

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 17. desember 2015

Saksbehandler: Direksjonssekretær

Vedlegg: Sakliste

SAK 75/2015 GODKJENNING AV INNKALLING OG SAKLISTE

Forslag til vedtak:

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

Oslo, den 10. desember 2015

Stener Kvinnsland
Sign.

Oslo universitetssykehus HF

Møteinnkalling

Møtenavn:	Styremøte 7/2015
Dato møte:	17. desember 2015
Møtetid:	Klokken 8.00 - 16.00
Møtested:	Radiumhospitalet, seminarrom 1 og 2.

75/2015	Beslutning:	Godkjenning av innkalling og sakliste
76/2015	Beslutning:	Godkjenning av protokoll styremøte 28. oktober 2015
77/2015	Beslutning:	Rapportering
78/2015	Orientering:	Budsjett 2016
79/2015	Orientering:	Valg av styret i Kreftregisteret
80/2015	Orientering:	Valg av styret i Barnestiftelsen
81/2015	Beslutning:	Salg av Sognsveien 9 A og 9 B
82/2015	Beslutning:	Idéfase for Oslo universitetssykehus
83/2015	Orientering:	Organisering av Oslo universitetssykehus
84/2015	Orientering:	Plan for styrets arbeid
85/2015	Orientering:	Administrerende direktørs orienteringer

Stener Kvinnsland
sign.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

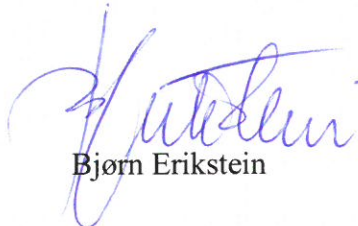
Dato møte: 17. desember 2015
Saksbehandler: Direksjonssekretær
Vedlegg: Protokoll fra styremøte 28. oktober 2015

**SAK 76/2015 GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA
STYREMØTE 28. OKTOBER 2015**

Forslag til vedtak

Styret godkjenner protokoll fra styremøte 28. oktober 2015.

Oslo, den 10. desember 2015



Bjørn Erikstein

Oslo universitetssykehus HF

UTKAST

Protokoll

Møtenavn:	Styremøte
Til:	Styrets medlemmer
Dato dok.:	28. oktober 2015
Dato møte:	28. oktober 2015 kl 8.00 – 1305 på Radiumhospitalet, Oslo
Offentlighet:	
Referent:	Jørgen Jansen

Tilstede: Stener Kvinnsland, Anne Carine Tanum, Bjørg Månnum Andersson, Berit Kjøll, Aasmund Magnus Bredeli, Else Lise Skjæret-Larsen; Ole Petter Ottersen (var ikke tilstede under sak 71/2015), Svein Erik Urstrømmen

Til stede fra administrasjon: Bjørn Erikstein, Morten Reymert, Terje Rootwelt, Tove Strand, Erlend Smeland, Morten Meyer, Eva Bjørstad, Annelene Foss Svingen m.fl.

Tilstede ellers: observatør fra Brukerutvalget og publikum

Sak 63/2015 Godkjenning av innkalling og sakliste

Enstemmig vedtak:

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

Sak 64/2015 Godkjenning av protokoll

Enstemmig vedtak:

Styret godkjenner protokoll fra styremøte 25. september 2015.

Sak 65/2015 Ledelsens gjennomgang 2. tertial 2015

Enstemmig vedtak:

Styret tar ledelsens gjennomgang fra 2. tertial 2015 til etterretning.

Sak 66/2015 Rapport per september 2015

Enstemmig vedtak:

Styret tar rapporteringen til orientering.

Sak 67/2015 Budsjett 2016

Enstemmig vedtak:

Styret tar sak om budsjett 2016 til orientering.

Sak 68/2015 Migranhelse

Vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Sak 69/2015 Virksomhetsoverdragelse av Dopingtelefonen til Antidoping Norge

Enstemmig vedtak:

1. Styret slutter seg til avtale om virksomhetsoverdragelse av Dopingtelefonen fra Oslo universitetssykehus HF til Antidoping Norge.
2. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å slutføre og signere avtalen om virksomhetsoverdragelse på vegne av Oslo universitetssykehus HF.

Sak 70/2015 Leie av Storgata 40

Enstemmig vedtak:

1. Styret slutter seg til utkastet til 10-årige framleieavtale i Storgata 40 med Oslo kommune ved Helseetaten.
2. Styret ber administrerende direktør fremme leieavtalen til Helse Sør-Øst RHF for godkjenning.
3. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å slutføre og inngå en 10-årig leieavtale i Storgata 40, forutsatt godkjenning i Helse Sør-Øst RHF og i bystyret i Oslo kommune.

Sak 71/2015 Møte med Brukerutvalget

Enstemmig vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Sak 72/2015 PWC-rapport om gjennomgang av eiendomsområdet

Enstemmig vedtak:

Styret tar redegjørelsen til etterretning, og ber om å bli holdt orientert om oppfølging av funnene i gjennomgangen.

Sak 73/2015 Plan for styrets arbeid

Enstemmig vedtak:

Styret tar til saken til orientering.

Sak 74/2015 Administrerende direktørs orienteringer

Enstemmig vedtak:

Styret tar til saken til orientering.

Stener Kvinnsland
Styreleder

Anne Carine Tanum
Nestleder

Berit Kjøll

Björg Månun Andersson

Ole Petter Ottersen

Aasmund Magnus Bredeli

Svein Erik Urstrømmen

Else Lise Skjæret-Larsen

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte:	17. desember 2015
Saksbehandler:	Viseadministrerende direktør økonomi og finans Viseadministrerende direktør medisin, helsefag og utvikling
Vedlegg:	Rapportvedlegg

SAK 77/2015 RAPPORT PER OKTOBER OG NOVEMBER 2015

Forslag til vedtak

Styret tar rapporteringen til orientering.

Oslo, den 10. desember 2015



Bjørn Erikstein

Innledning

Resultat etter november rapporteres til Helse Sør-Øst RHF 9. desember. Styret vil få ettersendt en kortfattet rapporteringssak noen dager etter dette som beskriver status etter november.

Under gis derfor kun en kort orientering om rapporterte resultater etter oktober. Vedlagt følger også tabeller for økonomi, aktivitet, ventelister og bemanning etter oktober.

Aktivitet somatikk

Til og med oktober 2015 er det så langt rapportert et negativt avvik i forhold til plantall på 1 077 DRG-poeng, tilsvarende 0,6 prosent. Avviket er redusert fra 0,8 prosent rapportert etter september. Isolert for oktober var aktiviteten noe høyere enn budsjettert. Sammenlignet med 2014 viser interne beregninger at aktiviteten hittil i 2015 er om lag 2,8 pst høyere enn i samme periode 2014. Økningen fra 2014 til 2015 har vært høyere de siste månedene enn tidligere i år, noe som delvis skyldes at aktiviteten sensommer/høst 2014 var lav som følge av forberedelser til innføringen av DIPS i oktober 2014.

Aktivitet psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Aktiviteten innenfor psykisk helsevern er bedre enn budsjettert på flere områder. Innenfor barne- og ungdomspsykiatrien er det imidlertid et negativt avvik for antall polikliniske konsultasjoner på nærmere 15 pst (6 154 konsultasjoner), som i skyldes en kombinasjon av systemtekniske utfordringer ved bruk av DIPS som pasientadministrativt system i stedet for BUP-data som tidligere ble brukt på dette området. I tillegg har det vært noe midlertidig kapasitetsreduksjon i forbindelse med flytting til nye lokaler, samt høyt sykefravær og stor turnover i deler av 2015. Innenfor rusområdet er døgnvirksomheten noe lavere enn budsjettert mens den polikliniske aktiviteten er betydelig høyere.

Ventelister og fristbrudd

Arbeidet med kvalitetssikring av ventelistedata og andre tiltak for å redusere ventetider og fristbrudd gjennom 2015 har gitt gode resultater. Per utgangen av oktober var antall fristbrudd for ventende pasienter 205, redusert fra om lag 1 600 på samme tidspunkt i 2014. Per 2. desember er antall fristbrudd 47. Per utgangen av oktober var antall pasienter som har ventet 12 måneder eller mer 887. Sammenlignet med samme periode i 2014 er det en reduksjon på 2 069 langtidsventende.

Økonomi

Det økonomiske resultatet for Oslo universitetssykehus HF viser etter oktober 2015 et regnskapsmessig overskudd på 100 millioner kroner mot et budsjettert overskudd på 145 millioner kroner. Dette gir et negativt avvik på 45 millioner kroner. Månedens resultat for oktober var om lag som budsjettert. Underliggende drift viser imidlertid et underskudd på nivå med tidligere måneder, mens ekstraordinære forhold bidrar til å bedre resultatet i oktober. Dette knyttes til følgende forhold: Delvis oppløsning av avsetning knyttet til forskjøvet arbeidstid, konsekvens av ISF for felles rapportering og effekt av lavere lønnsoppgjør 2015 enn lagt til grunn i budsjettet.

Foretaket arbeider fortsatt for å nå et resultat som budsjettert for 2015. Klinikkene er bedt både om å sikre gjennomføring av de tiltak som er planlagt og vurdere nye tiltaksområder for å sikre et resultat i samsvar med budsjett for 2015, dvs et resultat på 175 millioner kroner.

Bemanning

For perioden januar - oktober 2015 var antall brutto månedsverk 18 284 mot budsjettert 17 995, det vil si 289 høyere enn budsjettert. Høyere bemanning enn budsjettert har flere årsaker, blant annet høyt belegg ved enkelte avdelinger, krevende pasienter og stort behov for fastvakter ved enkelte avdelinger. I Akuttklinikken er antall månedsverk økt som følge av planlagt oppbemanning innenfor ambulansetjenesten og som følge av overtakelsen av akuttmedisinsk kommunikasjonsentral Østfold fra 1. juni. Overtakelsen var ikke budsjettert, men finansieres av midler som overføres fra Sykehuset Østfold HF. Det arbeides med tiltak på mange områder for å redusere årsverk og lønnskostnader i alle klinikkene. Dette har vist seg å være svært krevende. Ferievikarer fra sommeren er nå avviklet, men det er likevel en økning i antall månedsverk i flere klinikker/avdelinger.

Styresak 77/2015 Rapportvedlegg

Oslo universitetssykehus HF

Forenklet månedsrapport oktober 2015
(bemanning per november 2015)

2.1 Aktivitet somatikk

Oppdatert med tall i LIS fra 05 11 2015										
RAPPORTERINGSPERIODE: OKTOBER	Denne periode				HITIL I ÅR				Sammenligning 2014	
Klinikk	Budsjett	Resultat	Avvik	Avvik i %	Budsjett	Resultat	Avvik	Avvik i %	Endring	i %
Medisinsk klinikk	2 369	2 372	3	0,1 %	22 485	22 689	204	0,9 %	777	3,5 %
Klinikk for kirurgi og nevrofag	5 613	5 868	255	4,5 %	53 491	54 933	1 442	2,7 %	3 750	7,6 %
Kvinne- og barneklubben	3 180	3 376	196	6,2 %	31 608	31 252	-356	-1,1 %	416	1,3 %
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben	5 423	5 304	-119	-2,2 %	52 095	50 355	-1 740	-3,3 %	-265	-0,5 %
Hjerte-, lunge- og karklubben	2 710	2 874	164	6,1 %	26 433	26 101	-332	-1,3 %	454	1,8 %
Akuttklubben	355	326	-29	-8,2 %	3 434	3 323	-111	-3,2 %	-38	-1,1 %
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	11	14	3	27,3 %	133	126	-7	-5,3 %	-21	-14,3 %
SUM TOTALT	19 793	20 260	467	2,4 %	191 267	190 190	-1 077	-0,6 %	5 073	2,8 %

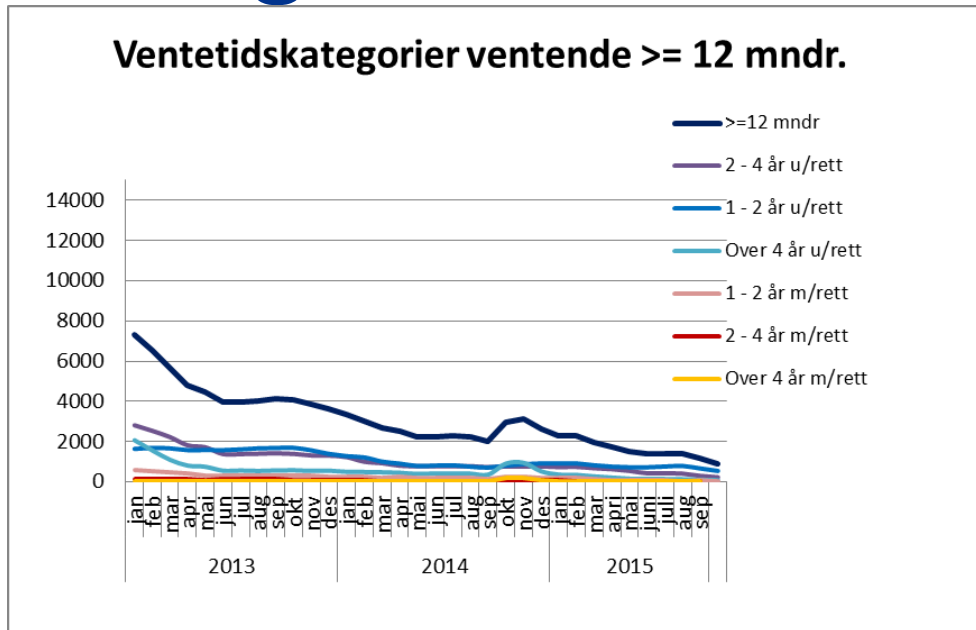
Antall DRG-poeng for 2014 er fremstilt ved vektor og regelverk for 2015.

Estimat for etterregistrering er inkludert med 189 DRG-poeng.

2.1 Aktivitet – psykisk helsevern

Rapporteringsperiode: OKTOBER 2015	Denne periode				Hittil i år				2015 mot 2014	
Oslo universitetssykehus HF	Resultat	Budsjett	Awik	%	Hittil i år	Budsjett	Awik	%	Endring	%
Psykisk helsevern - voksen										
døgnbehandling	162	142	20	14,1 %	1 486	1 409	77	5,5 %	-115	-7,2 %
Antall liggedøgn døgnbehandling	5 937	6 233	-296	-4,7 %	59 751	61 144	-1 393	-2,3 %	-1 532	-2,5 %
Antall polikliniske konsultasjoner	8 611	7 678	933	12,2 %	76 214	68 011	8 203	12,1 %	7 980	11,7 %
Psykisk helsevern - barn og unge										
Antall utskrevne pasienter	12	12	0	0,0 %	110	110	0	0,0 %	-14	-11,3 %
Antall liggedøgn døgnbehandling	466	475	-9	-1,9 %	4 567	4 294	273	6,4 %	86	1,9 %
Antall oppholdsdager dagbehandling	337	279	58	20,8 %	2 963	2 462	501	20,3 %	449	17,9 %
Antall polikliniske konsultasjoner	4 856	4 521	335	7,4 %	35 392	41 546	-6 154	-14,8 %	-3 403	-8,8 %
TSB										
Antall utskrevne pasienter	210	251	-41	-16,3 %	2 489	2 499	-10	-0,4 %	-67	-2,6 %
Antall liggedøgn døgnbehandling	2 087	2 376	-289	-12,2 %	20 488	22 966	-2 478	-10,8 %	-365	-1,8 %
Antall oppholdsdager dagbehandling	7	27	-20	-74,1 %	131	246	-115	-46,7 %	-79	-37,6 %
Antall polikliniske konsultasjoner	2 095	1 044	1 051	100,7 %	17 182	11 653	5 529	47,4 %	8 741	103,6 %

2.2 Langtidsventende (≥ 12 mnd)

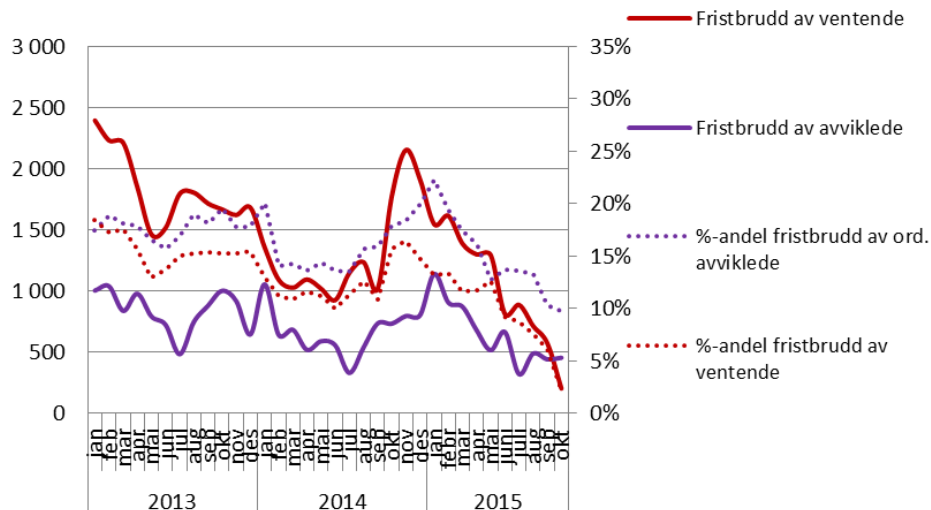


Antall ventet ≥ 1	2014				2015			
	jul	aug	sep	okt	juli	aug	sep	okt
PHA	14	19	6	8	4	1	1	1
MED	21	16	8	12	76	83	86	78
KKN	2 040	2 059	1 904	2 344	1 308	1 251	1 028	753
KVB	21	27	17	268	4	16	10	6
KKT	78	52	62	280	12	15	23	41
HLK	19	26	24	36	12	7	8	8
AKU	-	-	-	-	2	-	-	-
KDI	70	3	1	6	1	1	0	0
Sum	2 270	2 207	2 026	2 956	1 419	1 374	1 156	887
Diff vs. 2014					-851	-833	-870	-2 069
Diff %					-37 %	-38 %	-43 %	-70 %

Gjennomsnittlig ventetid er oppgitt i dager.

