råd og utvalg, etterfulgt av diskusjon om hvorvidt utvalgsmedlemmene opplever reell brukermedvirkning, med bakgrunn i pågående sak om kartlegging av innholdet i og omfanget av brukermedvirkning i sykehusets sentrale stab.</p> <p>Følgende nyoppnevninger til råd: Ane Ringstad Næss har blitt oppnevnt som brukerutvalgets representant i Ungdomsrådet. Veslemøy Ruud fortsetter som vararepresentant.</p>

	Saken ble tatt til orientering
<b>Sak 024-14</b>	<p><b>Høringsvar fra brukerutvalget til Idéfaserapporten- en orientering</b> Brukerutvalget får anledning til å skrive en egen uttalelse til Idéfaserapporten. Leder informerer om at dette vil bli et omfattende arbeid, som skal prioriteres i høst.</p> <p>Saken ble tatt til orientering</p>
<b>Sak 025-14</b>	<p><b>Brukermedvirkning i helseforskning v/ Lillian Kramer Johansen</b> Kramer Johansen presenterte helseforetakenes oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet om brukermedvirkning i helseforskning. OUS har skrevet et utkast til høringsvar som utvalget tidligere har mottatt. BU kom med innspill direkte og har frist til 3. juni med å sende inn ytterligere innspill til koordinator.</p> <p>Saken ble tatt til orientering</p>
<b>Sak 026-14</b>	<p><b>Gjennomgang og oppfølging av Handlingsplan for Brukermedvirkning 2014-2016 ved leder av Seksjon for pasient- og pårørendeopplæring, Eva Bjørnsborg</b> Bjørnsborg gjennomgikk handlingsplanen med fokus på tiltakene hvor brukerutvalget har delaktig ansvar. Det ble diskutert hvorvidt initiativ til arbeid med tiltakene skal komme fra brukerutvalget eller fremmes av Seksjon for pasient- og pårørendeopplæring. Videre ble det foreslått å begynne arbeide med å nedsette en brukerstyrt ressursgruppe, som skal foreslår temaer som bør inkluderes i læringstilbud for pasienter og pårørende. Det ble diskutert om hvorvidt ressursgruppen skal ledes av brukerutvalget.</p> <p><b>Vedtak</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seksjon for pasient- og pårørendeopplæring vil fremme og innlede arbeidet med tiltakene</li> <li>• Det nedsettes en brukerstyrt ressursgruppe som skal ledes av det sentrale brukerutvalget</li> <li>• Seksjon for pasient- og pårørendeopplæring fremmer sak om ressursgruppens mandat ved neste utvalgsmøte</li> </ul>
<b>Sak 027-14</b>	<p><b>"Skulle ønske du visste... Pasient- og pårørendeopplæring fra hjem til hjem", visning av film</b> Bjørnsborg innledet med å fortelle om filmen og prosessen bak, før filmvisning. To av brukerutvalgets medlemmer har bidratt med sine pasienthistorier. Filmen kan finnes på sykehusets hjemmeside. Det ble fremmet forslag om at brukerutvalget kunne presentere seg og sitt arbeid på et av sykehusets Fredagsmøter.</p> <p>Saken ble tatt til orientering</p>
<b>Sak 028-14</b>	<p><b>Eventuelt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Invitasjon til høringsmøte om oppfølging av alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenesten (Syse- utvalget). Leder informerer om den åpne høringen som skal være 6. oktober 2014 og oppfordrer medlemmene til å delta. Medlemmene melder sin interesse til koordinator før sommerferien</li> <li>• Forslag om å avlyse neste ordinære brukerutvalgsmøte, 23.06.14, grunnet stort fokus på kommende Idéfaserapport, på styremøtet 26.06.14</li> </ul> <p><b>Vedtak</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Brukerutvalget avlyser møtet 23.juni og endrer møte satt opp i november fra reservertid til ordinære møtetid</li> </ul>