2.3 Fristbrudd

Fristbrudd start helsehjelp OUS



Fristbrudd ordinært avviklede	2014				2015				Andel
	Antall								
	jul	aug	sep	okt	juli	aug	sep	okt	
PHA	4	4	3	7	1	5	2	-	0 %
MED	35	99	96	85	12	20	24	17	2 %
KKN	155	271	384	332	203	328	292	349	17 %
KVB	17	33	53	79	6	20	22	17	3 %
KKT	107	104	153	189	94	109	73	41	5 %
HLK	14	29	48	43	6	9	31	33	19 %
AKU	1	-	-	-	-	-	-	-	0 %
KDI	0	0	0	0	1	0	0	0	0 %
Sum	333	540	737	735	323	491	444	457	10 %
Diff vs. 2014					-10	-49	-293	-278	
Diff %					-3 %	-9 %	-40 %	-38 %	

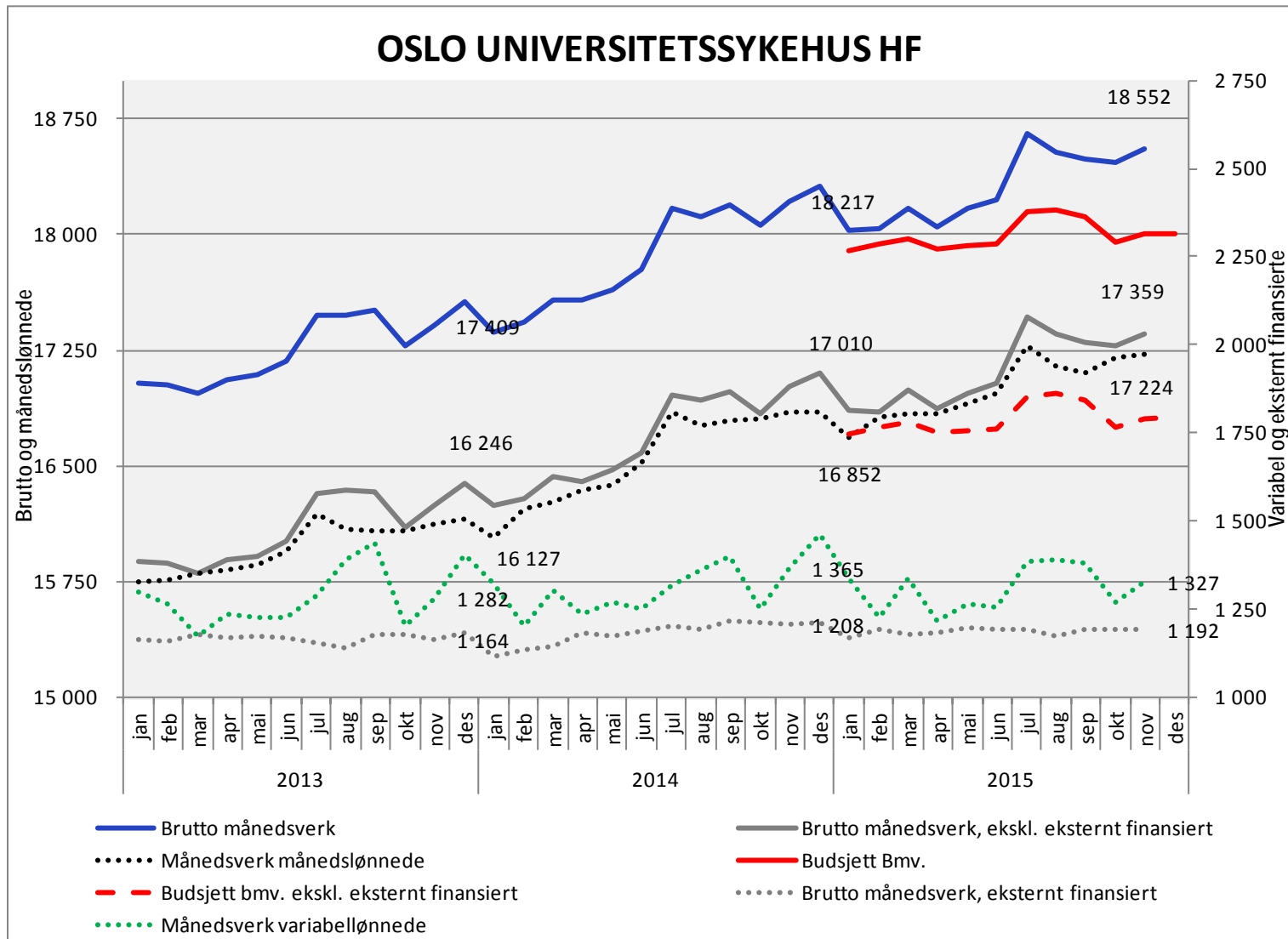
Fristbrudd ventende	2014				2015				Andel
	Antall								
	jul	aug	sep	okt	juli	aug	sep	okt	
PHA	11	8	7	8	2	2	3	1	0 %
MED	129	109	76	102	6	10	3	4	0 %
KKN	773	833	726	1 245	784	612	501	177	0 %
KVB	35	47	33	105	20	21	14	5	1 %
KKT	162	179	145	252	74	55	40	13	1 %
HLK	36	61	33	63	3	15	14	5	1 %
AKU	2	-	-	-	-	-	-	-	0 %
KDI	0	0	0	1	0	1	1	0	0 %
Sum	1 150	1 238	1 021	1 777	889	716	576	205	2 %
Diff vs. 2014					-261	-522	-445	-1 572	
Diff %					-23 %	-42 %	-44 %	-88 %	

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

3.1 Økonomisk resultat

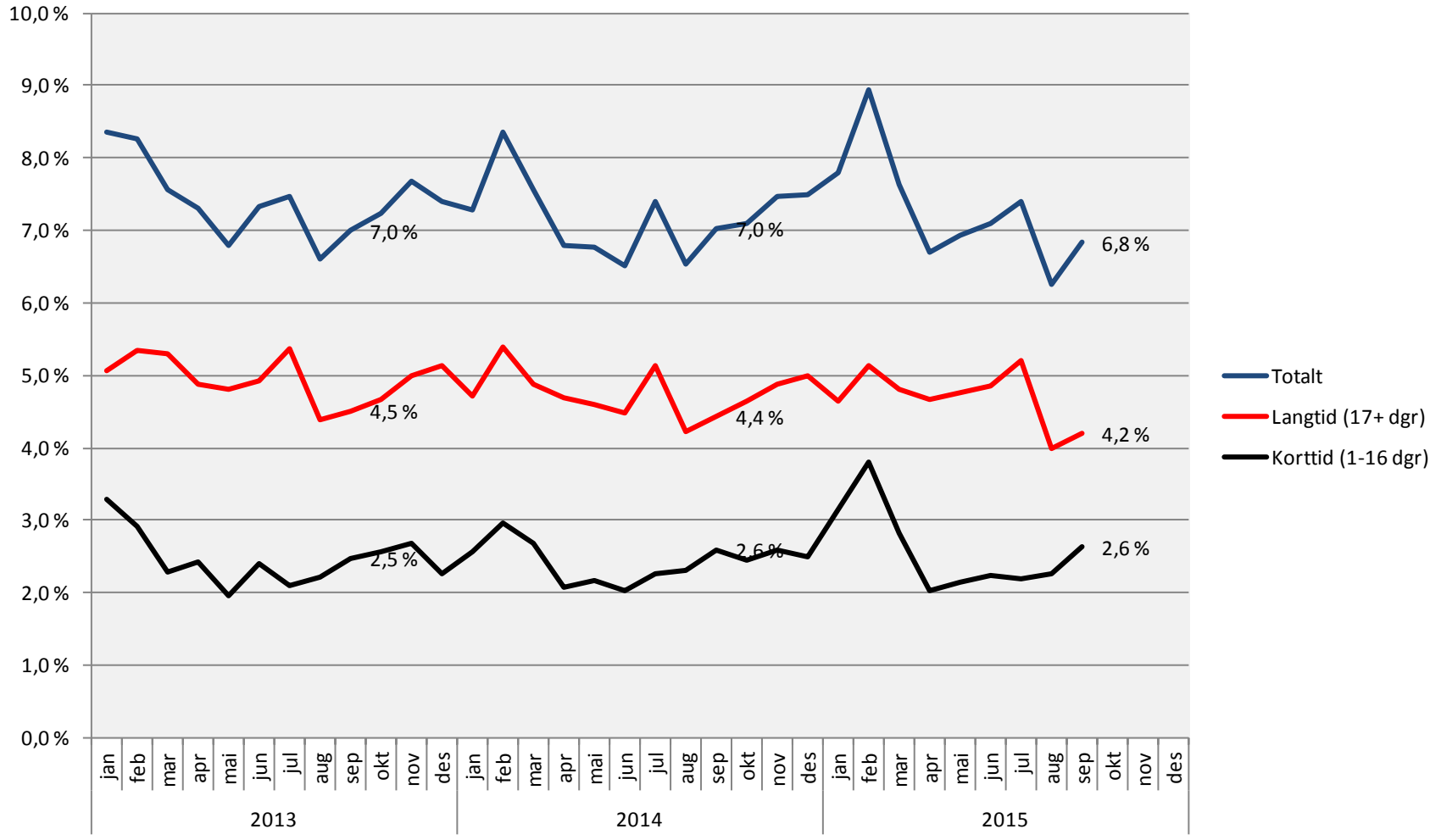
Tall i hele 1000 kr	Budsjett 2015	Oktober				Hittil i 2015			
		Resultat	Budsjett	Avvik budsjett	Avvik i %	Resultat	Budsjett	Avvik budsjett	Avvik i %
Basisramme	12 013 296	1 038 323	1 038 323	0	0,0 %	10 175 873	10 175 873	0	0,0 %
Aktivitetsbaserte inntekter	7 620 706	664 114	662 294	1 821	0,3 %	6 329 168	6 341 211	-12 043	-0,2 %
Andre inntekter	1 979 497	214 379	168 364	46 015	27,3 %	1 900 347	1 648 812	251 535	15,3 %
Sum driftsinntekter	21 613 499	1 916 816	1 868 980	47 835	2,6 %	18 405 388	18 165 897	239 491	1,3 %
Lønn -og innleiekostnader	14 914 195	1 332 625	1 306 676	-25 949	-2,0 %	12 714 097	12 603 406	-110 691	-0,9 %
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	2 786 770	249 723	236 700	-13 023	-5,5 %	2 444 980	2 319 777	-125 203	-5,4 %
Andre driftskostnader	3 724 975	322 466	310 668	-11 798	-3,8 %	3 136 688	3 086 000	-50 689	-1,6 %
Sum driftskostnader	21 425 940	1 904 814	1 854 043	-50 771	-2,7 %	18 295 766	18 009 183	-286 583	-1,6 %
Driftsresultat	187 559	12 001	14 937	-2 936	-0,2 %	109 622	156 714	-47 092	-0,3 %
Netto finans	12 559	329	-354	683	193,0 %	-9 149	-10 881	1 732	15,9 %
Resultat OUS	175 000	12 331	14 583	-2 252	-0,1 %	100 473	145 833	-45 360	-0,2 %

4.1 Bemanningsutvikling



4.6 Sykefravær

Utvikling sykefraværsprosent 2013-2015



Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 17. desember 2015

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

Vedlegg: Rapportvedlegg

SAK 77/2015 RAPPORT PER NOVEMBER 2015 - VEDLEGG

Resultat etter november ble rapportert til Helse Sør-Øst RHF 9. desember. Som omtalt i utsendte styresak 77/2015, ettersendes rapport av status etter november.

Oslo den 14. desember 2015



Bjørn Erikstein

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 17. desember 2015

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

Vedlegg: Rapportvedlegg

SAK 77/2015 RAPPORT PER NOVEMBER 2015 - VEDLEGG

Resultat etter november ble rapportert til Helse Sør-Øst RHF 9. desember. Som omtalt i utsendte styresak 77/2015, ettersendes rapport av status etter november.

Oslo den 14. desember 2015

Bjørn Erikstein

1. Sammendrag

Gjennomgangen av status og resultater per november 2015 viser kortfattet følgende:

- Registert aktivitet innenfor somatikken er hittil i år 0,5 prosent lavere enn periodisert budsjett.
- Innenfor psykisk helsevern for voksne er den rapporterte aktiviteten hittil i år høyere enn planlagt for alle aktivitetsindikatorne bortsett fra for antall liggedøgn døgntilrettelagt som er noe lavere enn lagt til grunn i det periodiserte budsjettet.
- Innenfor psykisk helsevern for barn og unge er den rapporterte polikliniske aktiviteten betydelig lavere enn budsjettet. En stor del av avviket skyldes overgang til nytt pasientadministrativt system (DIPS) fra tidligere BUP-data 20. okt 2014. Øvrige sykehus som har gjennomført tilsvarende overgang har hatt samme erfaring. Konkret gjelder det problemer med å registrere telefonkonsultasjoner og at flere tiltak samme dag ikke telles på samme måte i DIPS som i BUP-data. Antall utskrevne døgnpasienter er om lag som budsjettet, mens antall liggedøgn er høyere enn budsjettet.
- Det er registrert lavere døgnaktivitet enn budsjettet innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling, mens den polikliniske aktiviteten er betydelig høyere enn planlagt.
- Antall fristbrudd var per utgangen av november redusert til 39.
- Antall pasienter som har ventet 12 måneder eller mer var per utgangen av november 655.
- Regnskapet per november viser et negativt avvik på 55 millioner kroner sammenliknet med periodisert budsjett – en forverring på 10 millioner kroner i forhold til avviket etter oktober.
- Antall brutto månedsværk var i perioden januar - november 18 333. Dette er 337 høyere enn budsjettet og 463 høyere enn i samme periode i 2014.
- Registrert sykefravær til og med oktober 2015 var 7,3 prosent, og sykefraværet var dermed noe høyere enn i samme periode i 2014 (7,1 prosent).

2. Adm.dirs vurdering

Hovedmålene for virksomheten i Oslo universitetssykehus HF i 2015 har vært å unngå fristbrudd, fortsette reduksjonen i antall langtidsventende pasienter og sikre et økonomisk resultat som budsjettet eller bedre. Samtidig skal det innføres pakkeforløp for kreftpasienter.

Arbeidet for å få ned fristbrudd og ventetider har gitt gode resultater, og både antall fristbrudd og langtidsventende (og dermed ventetid for ventende pasienter) er kraftig redusert gjennom 2015. Aktiviteten innenfor somatikken har vært bedre enn budsjettet gjennom høsten, og avvik for antall DRG-poeng er nå redusert til en halv prosent, hvilket innebærer en økning i samlet aktivitet innenfor somatikken med om lag 3 prosent fra samme periode i fjor. Også innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er aktiviteten gjennomgående god, selv om det er utfordringer knyttet til omlegginger av det pasientadministrative systemet innenfor barne- og ungdomspsykiatrien.

Den økonomiske utviklingen gjennom 2015 er imidlertid ikke tilfredsstillende idet det nå er en risiko for et visst negativt resultatavvik i 2015 selv med betydelige engangsgevinster i regnskapet som ikke var budsjettet. Isolert sett burde det økonomiske resultatet for 2015 bli klart bedre enn det det nå ligger an til. Aktivitetsøkning har resultert i for mye vekst i bemanningen og for lite produktivitetsvekst. Konsekvensene av dette er at sykehusets evne til å

finansiere nødvendige investeringer blir svekket. Bemanningskontroll og bedre drift blir derfor hovedområder i planleggingen av virksomheten for 2016.

3. Ventelister og fristbrudd

Det arbeides kontinuerlig med kvalitetssikring av ventelistedata. Dette arbeidet har hatt ekstra prioritet i hele 2015. Status for fristbrudd, langtidsventende og ventetider ved utgangen av november fremkommer i teksten under.

Status fristbrudd av ventende pasienter

Per utgangen av november var antall fristbrudd av ventende pasienter 39. Sammenlignet med samme tidspunkt i 2014 er dette en reduksjon på over 2 000 fristbrudd. Fortsatt er øyeblikkstillene for fristbrudd for høye pga for sen registrering av faktisk innfridd frist, samt andre feilregistreringer. Det er tilrettelagt styringsdata for klinikk- og avdelingsledere som bedre viser frister som forfaller per uke fremover i tid og hvorvidt time er tildelt eller ikke. I tillegg er det fokus på hvor langt frem i tid det er åpne timebøker, hvor godt disse faktisk er fylt med pasientavtaler langt frem i tid og hva den enkelte poliklinikks åpningstid er.

Status langtidsventende (ventet 12 måneder eller mer)

Per utgangen av november var antall pasienter som har ventet 12 måneder eller mer 655. Sammenlignet med samme periode i 2014 er det en reduksjon på om lag 2 500 langtidsventende. Det er flest langtidsventende innenfor fagområdene ortopedi og plastikk-kirurgi, men også innenfor disse fagområdene har det vært stor reduksjon i antall langtidsventende det siste året. De siste månedene har det vært særskilt oppmerksomhet på de pasientene som har ventet mellom 2 og 4 år og over 4 år. Informasjonstjenesten velg behandlingssted i Helse Sør-Øst har lagt inn en betydelig innsats for å ringe de pasientene med lengst ventetid for å avklare om de fortsatt trenger et tilbud og om dette kan skaffes et annet sted enn ved Oslo universitetssykehus HF.

Status ventetider

I november var gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter 82 dager. Dette er noe lavere enn i samme periode i 2014 (89 dager).

For pasienter som fortsatt venter på behandling var gjennomsnittlig ventetid per utgangen av november 89 dager, 41 dager for pasienter som venter med rett til behandling og 177 dager for pasienter som venter uten rett. Sammenlignet med samme periode i 2014 har det vært en stor reduksjon i ventetid både for pasienter med og uten rett, og gjennomsnittlig ventetid for alle ventende er redusert med 116 dager fra utgangen av oktober 2014.

Tiltak innenfor ventelisteområdet

Arbeidet med å redusere og forebygge fristbrudd, langtidsventende og ventetider omfatter tiltak på flere områder, hvorav flere er nevnt nedenfor:

- Samarbeid med Informasjonstjenesten velg behandlingssted.
- Avtale om kjøp av 150 utredningskonsultasjoner innen nevrologi hos Volvat medisinsk senter.
- Samarbeide med private leverandører innen ortopedi som Helse Sør-Øst RHF har inngått avtale med (hvor vi kan gjøre avrop på slik avtale).
- Det gjøres en gjennomgang av pasienter med ventetid over 300 ventetdager i alle klinikker.

- Opplæring og kontinuerlig fokus på kvaliteten i ventelistedata, herunder riktig bruk av DIPS (også via Regional EPJ – Fase 2) inkl. spesielt å sikre at pasienter som allerede er rettighetsvurdert og inne i et pasientforløp, ikke rettighetsvurderes på nytt med ny frist.
- Følge opp at henvisninger blir fortløpende, det vil si daglig vurdert.
- Kontakte vurderingsansvarlig lege dersom det er forhold rundt fristfastsettelsen, tildelt rettighet eller annet som bør tilbakemeldes, diskuteres og evt rettes.
- Følge opp at forhåndsundersøkelser (lab/rad) bestilles når henvisningen er vurdert.
- Følge opp at det sendes ut riktig venteliste-brev til pasientene med riktig informasjon om utfallet av vurderingen og med tidspunkt for oppmøte i OUS.
- Bedre planlegging og tilgjengelighet ved å sikre at timebok er planlagt 12 måneder fram i tid, inkludert på lab/rad og at timebøkene faktisk fylles/planlegges med lang tidshorison (direktebooking og oppfølging av pasienter som er i et forløp).
- Samarbeid med Helse Sør-Øst RHF og Sykehuspartner om prosjekt for analyse og planlegging av poliklinikkdrift.
- Bedre utnyttelse av poliklinikker (særlig fokus ettermiddag og fredager) med definerte tidspunkt for åpningstider og konsultasjonsvarighet.
- De fleste poliklinikker bruker "SMS-påminnelse" og har en "kort varsel" –liste, slik at avbestillinger kan fylles opp på kort varsel.
- Det er etablert prosedyre og felles verktøy (bruk av DIPS rapporter) for kvalitetssikring av ventelistedata. Det har pågått månedlige kurstilbud gjennom hele 2015 i rapportøkonomi og bruk av verktøyet.
- Det er tilrettelagt for pasientadministrativt arbeid via foretakets ledelsesinformasjonssystem.
- Løpende rapportering og økt oppmerksomhet om området i den interne styringsdialogen på alle nivå.
- Økt operasjonsaktivitet (nye stuer, tidligere oppstart, flere operasjoner per stue per økt mv).
- Fagspesifikke regionale møter har medført et styrket samarbeid med andre helseforetak.
- Pasienter som ikke møter til avtalt tid to ganger vil (med visse unntak) tilskrives sammen med henvisende lege og fjernes fra ventelistene inntil ny henvisning er mottatt.

4. Pasientbehandling

4.1. Aktivitet somatikk

Til og med november 2015 er det så langt rapportert et negativt avvik i forhold til plantall på 1 151 DRG-poeng, tilsvarende 0,5 prosent. Avviket er redusert fra 0,6 prosent rapportert etter oktober. Isolert for november har aktiviteten vært noe lavere enn budsjettert. Rapportert antall DRG-poeng hittil i år inkluderer etterregistrering ut over det som var lagt til grunn ved forrige rapportering. Det er variasjoner i avvik mellom klinikkene. Hittil i år er aktiviteten høyere enn budsjettert for Medisinsk klinikk og Klinikk for kirurgi og nevrofag mens de øvrige klinikkene har negative aktivitetsavvik.

I budsjettet for 2015 ble det lagt til grunn en positiv effekt av nytt ISF-regelverk/grupper 2015 på nærmere 1 000 DRG-poeng. Interne analyser viser at effekten av ISF-regelverket for 2015 er nær null. En stor del av det registrerte aktivitetsavviket hittil i år (etter november) er dermed knyttet til dette forholdet. Når DIPS ble tatt i bruk oktober 2014, ble institusjonsnumrene fra DIPS Aker og PasDoc slått sammen, med den konsekvens at antall sykehusopphold lagt til grunn for aktivitetsbasert finansiering (ISF/KMF) og rapportering av antall DRG-poeng ble redusert. Det kom i oktober 2015 tilbakemelding fra Helsedirektoratet om at effekten av dette er beregnet til 539,5 DRG-poeng på årsbasis. Dette er større enn det sykehuset selv tidligere har beregnet, og bidrar også til å forklare noe av avviket i antall DRG-poeng. Ved sammenligning av faktisk aktivitet i

2015 med 2014, er dette ikke hensyntatt. Justert for dette forholdet er den faktiske økningen i antall DRG-poeng, noe større enn beskrevet under.

Sammenlignet med 2014 viser interne beregninger at aktiviteten hittil i 2015 er om lag 2,9 pst høyere enn i samme periode 2015.

4.2. Aktivitet psykisk helsevern for voksne

Innenfor voksenalderpsykiatrien er det hittil i 2015 skrevet ut 90 flere pasienter (5,8 pst) enn plantall mens antall liggedøgn er 2,7 pst (1 790 liggedøgn) lavere enn budsjettet. Sammenlignet med 2014 er antall utskrevne pasienter redusert med 87 (5,0 pst), mens antall liggedøgn for døgnbehandling er redusert med 2 115 (3,1 pst). Hovedårsaken til det negative avviket for døgnbehandling er at det var en større midlertidig reduksjon i aktivitetensnivået i forbindelse med samlokalisering av døgnenheten ved Josefinegate DPS i januar og flytting av Søndre Oslo DPS til Mortensrud enn lagt til grunn i budsjettet. Fra 1. juli var det videre en reduksjon i antall døgnplasser som disponeres av Akershus universitetssykehus HF. Dette er hensyntatt i budsjettet, men gir en endring fra 2014.

Antall polikliniske konsultasjoner er 12,6 pst (8 547) høyere enn plantall og 13,2 pst (9 956 konsultasjoner) høyere enn i samme periode i 2014. Økningen i antall konsultasjoner er blant annet en effekt av bedret organisering etter samlokalisering ved DPS'ene og at en økt andel av behandlerstillingene nå arbeider på poliklinikkene mens de tidligere arbeidet mer ambulant (gjelder Nydalen DPS).

4.3. Aktivitet psykisk helsevern for barn og unge

Antall utskrivninger innenfor barne- og ungdomspsykiatrien er om lag som budsjettet hittil i år, og redusert i forhold til 2014 med 16 (12,0 pst). Antall liggedøgn er 352 (7,4 pst) høyere enn plantall i 2015 og 68 (1,4 pst) høyere enn 2014. Flere liggedøgn enn planlagt skyldes at det er flere unge med alvorlige tilstander som trenger lengre behandling i sykehus enn forutsatt. Antall oppholdsdager dagbehandling er hittil i år 505 (18,5 pst) høyere enn plantall og økt med 438 (15,6 pst) fra 2014. Det er gjennomgående høyere belegg på dagenhetene enn forutsatt i budsjettet.

Den registrerte polikliniske aktiviteten viser hittil i 2015 14,3 pst (6 626 konsultasjoner) færre polikliniske konsultasjoner enn plantall. Sammenlignet med 2014 er antall polikliniske konsultasjoner redusert med 2 993 (7,0 pst). Reduksjonen fra 2014 skyldes i hovedsak færre registrerte telefonkonsultasjoner og færre registrerte tiltak per pasient. Det arbeides fortsatt for å sikre at all aktivitet blir registrert i DIPS, selv om dette er mer tidkrevende enn registrering av aktivitet i BUP-data (tidligere pasientadministrativt system for barne- og ungdomspsykiatrien). Forholdene som er omtalt ovenfor forklarer i hovedsak endringen i antall registrerte konsultasjoner fra 2014 og en betydelig del av budsjettavviket i 2015. I tillegg har det vært en økning i behandling i grupper, men også noe midlertidig kapasitetsreduksjon i forbindelse med flytting til nye lokaler. Videre har det ved enkelte enheter vært høyt sykefravær og stor turnover i deler av 2015.

Innenfor barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling er det mange alvorlige og sammensatte pasientsaker. Begrenset døgn-/dagkapasitet har gjort at enkelte pasienter som ellers ville vært lagt inn ved døgnenhetene har måttet få en mer omfattende behandling og oppfølging på poliklinikk. Dette har også betydning for antall rapporterte polikliniske konsultasjoner ved at det brukes mer tid per pasient og at antall konsultasjoner blir noe redusert. Klinikken arbeider med tiltak for å komme nærmere måltallene for 2015. Disse omfatter blant annet:

- Rydding i uferdiglister, med ukentlige rapporter til seksjons- og enhetsledere, der kravet er ingen uferdige konsultasjoner ved ukeslutt.
- Kontinuerlig opplæring av ansatte i prosedyre for registrering av telefonkonsultasjoner.

- Sikre fullstendig registrering av flere konsultasjoner (tiltak) per pasient pr dag.
- Nyansettelser i ledige stillinger.
- Enheter med høyt sykefravær følges tett opp.
- Ukentlig opplæring i bruk av DIPS i enhetene/seksjonene, og spesielle tiltak rettet mot de medarbeiderne som har størst problemer med å mestre et nytt system.
- Tiltak som saksmengdesamtaler, styrt timedagbok og fokus på effektive pasientforløp. BUP Syd har innført LEAN-prosjekt på styrt timedagbok. BUP Nord forventer at aktiviteten vil ta seg kraftig opp når nyansatte kommer mer inn i enhetens arbeidsoppgaver.

4.4. Aktivitet tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Innenfor TSB er det hittil i 2015 skrevet ut 81 færre pasienter (2,9 pst) fra døgnbehandling enn plantall, en reduksjon på 160 utskrivninger (5,7 pst) fra 2014. Dette skyldes pasientgruppe som karakteriseres ved ustabilitet, der brudd i behandlingen rapporteres som utskrivning. Det arbeides kontinuerlig med bruddproblematikk og motivasjon hos pasientene. For antall liggedøgn er det et negativt avvik i forhold til plantall på 10,5 pst (2 645 liggedøgn). Sammenlignet med 2014 er antall liggedøgn døgnbehandling redusert med 390 (1,7 pst). Klinikken arbeider med tiltak for å øke innsøkningen og for å sikre at pasientene gjennomfører behandlingen.

Antall polikliniske konsultasjoner innenfor TSB er hittil i 2015 50,5 pst (6 404 konsultasjoner) høyere enn budsjettet, hvilket er en økning på 92,2 pst (9 155 konsultasjoner) fra 2014.

Det har vært større pågang av pasienter i 2015 enn lagt til grunn i budsjettet. Det arbeides med ulike former for oppsøkende aktivitet som skal være et tilbud til unge pasienter med rusproblemer som nå ikke fanges opp og henvises til utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten. Arbeidet med å rekruttere og å nå ut til brukere som ikke selv oppsøker hjelp har vært høyt prioritert.

5. Økonomi

5.1. Resultat

Det økonomiske resultatet for Oslo universitetssykehus HF viser etter november 2015 et regnskapsmessig overskudd på 105 millioner kroner mot et budsjettet overskudd på 160 millioner kroner. Dette gir et negativt avvik på 55 millioner kroner. Månedens resultat for november er med dette om lag 10 millioner kroner svakere enn budsjettet. Underliggende drift viser imidlertid et større underskudd, på nivå med tidligere måneder. Det er i november løst opp restavsetning knyttet til forskjøvet arbeidstid. Videre bidrar fortsatt lavere lønnsoppgjør 2015, budsjettet reserve og andre forhold som ikke er knyttet til ordinær drift positivt.

Sum driftsinntekter hittil i år viser et positivt avvik på 315 millioner kroner (1,6 pst). I avviket for driftsinntekter inngår blant annet:

- Gevinst fra salg av eiendom (Pilestredet 77-79 og Josefinesgate 30) med 122 millioner kroner.
- Øremerkede inntekter med 68 millioner kroner.
- Ikke-budsjetterte inntekter fra utleie av personell til prosjekter mv med 51 millioner kroner.
- Forutsatte leieinntekter fra Folkehelseinstituttet i forbindelse med deres rettsmedisinske virksomhet lokalisert på Rikshospitalet (ref. Revidert nasjonalbudsjett 2015) bidrar positivt med 13-14 millioner kroner i inntekt utover opprinnelig budsjettet.
- Korrigering av ISF-inntekter (under annen inntekt) som konsekvens felles rapportering i DIPS fra 3. tertial 2014 bidrar med nærmere 14 millioner kroner (se brev av 16.10.2015 fra Helsedirektoratet).

Justert for disse forholdene er inntekter fra ordinær drift noe bedre enn budsjettet. ISF-inntektene er imidlertid noe lavere enn budsjettet, mens det blant annet er høyere gjestepasientinntekter og polikliniske inntekter samt høyere salgs- og leieinntekter.

Sum driftskostnader hittil i år viser et negativt avvik på 390 millioner kroner, hvorav 68 millioner kroner er relatert til aktivitet med øremerket finansiering og 51 millioner kroner gjelder kostnader knyttet til personell som er frikjøpt til prosjekter og 40 millioner kroner er estimerte nedskrivningskostnader (risikoavsetning knyttet til endringer i arealbruk i 2015). For å fastsette endelige nedskrivningskostnader for 2015 kartlegges nå arealbruken, særlig ved Dikemark. Dette arbeidet avsluttes før jul. Avvik knyttet til øvrige driftsmessige forhold – utover de som er nevnt ovenfor - utgjør om lag 230 millioner kroner. Dette knytter seg til både høyere personalkostnader (både lønn til egne ansatte og eksternt helsepersonell), drifts- og varekostnader. I årsregnskapet for 2014 ble det satt av et beløp knyttet til krav om etterbetaling av forskjøvet arbeidstid. Denne avsetningen nå i hovedsak løst opp.

Årets lønnsoppgjør blir noe lavere enn lagt til grunn i statsbudsjettet og kostnader til lønnsoppgjøret for 2015 er derfor noe redusert i regnskapet sammenlignet med periodisert budsjett. Både avskrivninger og netto finans er bedre enn budsjettet. Innenfor IKT-området er det lagt til grunn noe lavere kostnader enn budsjettet. Dette gjelder blant annet kostnadene for mottaksprosjekt DIPS Fase 2 som ser ut til å bli noe lavere enn budsjettet. Sykehuspartner har varslet at økte pensjonskostnader i 2015 blir dekket innenfor gjeldende budsjett og ikke viderefakturert helseforetakene. Det knytter seg imidlertid fortsatt noe usikkerhet til samlede IKT-kostnader i 2015 som fløye av uavklarte saker. Dette følges opp inn mot endelig regnskap for 2015.

Avvik for ulike inntekts- og kostnadstyper

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

Tall i hele tusen	Hittil i år				Kommentarer
	Resultat	Budsjett	Avvik	%	
Basisramme	11 292 714	11 292 714	0	0,0 %	Basisramme er inntektsført som budsjettet.
Aktivitetsbaserte inntekter	7 025 971	7 015 274	10 696	0,2 %	ISF-inntektene er 10 mnok lavere enn budsjettet som følge av lavere registrert aktivitet enn budsjettet. Deler av avviket skyldes at effektene av ISF-regelverket for 2015 er mindre positiv enn lagt til grunn i budsjettet for 2015. Gjstepasientinntekter og poliklinikkinntekter noe høyere enn budsjettet.
Andre inntekter	2 063 615	1 759 191	304 424	17,3 %	Det er inntektsført gevinst fra salg av eiendom med 122 mnok og lønnsrefusjoner fra prosjekter (DIPS Fase 2 mv) på om lag 51 mnok, som har tilsvarende økte lønnskostnader. Det er også økte inntekter fra Folkehelseinstituttet. Midler som salderes er også høyere enn budsjettet. Ut over dette er det relativt små positive og negative avvik på flere poster.
Sum driftsinntekter	20 382 300	20 067 179	315 120	1,6 %	
Lønn- og innleiekostnader	14 068 671	13 924 673	-143 998	-1,0 %	For de samlede lønns- og innleiekostnadene er det et merforbruk på 144 mnok. Dette kan i hovedsak relateres noe høyere lønnskostnader enn budsjettet for øremerkede prosjekter samt frikjøp av personell til DIPS Fase 2 (gir tilsvarende inntekt). Årets lønnsoppgjør er noe mindre enn budsjettet og dette gir noe reduserte lønnskostnader sammenlignet med budsjett. Innleiekostnadene er ikke redusert som forutsatt i budsjettet og inngår med et negativt avvik på 71 mnok.
Varekostnader mv	2 706 126	2 562 502	-143 623	-5,6 %	Varekostnadene er 144 mnok høyere enn budsjettet og skyldes i all hovedsak høye medikamentkostnader (inkl. implantater) og noe høyre kostnader til medisinske forbruksvarer. I tillegg er det høye kostnader relatert til kjøp av behandling i utlandet.
Andre driftskostnader	3 510 863	3 408 466	-102 397	-3,0 %	Andre driftskostnader er om lag 102 mnok høyere enn budsjettet. Avskrivningene er noe lavere enn budsjettet (9 mnok). Det er kostnadsført nedskrivninger relatert til endringer i arealbruken med 40 mnok. Det er også høyere kostnader til pasientreiser enn budsjettet. For øvrig er det mindre avvik på flere områder.
Sum driftskostnader	20 285 660	19 895 642	-390 018	-2,0 %	
Driftsresultat	96 639	171 537	-74 898		
Netto finans	-8 911	11 121	20 032	180,1 %	Avviket gjelder bidrag fra datterselskapene og lavere rentekostnader.
Resultat	105 550	160 416	-54 866		

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

5.2. Investeringer

I styresak 66/2014 ble investeringsbudsjettet for 2015 lagt frem, og styret vedtok et investeringsbudsjett på 1 016 millioner kroner. Oslo universitetssykehus HF ble pålagt å utsette 76 millioner kroner av investeringsrammen for 2015 til påfølgende år. Investeringsbudsjettet for 2015 omfatter investeringer i medisinsk-teknisk utstyr for totalt 357 millioner kroner. Herav skulle 50 millioner kroner finansieres av omstillingsmidler, det skulle inngås nye leieavtaler for 200 millioner kroner og 107 millioner kroner skulle finansieres med ordinær likviditetstildeling og utvidet ramme fra Helse Sør-Øst RHF. Som følge av at rammeavtalen for leie først ble signert ultimo juni var det nødvendig å benytte 30 millioner kroner av det utsatte beløpet på 76 millioner kroner til investeringer i medisinsk-teknisk utstyr i 2015. Dette ble avtalt med Helse Sør-Øst RHF. For at den totale bruk av likviditet i 2015 ikke skulle bli høyere enn det som var lagt til grunn i investeringsbudsjettet ble 30 millioner kroner av omstillingsinvesteringene utsatt til påfølgende år.

Ved utgangen av november var de utførte investeringene hittil i 2015 593 millioner kroner, herunder er det balanseført finansielle leieavtaler for 51 millioner kroner. Utførte investeringer innenfor ordinær likviditetstildeling og utvidet ramme til medisinsk-teknisk utstyr og bygg er om lag som budsjettet. Utførte investeringer for omstillingsinvesteringer er 87 millioner kroner lavere enn budsjettet. På årsbasis forventes omstillingsinvesteringene å være om lag 60 millioner kroner lavere enn budsjettet.

5.3. Finansiell leie

For 2015 er det lagt til grunn inngåelse av finansielle leieavtaler av utstyr og bygg med en anskaffelseskostnad på 292 millioner kroner, herav medisinsk-teknisk utstyr for 170 millioner kroner.

Helse Sør-Øst RHF har godkjent at Oslo universitetssykehus HF anskaffer medisinsk-teknisk utstyr med en verdi på 170 millioner kroner og ambulanser til en verdi på 10 millioner kroner ved inngåelse av finansielle leieavtaler i brev datert 1. juli 2015. Oslo universitetssykehus HF er i prosess for å anskaffe utstyret. Medio desember er det inngått 43 finansielle leieavtaler for medisinsk-teknisk utstyr og syv avtaler for ambulanser. Disse avtalene har en total verdi på om lag 136 millioner kroner.

5.4. Likviditet

Periodisert kontantstrømbudsjett for 2015 ble lagt frem for styret i sak 8/2015. Budsjettet innebar en bedring av likviditeten på 56 millioner kroner gjennom 2015. Etter en ny vurdering av forventet investeringspådrag i 2015 ble dette økt til 96 millioner kroner, jamfør styresak 17/2015. Stortinget vedtok i revidert nasjonalbudsjett (Prop 119 S (2014-2015)) å bevilge 1 148 millioner kroner til Helse Sør-Øst RHF som kompensasjon for økte pensjonskostnader. Oslo universitetssykehus HF er tildelt 332 millioner kroner av dette, som bedrer likviditeten tilsvarende.

Ved utgangen av november var benyttet driftskreditt 3 213 millioner kroner, mot budsjettet 3 101 millioner kroner. Avviket skyldes i stor grad lavere pensjonspremie enn budsjettet for 2015 og manglende betalinger av fakturerte inntekter. De fakturerte inntektene forventes betalt i desember.

6. Bemanning og sykefravær

6.1. Månedsverk

For perioden januar - desember 2015 er antall brutto månedsverk 18 333 mot budsjettert 17 996, det vil si 337 (1,9 pst) høyere enn budsjettert. Dette er en økning på 463 (2,5 pst) årsverk fra utgangen av 2014. Det har vært et svært tydelig mål om at bemanningen etter sommeren minst skulle reduseres til nivået før sommeren, selv om det er enkelte unntak (innenfor prehospitaltjenester og AMK). Det har vist seg å være svært krevende å redusere bemanningen som forutsatt. Selv om ferievikarer er avviklet er ikke bemanningen redusert i tilstrekkelig grad.

6.2. Sykefravær

Til og med oktober 2015 var samlet sykefravær ved Oslo universitetssykehus HF 7,3 prosent, fordelt på 2,6 prosent korttidsfravær og 4,7 prosent langtidsfravær. Sammenliknet med samme periode i 2014 har gjennomsnittlig sykefravær gått opp 0,2 prosentpoeng. Utviklingen i sykefravær hittil i år følger en forventet utvikling og avviker ikke vesentlig fra tidligere år. Isolert for oktober 2015 er totalt sykefravær 7,1 prosent sammenliknet med 7,2 prosent i oktober 2014.

Oslo universitetssykehus HF har arbeidet systematisk og langsiktig for å redusere sykefraværet. Det har vært rettet et særlig fokus på forebygging av langtidsfravær i utsatte enheter. Det arbeides kontinuerlig med enheter med utfordringer med høyt langtidsfravær og målrettede tiltak er iverksatt. Arbeidet med oppfølging av særskilte enheter eller grupper fortsetter, samtidig rettes også fokus på å unngå hyppige korttidsfravær. IA (inkluderende arbeidsliv) handlingsplan følges tett i hver klinikk, og det legges vekt på gode lederverktøy i arbeidet med å unngå sykefravær.

Styresak 77/2015 Tabellvedlegg

Oslo universitetssykehus HF

Månedsrappport november 2015
(bemanning per desember 2015)

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 Likviditet

4 Bemanning

4.1 Bemanningsutvikling

4.2 Bemanningsindikatorer, inkl. innleie fra vikarbyrå

4.3 Brutto månedsverk på stillingsgrupper

4.4 Andel deltid per klinikk

4.5 Bemanningsutvikling per klinikk

4.6 Sykefravær totalt og fordelt på kort- og langtidsfravær

4.7 Sykefravær per klinikk

Definisjoner årsverksindikatorer

Følgende klinikkbetegnelser er brukt i tabeller/grafer:

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 sykehuservice
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

Oppdatert med tall i LIS fra 03 12 2015										
RAPPORTERINGSPERIODE: NOVEMBER	Denne periode				HITIL I ÅR				Sammenligning 2014	
Klinikk	Budsjett	Resultat	Avvik	Avvik i %	Budsjett	Resultat LIS (totalt antall DRG-poeng)	Avvik	Avvik i %	Endring	i %
Medisinsk klinikk	2 326	2 315	-11	-0,5 %	24 811	24 979	183	0,7 %	850	3,5 %
Klinikk for kirurgi og nevrofag	5 859	5 906	47	0,8 %	59 350	58 904	1 324	2,2 %	3 871	7,1 %
Kvinne- og barneklubben	3 231	3 059	-172	-5,3 %	34 839	34 254	-485	-1,4 %	410	1,2 %
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben	5 506	5 644	138	2,5 %	57 601	55 895	-1 456	-2,5 %	531	1,0 %
Hjerte-, lunge- og karklubben	2 806	2 730	-76	-2,7 %	29 239	28 853	-336	-1,1 %	339	1,2 %
Akuttklubben	363	258	-105	-28,9 %	3 797	3 565	-232	-6,1 %	-129	-3,5 %
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	15	9	-6	-40,0 %	148	139	-9	-6,1 %	-20	-12,6 %
SUM TOTALT	20 194	20 046	-148	-0,7 %	211 461	206 749	-1 151	-0,5 %	5 852	2,9 %

Antall DRG-poeng for 2014 er fremstilt ved vektor og regelverk for 2015.

Estimat for etterregistrering er inkludert med 361 DRG-poeng.

2.1 Aktivitet – psykisk helsevern

Rapporteringsperiode: NOVEMBER 2015	Denne periode				Hittil i år				2015 mot 2014	
Oslo universitetssykehus HF	Resultat	Budsjett	Avvik	%	Hittil i år	Budsjett	Avvik	%	Endring	%
Psykisk helsevern - voksen										
Antall utskrevne pasienter døgntil behandling	162	149	13	8,7 %	1 648	1 558	90	5,8 %	-87	-5,0 %
Antall liggedøgn døgntil behandling	5 729	6 126	-397	-6,5 %	65 480	67 270	-1 790	-2,7 %	-2 115	-3,1 %
Antall polikliniske konsultasjoner	8 934	7 590	1 344	17,7 %	85 148	75 601	9 547	12,6 %	9 956	13,2 %
Psykisk helsevern - barn og unge										
Antall utskrevne pasienter døgntil behandling	7	9	-2	-22,2 %	117	119	-2	-1,7 %	-16	-12,0 %
Antall liggedøgn døgntil behandling	526	447	79	17,7 %	5 093	4 741	352	7,4 %	68	1,4 %
Antall oppholdsdager dagbehandling	274	270	4	1,5 %	3 237	2 732	505	18,5 %	438	15,6 %
Antall polikliniske konsultasjoner	4 382	4 851	-469	-9,7 %	39 774	46 397	-6 623	-14,3 %	-2 993	-7,0 %
TSB										
Antall utskrevne pasienter døgntil behandling	178	249	-71	-28,5 %	2 667	2 748	-81	-2,9 %	-160	-5,7 %
Antall liggedøgn døgntil behandling	2 158	2 325	-167	-7,2 %	22 646	25 291	-2 645	-10,5 %	-390	-1,7 %
Antall oppholdsdager dagbehandling	0	27	-27	-100,0 %	131	273	-142	-52,0 %	-115	-46,7 %
Antall polikliniske konsultasjoner	1 905	1 030	875	85,0 %	19 087	12 683	6 404	50,5 %	9 155	92,2 %

2.1 Aktivitet radiologi per modalitet

	Mnd 2014	Mnd 2015	HiÅ 2014	HiÅ 2015	%-vis endring 2014-2015 Mnd	%-vis endring 2014-2015 HiÅ
Modalitet	H	H	H	H	H	H
Angio	251	224	2 847	2 551	-10,8 %	-10,4 %
CT	5 142	5 557	54 858	58 578	8,1 %	6,8 %
MG	507	361	5 756	4 210	-28,8 %	-26,9 %
MR	2 670	3 114	27 566	30 356	16,6 %	10,1 %
NM	573	644	6 617	6 567	12,4 %	-0,8 %
PET	383	470	4 160	4 699	22,7 %	13,0 %
RG	13 050	13 937	149 340	151 305	6,8 %	1,3 %
UL	3 298	3 268	35 532	34 146	-0,9 %	-3,9 %

H = henvisninger

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

MG = mammografi

NM = nukleærmedisin

RG = konvensjonell røntgen

2.1 Aktivitet PO/Intensiv – intensivpasienter (Akuttklinikken)

Klinikk	Aktivitet	Nov 2015	Akkumulert aktivitet Nov 2015	Nov 2014	Akkumulert aktivitet Nov 2014	Akkumulert endring 2014-2015	Endring 2014-2015 i %
	Antall intensivpasienter	242	2 625	242	2 659	-34	-1,3 %
	Antall intensivdøgn	1 111	12 140	1 259	12 394	-254	-2,0 %
	Antall respiratordøgn:						
	Barneintensiv, RH	72	927	119	1 024	-97	-9,5 %
	Generell Intensiv UL	136	1 709	178	1 715	-6	-0,3 %
	Generell int 1, RH	200	2 051	231	2 098	-47	-2,2 %
	Generell int 2, RH	123	1 182	132	1 080	102	9,4 %
	Nevrointensiv, Ullevål	99	1 109	103	970	139	14,3 %
	PO, Aker	2	11	1	15	-4	-26,7 %
	PO, Radium	0	13	-	31	-18	-58,1 %
	PO, RH	1	2	-	5	-3	
	PO, Ullevål	8	149	17	171	-22	-12,9 %
	SUM Antall respiratordøgn	641	7 153	781	7 109	44	0,6 %

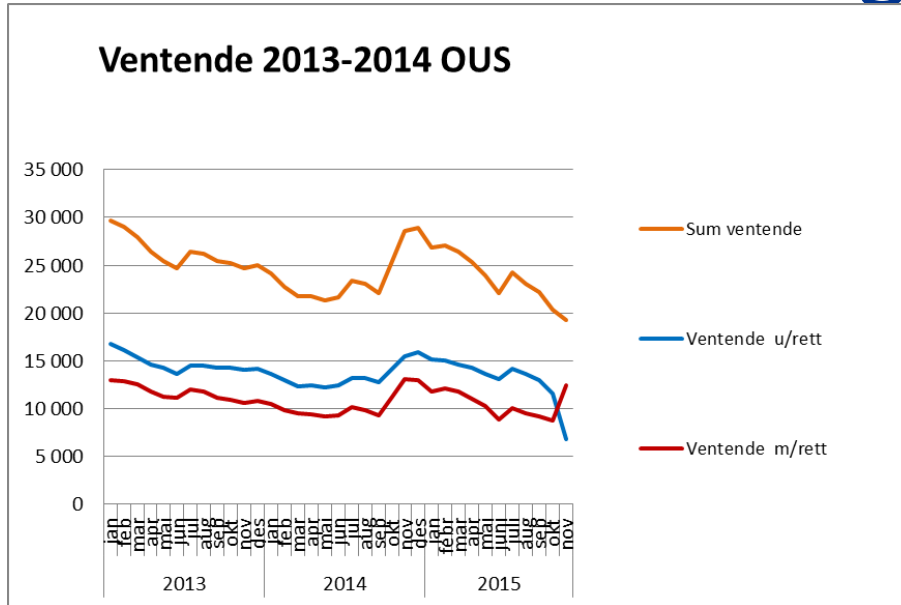
For mer informasjon se LIS-rapport: PO/Intensiv aktivitetsdata

2.1 Aktivitet PO/Intensiv – PO-pasienter (Akuttklinikken)

Klinikk	Aktivitet	Nov 2015	Akkumulert aktivitet Nov 2015	Nov 2014	Akkumulert aktivitet Nov 2014	Akkumulert endring 2014-2015	Endring 2014-2015 i %
Antall PO-pasienter							
	Barneintensiv, RH	74	535	39	601	-66	-11,0 %
	Generell Intensiv UL	19	245	21	213	32	15,0 %
	Generell int 1, RH	22	283	6	138	145	105,1 %
	Generell int 2, RH	29	406	27	455	-49	-10,8 %
	Nevrointensiv, Ullevål	8	131	15	183	-52	-28,4 %
	PO, Aker	487	3 852	372	3 704	148	4,0 %
	PO, Radium	172	2 550	248	2 723	-173	-6,4 %
	PO, RH	995	9 992	931	9 011	981	10,9 %
	PO, Ullevål	439	3 936	317	3 311	625	18,9 %
	Sum antall PO-pasienter	2 245	21 930	1 976	20 339	1 591	7,8 %
Liggedøgn PO-pasienter							
	Barneintensiv, RH	16	130	9	148	-18	-12,2 %
	Generell Intensiv UL	7	101	9	92	9	9,8 %
	Generell int 1, RH	6	76	3	41	35	85,4 %
	Generell int 2, RH	8	100	6	115	-15	-13,0 %
	Nevrointensiv, Ullevål	4	56	6	75	-19	-25,3 %
	PO, Aker	106	745	71	708	37	5,2 %
	PO, Radium	41	643	61	692	-49	-7,1 %
	PO, RH	128	1 327	127	1 219	108	8,9 %
	PO, Ullevål	129	1 228	108	1 092	136	12,5 %
	Sum antall liggedøgn PO-pasienter	445	4 406	400	4 182	224	5,4 %

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

2.2 Ventelisteutvikling – antall ventende

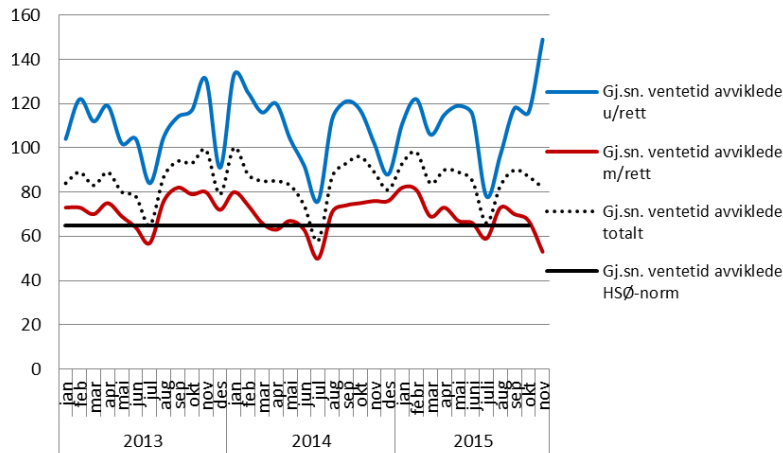


Sum ventende	2014				2015			
	aug	sep	okt	nov	aug	sep	okt	nov
PHA	468	464	420	510	467	455	505	495
MED	3 003	2 728	3 085	3 348	2 611	2 428	2 357	2 245
KKN	9 702	9 447	11 072	12 448	10 281	9 822	8 580	7 388
KVB	2 597	2 460	2 760	3 066	2 848	2 609	2 309	2 296
KKT	3 755	3 764	4 648	5 405	4 251	4 258	4 161	4 649
HLK	1 800	1 630	1 809	2 142	1 893	1 828	1 655	1 468
AKU	305	253	211	181	127	122	117	99
KDI	1 379	1 333	1 413	1 446	576	665	638	591
Sum klinikker	23 009	22 079	25 418	28 546	23 054	22 187	20 322	19 231
Diff vs. 2014					45	108	-5 096	-9 315
Diff %					0 %	0 %	-20 %	-33 %

Antall ventende = ikke avviklede henvisningsperioder

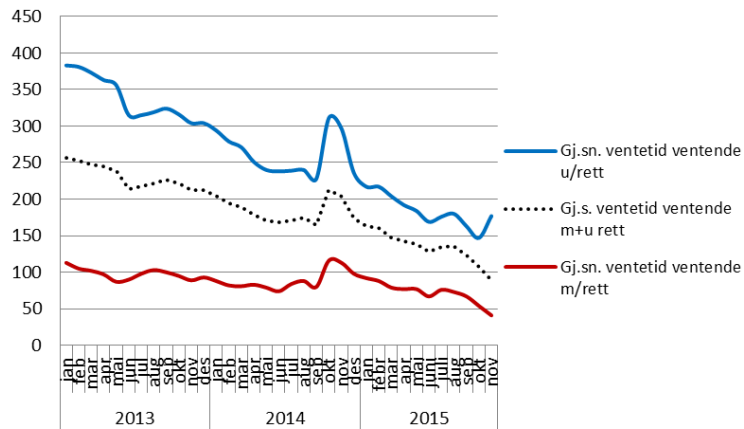
2.2 Gjennomsnittlige ventetider

Gj.sn. ventetider til avvikling OUS



Gj.sn. v.tid til avvikling	2014				2015			
	aug	sep	okt	nov	aug	sep	okt	nov
PHA	52	51	42	62	60	46	37	44
MED	64	63	77	82	68	64	61	66
KKN	113	122	131	113	108	124	115	101
KVB	65	78	72	74	65	76	71	70
KKT	90	85	109	91	75	75	71	70
HLK	100	111	104	103	115	130	120	124
AKU	134	159	94	89	65	84	69	60
KDI	57	90	94	41	38	38	31	29
OUS	87	93	96	89	83	90	87	82
Diff vs. 2014					-4	-3	-9	-7
Diff %					-5 %	-3 %	-9 %	-8 %

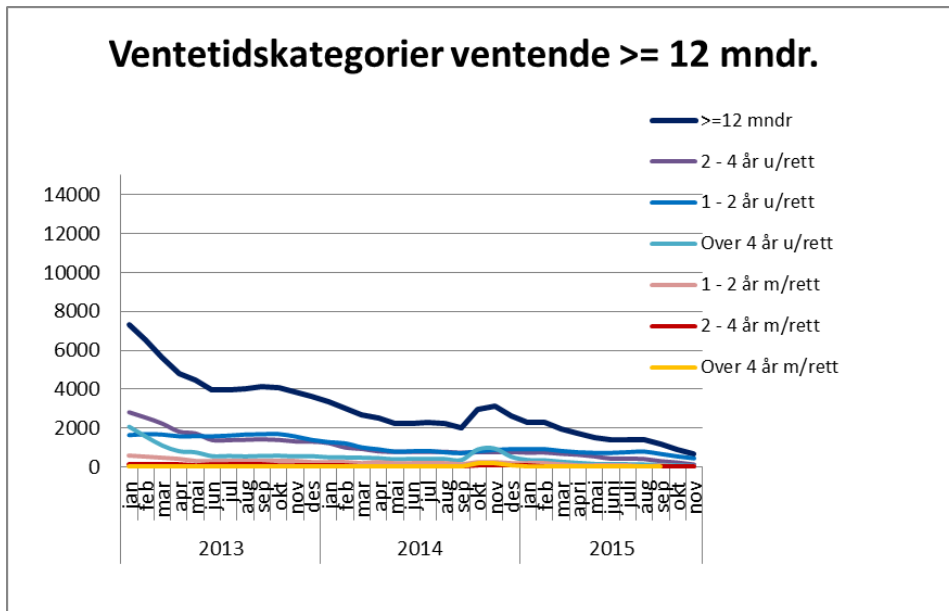
Gj.sn. ventetider ventende OUS



Gj.sn. v.tid ventende	2014				2015			
	aug	sep	okt	nov	aug	sep	okt	nov
PHA	76	48	70	67	53	39	38	38
MED	76	69	71	70	77	72	67	64
KKN	295	279	317	299	197	177	154	129
KVB	86	72	229	222	103	93	70	63
KKT	80	75	177	170	81	80	78	65
HLK	110	102	105	104	113	103	94	86
AKU	131	118	72	74	61	60	55	56
KDI	106	110	67	113	46	38	31	34
OUS	175	165	213	205	136	123	107	89
Diff vs. 2014					-39	-42	-106	-116
Diff %					-22 %	-25 %	-50 %	-57 %

Gjennomsnittlig ventetid er oppgitt i dager.

2.2 Langtidsventende (≥ 12 mnd)

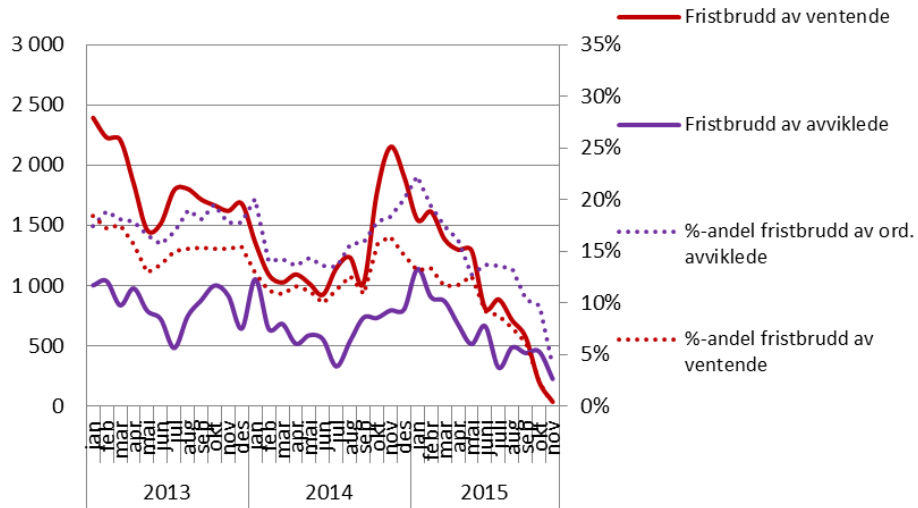


Antall ventet ≥ 1	2014				2015			
	aug	sep	okt	nov	aug	sep	okt	nov
PHA	19	6	8	11	1	1	1	3
MED	16	8	12	19	83	86	78	60
KKN	2 059	1 904	2 344	2 441	1 251	1 028	753	538
KVB	27	17	268	272	16	10	6	2
KKT	52	62	280	325	15	23	41	50
HLK	26	24	36	56	7	8	8	2
AKU	-	-	-	1	-	-	-	-
KDI	3	1	6	14	1	0	0	0
Sum	2 207	2 026	2 956	3 141	1 374	1 156	887	655
Diff vs. 2014					-833	-870	-2 069	-2 486
Diff %					-38 %	-43 %	-70 %	-79 %

Gjennomsnittlig ventetid er oppgitt i dager.

2.3 Fristbrudd

Fristbrudd start helsehjelp OUS



Fristbrudd ordinært avviklede	2014				2015				Andel
	Antall								
	aug	sep	okt	nov	aug	sep	okt	nov	
PHA	4	3	7	8	5	2	-	2	1 %
MED	99	96	85	123	20	24	17	11	1 %
KKN	271	384	332	277	328	292	349	169	8 %
KVB	33	53	79	97	20	22	17	7	1 %
KKT	104	153	189	245	109	73	41	34	3 %
HLK	29	48	43	48	9	31	33	6	4 %
AKU	-	-	-	-	-	-	-	-	0 %
KDI	0	0	0	0	0	0	0	0	0 %
Sum	540	737	735	798	491	444	457	229	4 %
Diff vs. 2014					-49	-293	-278	-569	
Diff %					-9 %	-40 %	-38 %	-71 %	

Fristbrudd avviklede: Frist var overskredet på tidspunkt for avvikling.

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

Fristbrudd ventende	2014				2015				Andel
	Antall								
	aug	sep	okt	nov	aug	sep	okt	nov	
PHA	8	7	8	14	2	3	1	1	0 %
MED	109	76	102	142	10	3	4	3	0 %
KKN	833	726	1 245	1 534	612	501	177	24	1 %
KVB	47	33	105	89	21	14	5	1	0 %
KKT	179	145	252	274	55	40	13	8	0 %
HLK	61	33	63	101	15	14	5	2	0 %
AKU	-	-	-	-	-	-	-	-	0 %
KDI	0	0	1	0	1	1	0	0	0 %
Sum	1 238	1 021	1 777	2 155	716	576	205	39	0 %
Diff vs. 2014					-522	-445	-1 572	-2 116	
Diff %					-42 %	-44 %	-88 %	-98 %	

3.1 Økonomisk resultat

Tall i hele 1000 kr	Budsjett 2015	November				Hittil i 2015			
		Resultat	Budsjett	Avvik budsjett	Avvik i %	Resultat	Budsjett	Avvik budsjett	Avvik i %
Basisramme	12 013 296	1 056 261	1 056 261	0	0,0 %	11 232 134	11 232 134	0	0,0 %
Aktivitetsbaserte inntekter	7 620 706	696 803	674 063	22 739	3,4 %	7 025 971	7 015 274	10 696	0,2 %
Andre inntekter	1 979 497	213 730	170 958	42 771	25,0 %	2 124 195	1 819 771	304 424	16,7 %
Sum driftsinntekter	21 613 499	1 966 793	1 901 282	65 511	3,4 %	20 382 300	20 067 179	315 120	1,6 %
Lønn -og innleiekostnader	14 914 195	1 354 572	1 321 267	-33 305	-2,5 %	14 068 671	13 924 673	-143 998	-1,0 %
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	2 786 770	268 722	242 726	-25 997	-10,7 %	2 706 126	2 562 502	-143 623	-5,6 %
Andre driftskostnader	3 724 975	340 550	322 467	-18 084	-5,6 %	3 510 863	3 408 466	-102 397	-3,0 %
Sum driftskostnader	21 425 940	1 963 845	1 886 459	-77 385	-4,1 %	20 285 660	19 895 642	-390 018	-2,0 %
Driftsresultat	187 559	2 949	14 823	-11 874	-0,6 %	96 639	171 537	-74 898	-0,4 %
Netto finans	12 559	2 129	-240	2 369	986,9 %	8 911	-11 121	20 032	180,1 %
Resultat OUS	175 000	5 077	14 583	-9 506	-0,5 %	105 550	160 416	-54 866	-0,3 %

3.2 Kommentarer til avvik per ØBAK-linje

Art_ØBAK	Resultat	Budsjett	Avvik	Kommentarer til de største avvikene
Basisramme	11 232 134	11 232 134	0	
Kvalitetsbasert finansiering	60 580	60 580	0	
ISF egne pasienter	3 305 939	3 298 777	7 162	De totale ISF-inntektene er 20 mnok lavere enn budsjettert. Avviket skyldes lavere registrert aktivitet enn budsjettert ved de somatiske enhetene. Deler av avviket for antall DRG-poeng skyldes at effektene av ISF-regelverket for 2015 er mindre positiv enn lagt til grunn i budsjettet for 2015.
ISF somatisk poliklinisk aktivitet	700 175	723 703	-23 528	
ISF-refusjon pasientadm biol legemidler	38 891	38 488	403	
ISF-refusjon pasientadm kreftlegemidler	7 318	11 376	-4 058	
Utskrivningsklare pasienter	2 421	1 449	972	Antall utskrivningsklare pasienter er høyere enn forventet, derfor også høyere inntekt.
Gjestepasienter	543 379	560 156	-16 777	Gjestepasientinntekter for pasienter fra andre regioner er om lag 17 mnok lavere enn budsjettert. Det er negativt avvik både innenfor somatikken og innen psykisk helse.
Salg av konserninterne helsetjenester	1 829 976	1 794 835	35 142	Samlede konserninterne gjestepasientinntekter er 35 mnok høyere enn budsjettert. Det er høyere inntekter innen alle områder (somatikk, psykisk helse og laboratorie/radiologi). I avviket inngår inntekter som følge av avregning ISF for 2014 som er noe høyere enn avsatt i 2014.
Polikliniske inntekter	597 871	586 491	11 380	De polikliniske inntektene er om lag 11 mnok høyere enn budsjettert. Det er et negativt avvik innen psykisk helse mens det er et positivt avvik innen somatikken samlet og lab/rtg-området (gjelder særlig medisinsk genetikk).
Øremerkede tilskudd raskere tilbake	40 753	38 607	2 146	Det er inntektsført noe høyere inntekter enn budsjettert for Raskere tilbake innenfor somatikken, mens Klinikk for psykisk helse og avhengighet har noe lavere inntekter enn budsjettert.
Andre øremerkede tilskudd	1 001 731	999 924	1 807	Inntektene føres i takt med faktisk forbruk (kostnadene).
Andre driftsinntekter	1 021 131	720 659	300 472	Det er inntektsført gevinst fra salg av eiendom med 122 mnok og lønnsrefusjoner fra prosjekter (DIPS Fase 2 mv) på om lag 51 mnok, som har tilsvarende økte lønnskostnader. Det er også økte inntekter fra Folkehelseinstituttet. Midler som salderes er også høyere enn budsjettert.
Sum driftsinntekter	20 382 300	20 067 179	315 120	
Kjøp av off helsetjenester	70 751	58 843	-11 908	Deler av avviket relateres til kostnader vedr øremerkede midler som har tilsvarende økt inntekt.
Kjøp av private helsetjenester	252 937	211 045	-41 892	Kostnadene til kjøp av private helsetjenester er 42 mnok høyere enn budsjettert og kan i all hovedsak relateres til kjøp av behandling i utlandet, inkl protonterapi. Inntekt bokføres i takt med påløpte kostnader.
Varekostnader	2 323 326	2 229 174	-94 152	Varekostnadene er om lag 94 mnok høyere enn budsjettert. Dette skyldes i hovedsak høye medikamentkostnader (inkl. implantater) og høye kostnader til medisinske instrumenter.
Innleid arbeidskraft	200 274	129 025	-71 249	Innleiekostnadene er ikke redusert som forutsatt i budsjettet.
Kjøp av konserninterne helsetjenester	59 112	63 440	4 329	Avviket er i all hovedsak innenfor psykisk helse.
Lønn til fast ansatte	9 027 843	9 054 838	26 995	For samlede lønnskostnadene er det et merforbruk på om lag 73 mnok hittil i år. I tillegg kommer merforbruk for innleid arbeidskraft med 71 mnok. Dette kan relateres til noe høyere lønnskostnader enn budsjettert for øremerkede prosjekter samt frikjøp av personell til DIPS Fase 2 (gir tilsvarende inntekt). Lavere kostnader enn budsjettert til årets lønnsoppgjør og budsjettert reserve (ikke fordelt til klinikkene) er inkludert i avviket.
Overtid og ekstrahjelp	1 055 762	893 687	-162 075	
Pensjon	2 806 414	2 806 414	0	
Off tilskudd og ref vedr arbeidskraft	-621 269	-503 044	118 225	
Annen lønn	1 599 647	1 543 752	-55 894	
Avskrivninger	780 814	790 166	9 352	Avskrivningene er noe lavere enn budsjettert. Faktiske avskrivninger henger sammen med tidspunkt for ibruktageelse.
Nedskrivninger	39 974	0	-39 974	Det er kostnadsført nedskrivninger relatert til bygg på 40 mnok.
Andre driftskostnader	2 690 075	2 618 300	-71 775	Andre driftskostnader er 71 mnok høyere enn budsjettert. Avviket består av flere mindre avvik på flere områder. Blant annet er kostnadene til pasientreiser høyere enn budsjettert. Energikostnadene er noe lavere enn budsjettert.
Sum driftskostnader	20 285 660	19 895 642	-390 018	
Finansinntekter	-77 445	-79 487	-2 042	Positivt bidrag fra datterselskap, på 8 mnok, samt lavere rentekostnader bidrar til positivt finansresultat.
Finanskostnader	68 534	90 608	22 074	
Netto finans	-8 911	11 121	20 032	
TOTALT	105 550	160 416	-54 866	

3.3 Økonomisk resultat – per klinikk

Rapportering November 2015 tall i hele 1000 kr	November				Hittil i år			
Økonomisk resultat	Resultat	Budsjett	Avvik	Avvik i %	Resultat	Budsjett	Avvik	Avvik i %
Klinikk psykisk helse og avhengighet	-7 199	0	-7 199	-4,1 %	-39 789	0	-39 789	-2,2 %
Medisinsk klinikk	-6 844	0	-6 844	-6,0 %	-35 511	0	-35 511	-3,1 %
Klinikk for kirurgi og nevrofag	-26 490	0	-26 490	-11,9 %	-110 602	0	-110 602	-5,0 %
Kvinne- og barneklubben	-9 216	-21	-9 196	-5,9 %	-56 513	17	-56 529	-3,5 %
Klinikk for kreft, kirurgi og transplantasjon	-6 625	0	-6 625	-2,7 %	-121 414	0	-121 414	-4,8 %
Hjerte-, lunge- og karklubben	-7 950	0	-7 950	-7,6 %	-69 685	0	-69 685	-6,5 %
Akuttklubben	1 992	0	1 992	0,9 %	-14 591	0	-14 591	-0,6 %
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	-2 168	0	-2 168	-1,0 %	21 393	0	21 393	1,0 %
Oslo sykehusservice	-347	0	-347	-0,2 %	347	0	347	0,0 %
Konsern	2 484	2 152	332	-	21 937	13 487	8 450	-
Fellesposter	67 242	12 452	54 790	44,7 %	475 262	146 912	328 349	27,5 %
Direktørensstab	197	0	197	0,2 %	34 717	0	34 717	2,4 %
Sum OUS	5 077	14 583	-9 506	-0,5 %	105 550	160 416	-54 866	-0,3 %

(*)

3.4 Kommentarer til klinikkenes avvik

Klinikk	Avvik i mnok	Overordnet beskrivelse av avvik
Klinikk psykisk helse og avhengighet	-40	Det negative avviket skyldes hovedsakelig lønnskostnader (overtid og ekstrahjelp), samt høye medikamentkostnader (LAR) og innleie av helsepersonell. Dette motvirkes noe av et positivt avvik på gjestepasienter og andre inntekter. Resultatet inkluderer noe høyere husleie- og flyttekostnader enn
Medisinsk klinikk	-36	Samlet inntekt er høyere enn forventet og dette skyldes noe høyere aktivitet enn budsjettert (ISF-inntekter, egenandeler mv). Høy aktivitet gir høyere varekostnader enn budsjettert. Økt innleie (høyt sykefravær ved Medisinsk intensiv og Dialyseenheten) og andre driftskostnader (blant annet tolketjenester) trekker ned resultatet.
Klinikk for kirurgi og nevrofag	-111	Aktiviteten er over plantall for de fleste avdelingene. Dette gir positivt avvik på inntektssiden. Det er et stort merforbruk på kostnadssiden særlig for lønn, innleie og varekostnader. Høye varekostnader henger i stor grad sammen med høy aktivitet, men skyldes også noe aktivitetsvridning. Innleie skyldes mangel på personell ved enkelte enheter samt høy aktivitet ved de nevrokirurgiske sengepostene.
Kvinne- og barneklubben	-57	Klinikken har et negativt resultat i hovedsak pga lav aktivitet hos Avdeling for gynekologisk kreft, Barnemedisinsk avdeling og Barneavdeling for Nevrofag, samt stort merforbruk på innleie og lønn på flere
Kreft-, kirurgi og transplantasjonsklubben	-121	Klinikkens resultat så langt i år er preget av at klubben har mindre aktivitet enn planlagt. Avviket knyttet til ISF/aktivitet utgjør 42 millioner av det negative avviket. Klubben har også stor avvik på personalkostnader (inkl innleie) og varekostnader. Avviket på varekostnader (medikament) skyldes delvis kostnadene til medikamentet ipilimumab som skal viderefaktureres til andre helseforetak i HSØ. Det gir negativt avvik på varekostnadene og positivt avvik på inntektene.
Hjerte-, lunge- og karklubben	-70	Klinikkens negative avvik kan relateres til lavere aktivitet enn budsjettert, særlig ved Thoraxkirurgisk avdeling. Det er utført flere PCI enn budsjettert pga. av at overføringen til AHUS ikke har trådt i kraft. Klubben har høye innleiekostnader fra vikarbyrå (vakante stillinger).
Akuttklubben	-15	Klinikkens akkumulerte merforbruk relateres til høyere lønnskostnader (inkludert innleie) enn budsjettert, samt høyere kostnader til pasientreiser enn budsjettert og at andre driftskostnader er noe høyere enn
Klinikk for diagn. og intervensjon	21	Resultat viser et positivt avvik på inntektene (hovedsakelig Avdeling for medisinsk genetikk). Klubben har høye varekostnader og variabel lønn er høyere enn forutsatt i budsjettet.
Oslo sykehusservice	0	Flere små avvik, både positive og negative, gir at resultat per november som budsjettert. Blant annet er det et positivt avvik hva gjelder energikostnader (7 mnok), mens kostnadene til behandlingshjelpemidler er tilsvarende negative.
Stab	35	Positivt resultat i STAB (eksl. IKT) på 13 mnok og positivt resultat vedr. IKT (22 mnok) som skyldes reduserte kostnader fra 2014, lavere prognose vedrørende DIPS Fase 2 og reduserte kostnader i egen IKT-
Fellesposter mv	337	Positivt avvik på fellesposter skyldes budsjettert reserve, lavere kostnader til årets lønnsoppgjør enn budsjettert, salg av eiendom, periodiseringer fra 2014, noe lavere avskrivninger enn budsjettert og positiv effekt av netto finans (inkl. AS'ene). Ikke budsjetterte nedskrivninger relatert til endringer i arealbruk bidrar negativt. Oppløsning av avsetning forskjøvet arbeidstid bidrar også positivt.
Samlet avvik	-55	

3.5 Lønnskostnader ekskl. pensjon

Total lønn ekskl. pensjon i 1000 kr. Inklusive øremerkede midler	nov 2015			HiÅ			HiF	Endring	
	Resultat	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Resultat	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Resultat	I 1000 kr	i %
PHA	132 466	-7 162	-5,7 %	1 359 525	-20 482	-1,5 %	1 312 088	47 438	3,6 %
MED	79 997	-6 775	-9,3 %	796 575	-37 095	-4,9 %	760 961	35 614	4,7 %
KKN	141 742	-14 422	-11,3 %	1 423 602	-73 252	-5,4 %	1 361 300	62 302	4,6 %
KVB	109 996	-4 274	-4,0 %	1 141 405	-26 535	-2,4 %	1 081 451	59 954	5,5 %
KKT	154 513	-10 089	-7,0 %	1 580 857	-57 466	-3,8 %	1 496 462	84 395	5,6 %
HLK	59 082	-4 804	-8,9 %	607 068	-32 905	-5,7 %	578 619	28 449	4,9 %
AKU	152 823	-3 584	-2,4 %	1 575 093	-19 422	-1,2 %	1 495 550	79 543	5,3 %
KDI	133 438	-4 915	-3,8 %	1 358 606	-10 823	-0,8 %	1 273 585	85 021	6,7 %
OSS	84 004	-1 946	-2,4 %	855 291	6 203	0,7 %	830 994	24 297	2,9 %
STAB	27 033	-3 910	-16,9 %	248 064	-788	-0,3 %	229 573	18 491	8,1 %
FPO	-4 244	33 194	114,7 %	20 429	193 283	90,4 %	126 655	-106 225	-83,9 %
OUS	1 081 516	-28 812	-2,7 %	11 061 982	-72 749	-0,7 %	10 631 666	430 316	4,0 %

3.5 Innleiekostnader

Innleie i 1000 kr. Inklusive øremerkede midler	nov 2015			HiÅ			HiF	Endring	
	Resultat	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Resultat	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Resultat	I 1000 kr	i %
PHA	762	-719	-1665,6 %	6 872	-6 396	-1342,8 %	4 400	2 473	56,2 %
MED	1 514	-470	-45,1 %	13 970	-3 301	-30,9 %	11 036	2 934	26,6 %
KKN	4 506	-2 608	-137,5 %	42 795	-21 119	-97,4 %	39 102	3 692	9,4 %
KVB	1 513	211	12,2 %	47 206	-22 552	-91,5 %	46 778	428	0,9 %
KKT	1 080	-163	-17,8 %	18 491	-7 340	-65,8 %	22 247	-3 755	-16,9 %
HLK	2 768	-1 312	-90,1 %	24 604	-9 176	-59,5 %	23 719	885	3,7 %
AKU	4 870	603	11,0 %	45 157	-1 639	-3,8 %	54 299	-9 142	-16,8 %
KDI	179	-48	-36,2 %	1 143	311	21,4 %	2 183	-1 040	-47,7 %
OSS	-14	14	0,0 %	37	-37	0,0 %	925	-889	-96,0 %
STAB								-	-
FPO									
OUS	17 178	-4 493	-35,4 %	200 274	-71 249	-55,2 %	204 689	-4 414	-2,2 %

3.5 Varekostnader per klinikk

Varekostnader knyttet til FG i 1000 kr. Inklusive øremerkede midler	nov			HiÅ			HiF	Endring	
	Resultat	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Resultat	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Resultat	I 1000 kr	i %
PHA	6 055	-1 876	-44,9 %	59 410	-13 063	-28,2 %	55 886	3 524	6,3 %
MED	11 996	-133	-1,1 %	127 937	-3 950	-3,2 %	119 547	8 390	7,0 %
KKN	39 389	-5 116	-14,9 %	381 055	-38 993	-11,4 %	335 420	45 636	13,6 %
KVB	9 793	170	1,7 %	107 130	-1 366	-1,3 %	102 623	4 507	4,4 %
KKT	49 504	-6 242	-14,4 %	480 587	-21 234	-4,6 %	441 028	39 558	9,0 %
HLK	28 162	-1 554	-5,8 %	294 114	-17 530	-6,3 %	271 560	22 554	8,3 %
AKU	16 695	-524	-3,2 %	172 099	-4 063	-2,4 %	165 973	6 126	3,7 %
KDI	47 975	-464	-1,0 %	500 707	-19 922	-4,1 %	455 803	44 904	9,9 %
OSS	15 236	-2 567	-20,3 %	147 448	-15 736	-11,9 %	136 480	10 969	8,0 %
STAB	13	26	67 %	-381	846	181,8 %	1 337	-1 718	-128,5 %
FPO	9 183	-632	-7,4 %	53 219	40 859	43,4 %	63 300	-10 081	-15,9 %
OUS	233 998	-18 912	-8,8 %	2 323 326	-94 152	-4,2 %	2 148 958	174 368	8,1 %

3.5 Andre driftskostnader per klinikk

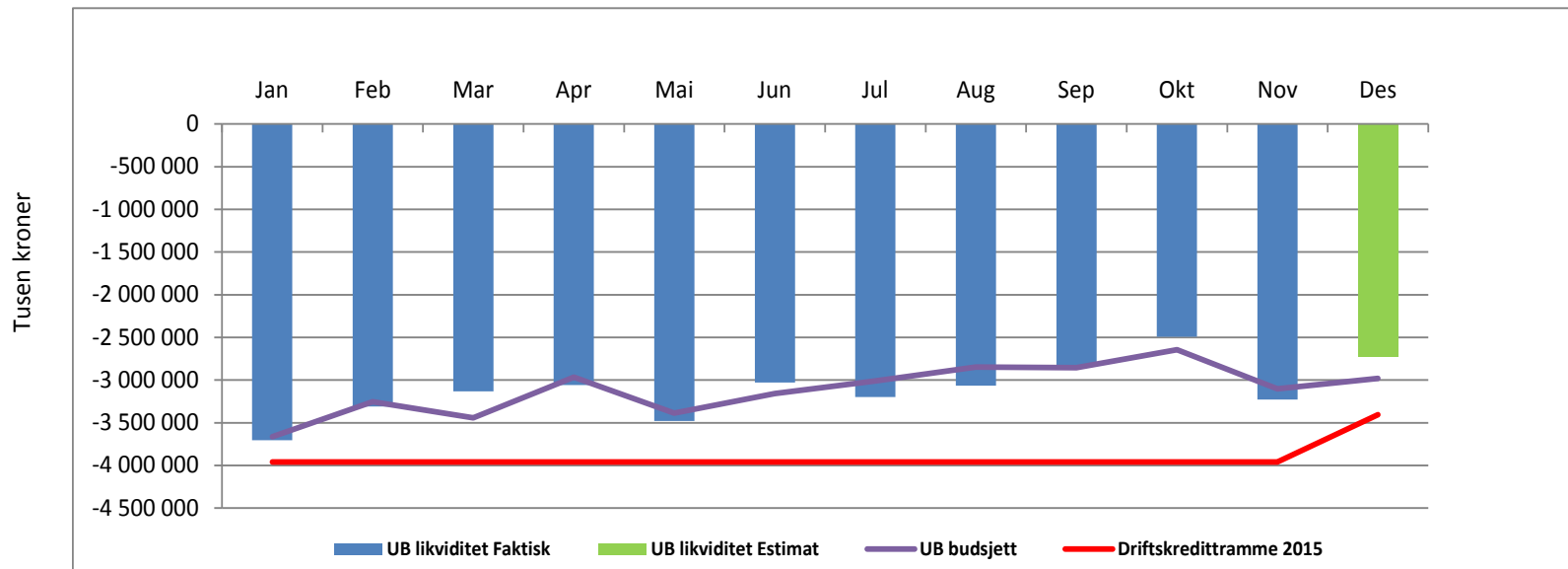
Andre driftskostnader i 1000 kr. Inklusive øremerkede midler.	nov			HiÅ			HiF	Endring	
	Resultat	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Resultat	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Resultat	I 1000 kr	i %
PHA	10 501	-1 962	-23,0 %	110 647	-9 687	-9,6 %	117 580	-6 933	-5,9 %
MED	3 574	-1 294	-56,8 %	36 389	-11 248	-44,7 %	33 506	2 883	8,6 %
KKN	6 481	-1 694	-35,4 %	61 442	-8 606	-16,3 %	58 644	2 798	4,8 %
KVB	5 728	219	3,7 %	52 631	9 431	15,2 %	68 211	-15 580	-22,8 %
KKT	11 265	-3 976	-54,5 %	97 457	-19 144	-24,4 %	99 060	-1 603	-1,6 %
HLK	3 875	-2 035	-110,6 %	31 572	-11 265	-55,5 %	28 097	3 475	12,4 %
AKU	26 474	468	1,7 %	265 093	-13 768	-5,5 %	247 596	17 497	7,1 %
KDI	9 094	117	1,3 %	102 202	-501	-0,5 %	106 455	-4 253	-4,0 %
OSS	93 270	-7 751	-9,1 %	831 628	-14 922	-1,8 %	791 948	39 680	5,0 %
STAB	94 456	-2 117	-2,3 %	1 017 931	14 396	1,4 %	944 329	73 602	7,8 %
FPO	533	1 338	71,5 %	34 252	-8 587	-33,5 %	-16 717	50 970	-304,9 %
OUS	270 086	-19 454	-7,8 %	2 690 075	-71 775	-2,7 %	2 508 728	181 347	7,2 %

3.5 Resultat for datterselskap mv

AS'ene i 1 000 kr	Årsbudsjett	Budsjett	Regnskap	Avvik HiÅ
		HiÅ	HiÅ	
Inven2	-3 954	-3 625		-3 625
Norsk Medisinsk Syklotronsenter AS	-1 060	-900	-2 098	1 198
Radpark AS	-2 488	-2 281	-4 059	1 778
Sophies Minde AS	-6 370	-6 159	-14 770	8 611
Sykehotell AS	-569	-522	-1 010	488
Totalt	-14 441	-13 487	-21 937	8 450

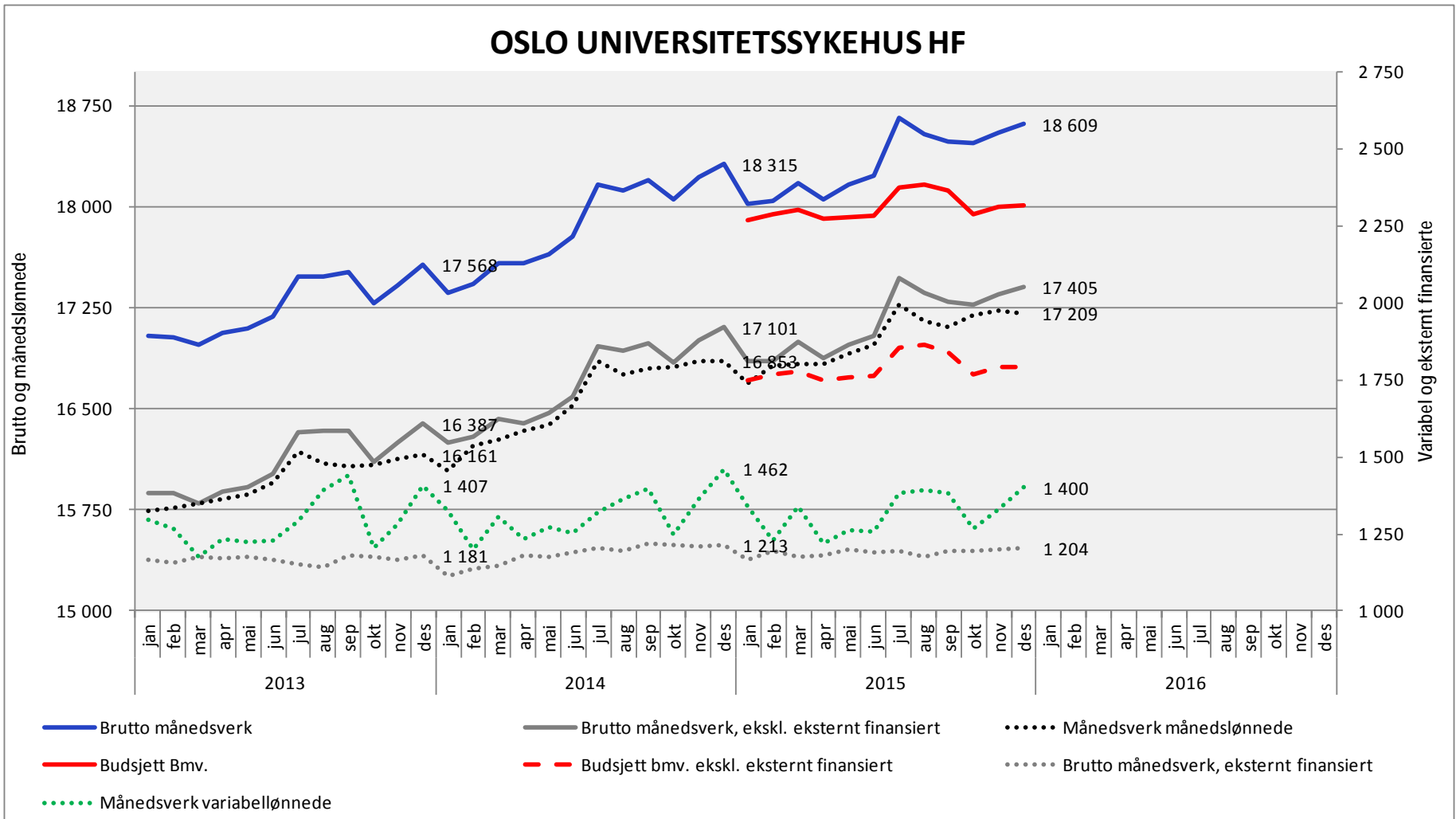
3.6 Likviditet

Utvikling likviditet
(utgående saldo ved periodeslutt)



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

4.1 Bemanningsutvikling



4.2 Bemanningsindikatorer

OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF	Denne måned			Hittil i 2015				2015 mot 2014			
	DESEMBER 2015	Budsjett	Avvik fra budsjett	Pr DESEMBER	Budsjett	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Δ DESEMBER 2015 mot DESEMBER 2014	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor	%-vis endring
Brutto månedsverk	18 609	18 006	604	18 333	17 996	337	1,9 %	295	1,6 %	463	2,5 %
Brutto månedsverk, ekskl. eksternt finansiert	17 405	16 813	592	17 144	16 804	340	2,0 %	304	1,7 %	457	2,7 %
Brutto månedsverk, eksternt finansiert	1 204	1 193	12	1 189	1 193	-3	-0,3 %	-9	-0,7 %	7	0,6 %
Innleie fra vikarbyrå		138	-	173	131	42	31,9 %	-	-	-	-
Månedsverk månedslønnede	17 209	16 801	408	17 017	16 810	207	1,2 %	356	2,1 %	459	2,7 %
Månedsverk variabellønnede	1 400	1 201	199	1 316	1 184	132	11,2 %	-61	-4,4 %	4	0,3 %
Netto månedsverk nasj. ind.	15 431			14 703				192	1,2 %	349	2,4 %
Sykefraværspersent	7,1			7,3				0,1	0,4 %	0,2	2,3 %

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 månedsverk, Intern finansiering	Denne måned			Hittil i 2015				2015 mot 2014			
	DESEMBER 2015	Budsjett	Avvik fra budsjett	Pr DESEMBER	Budsjett	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Δ DESEMBER 2015 mot DESEMBER 2014	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor	%-vis endring
PHA	2 185	2 109	77	2 189	2 134	56	2,6 %	-14	-0,6 %	33	1,5 %
MED	1 290	1 221	69	1 273	1 211	63	5,2 %	23	1,8 %	24	1,9 %
KKN	2 282	2 085	197	2 218	2 083	135	6,5 %	62	2,7 %	60	2,7 %
KVB	1 747	1 677	70	1 722	1 690	32	1,9 %	36	2,1 %	68	3,9 %
KKT	2 318	2 242	76	2 302	2 247	55	2,5 %	47	2,0 %	65	2,8 %
HLK	853	770	84	840	777	64	8,2 %	8	0,9 %	17	2,1 %
AKU	2 469	2 383	86	2 415	2 365	50	2,1 %	63	2,6 %	83	3,4 %
KDI	2 103	2 082	21	2 066	2 062	4	0,2 %	69	3,3 %	76	3,7 %
OSS	1 936	1 873	63	1 904	1 865	39	2,1 %	1	0,0 %	27	1,4 %
OUS	17 405	16 813	592	17 144	16 706	438	2,6 %	304	1,7 %	457	2,7 %

4.3 Månedsværk fordelt på stillingskategorier

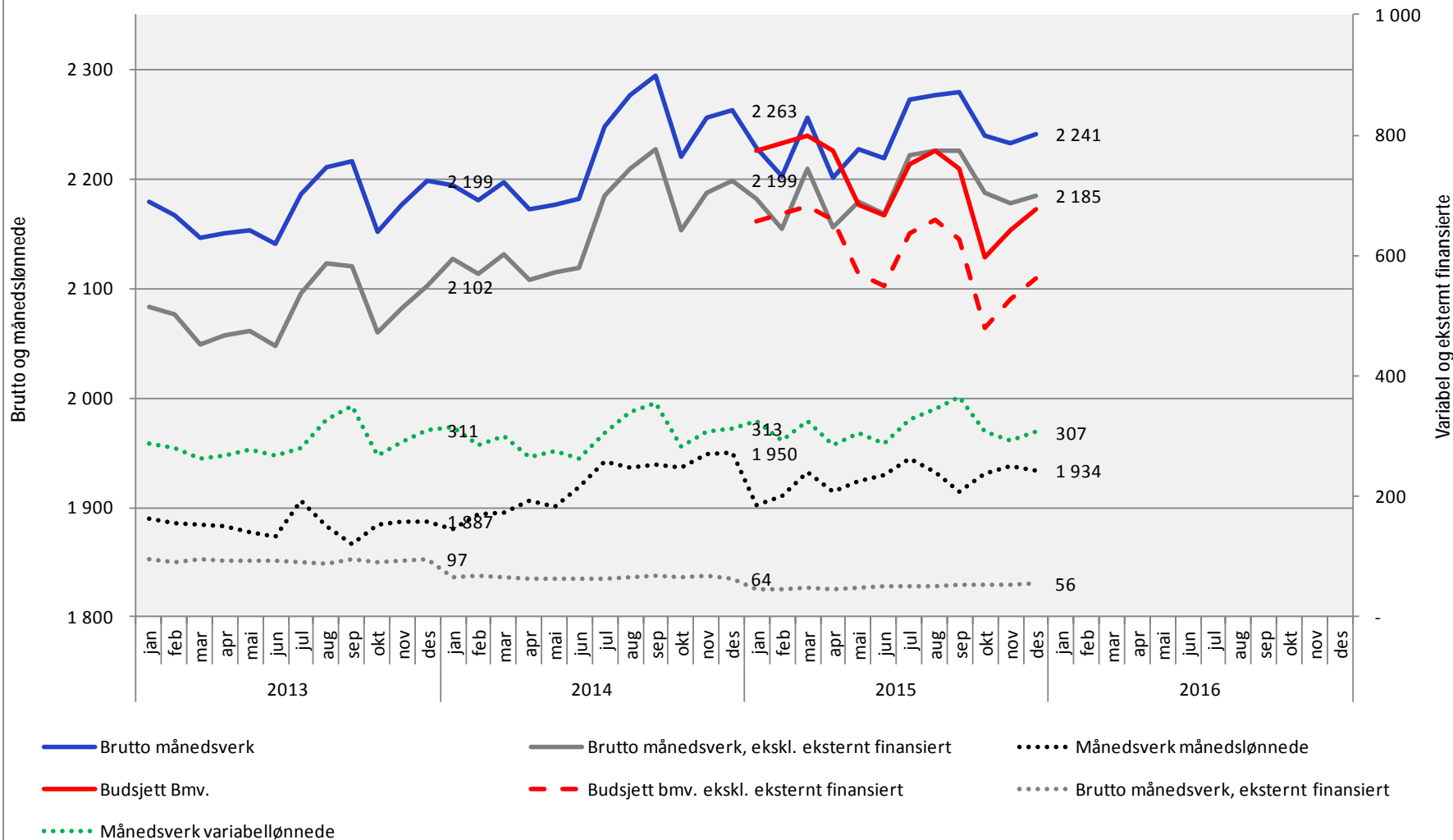
Brutto månedsværk ekskl eksternt finansiert	Forrige periode	Denne periode	Hittil 2014	Hittil 2015	2015 mot 2014				Stillingskategoriernes gjennomsnittlige andel		
	NOV 2015	DES 2015	Pr. DES 2014	Pr. DES 2015	Δ DES 2015 mot DES 2014	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor	%-vis endring	Andel 2014	Andel 2015	Relativ endring
(1) Administrasjon/Ledelse	2 892	2 918	2 800	2 869	55	1,9 %	69	2,5 %	16,8 %	16,7 %	-0,3 %
(2) Pasientrettede stillinger	1 454	1 473	1 484	1 498	-5	-0,3 %	14	1,0 %	8,9 %	8,7 %	-1,7 %
(3) Leger	2 445	2 446	2 325	2 401	61	2,6 %	76	3,3 %	13,9 %	14,0 %	0,5 %
(3a) Overleger	1 477	1 484	1 396	1 455	48	3,3 %	59	4,2 %	8,4 %	8,5 %	1,4 %
(3b) LIS-leger	919	910	881	897	20	2,2 %	16	1,8 %	5,3 %	5,2 %	-0,9 %
(3c) Turnusleger	49	52	48	49	-6	-11,2 %	1	2,5 %	0,3 %	0,3 %	-0,3 %
(4) Psykologer	275	277	253	269	19	7,3 %	15	6,1 %	1,5 %	1,6 %	3,2 %
(5) Sykepleier	6 055	6 021	5 706	5 900	107	1,8 %	193	3,4 %	34,2 %	34,4 %	0,6 %
(6) Helsefagarbeider/hjelpepleier	532	543	570	546	-31	-5,4 %	-24	-4,1 %	3,4 %	3,2 %	-6,7 %
(7) Diagnostisk personell	1 447	1 442	1 388	1 432	28	2,0 %	43	3,1 %	8,3 %	8,4 %	0,4 %
(8) Apotekstillinger	2	2	2	2	0	0,6 %	0	1,0 %	0,0 %	0,0 %	-1,7 %
(9) Drifts/teknisk personell	1 493	1 514	1 453	1 497	30	2,0 %	44	3,0 %	8,7 %	8,7 %	0,3 %
(10) Ambulansepersonell	547	551	492	522	29	5,6 %	30	6,1 %	2,9 %	3,0 %	3,3 %
(11) Forskning	210	218	213	208	12	5,8 %	-5	-2,2 %	1,3 %	1,2 %	-4,8 %
(99) Ukjente	-	-	0	0	-0	-100,0 %	-0	-14,8 %	0,0 %	0,0 %	-17,0 %
Alle stillingsgrupper	17 352	17 405	16 687	17 144	304	1,8 %	457	2,7 %	100,0 %	100 %	0,0 %

4.4 Andel deltid per klinikk

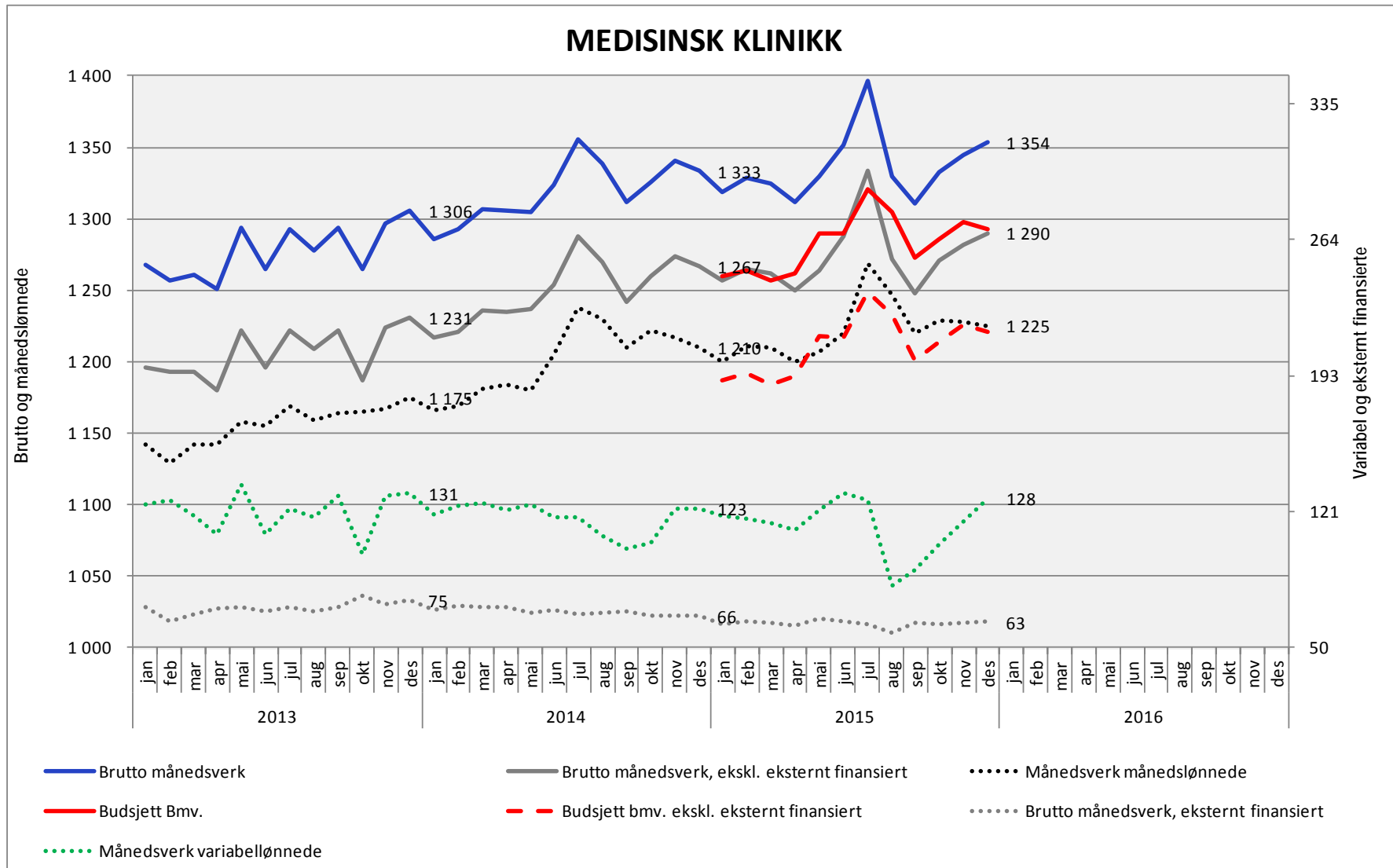
Deltid - fast ansatte - Totalt DESEMBER						
Klinikk	Antall ansatte	Hvorav deltid	Andel deltid	Gj.snittlig juridisk stillingsprosent	Korrigert andel deltid	Gj.snittlig korr. Stillingsprosent
PHA	1 899	441	23,2 %	93,8 %	15,3 %	94,7 %
MED	1 107	324	29,3 %	91,3 %	25,6 %	92,1 %
KKN	1 950	562	28,8 %	93,1 %	18,8 %	94,0 %
KVB	1 720	630	36,6 %	92,7 %	26,8 %	93,9 %
KKT	2 031	472	23,2 %	96,7 %	12,4 %	97,6 %
HLK	753	141	18,7 %	97,4 %	8,4 %	98,5 %
AKU	2 271	445	19,6 %	98,1 %	10,2 %	98,6 %
KDI	1 965	334	17,0 %	97,2 %	6,3 %	98,1 %
OSS	1 796	201	11,2 %	96,6 %	5,8 %	97,1 %
DST	214	19	8,9 %	97,4 %	5,1 %	97,9 %
OUS	15 758	3 562	22,6 %	95,9 %	13,9 %	96,8 %

4.5 Bemanningsutvikling PHA

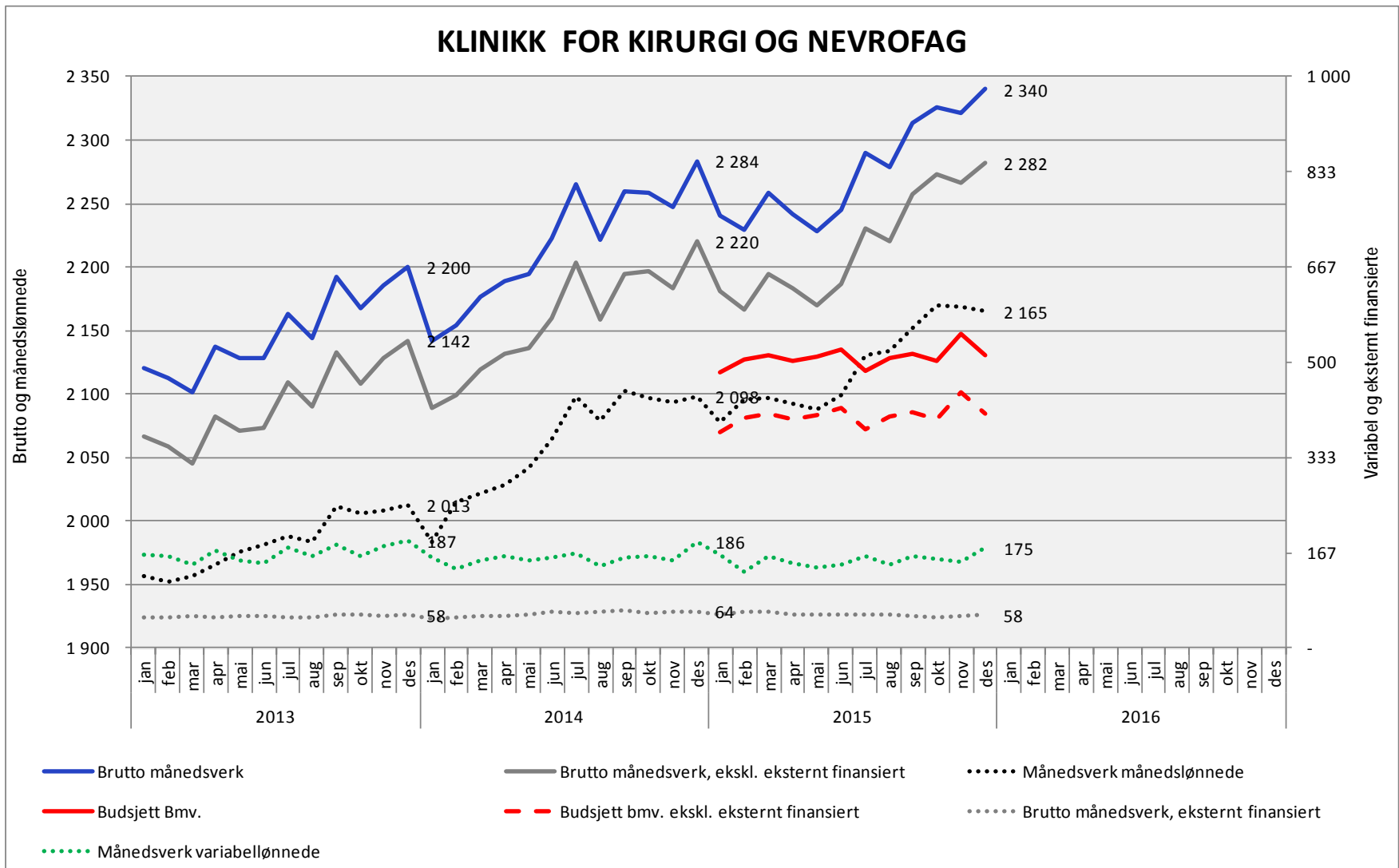
KLINIKK PSYKISK HELSE OG AVHENGIGHET



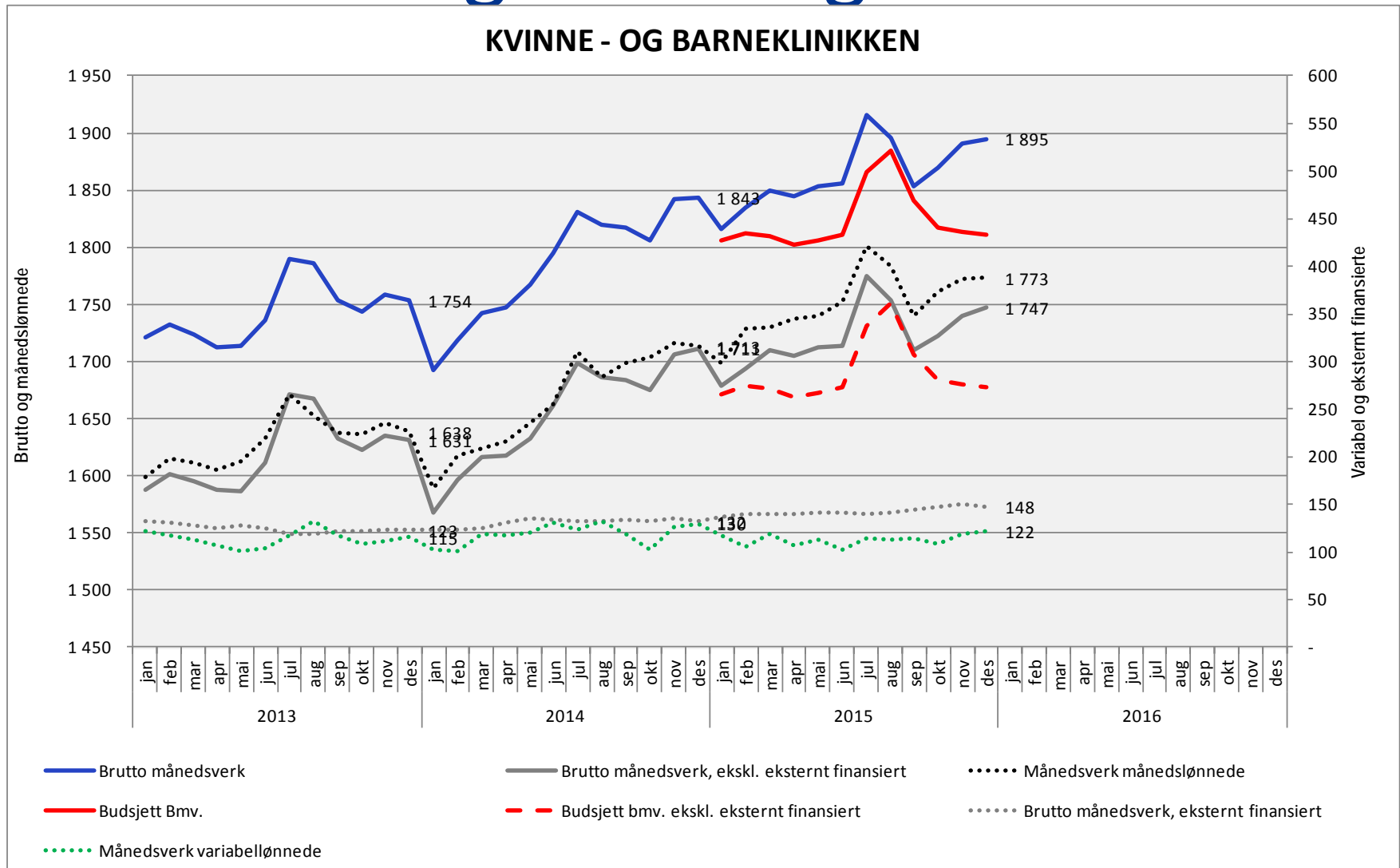
4.5 Bemanningsutvikling MED



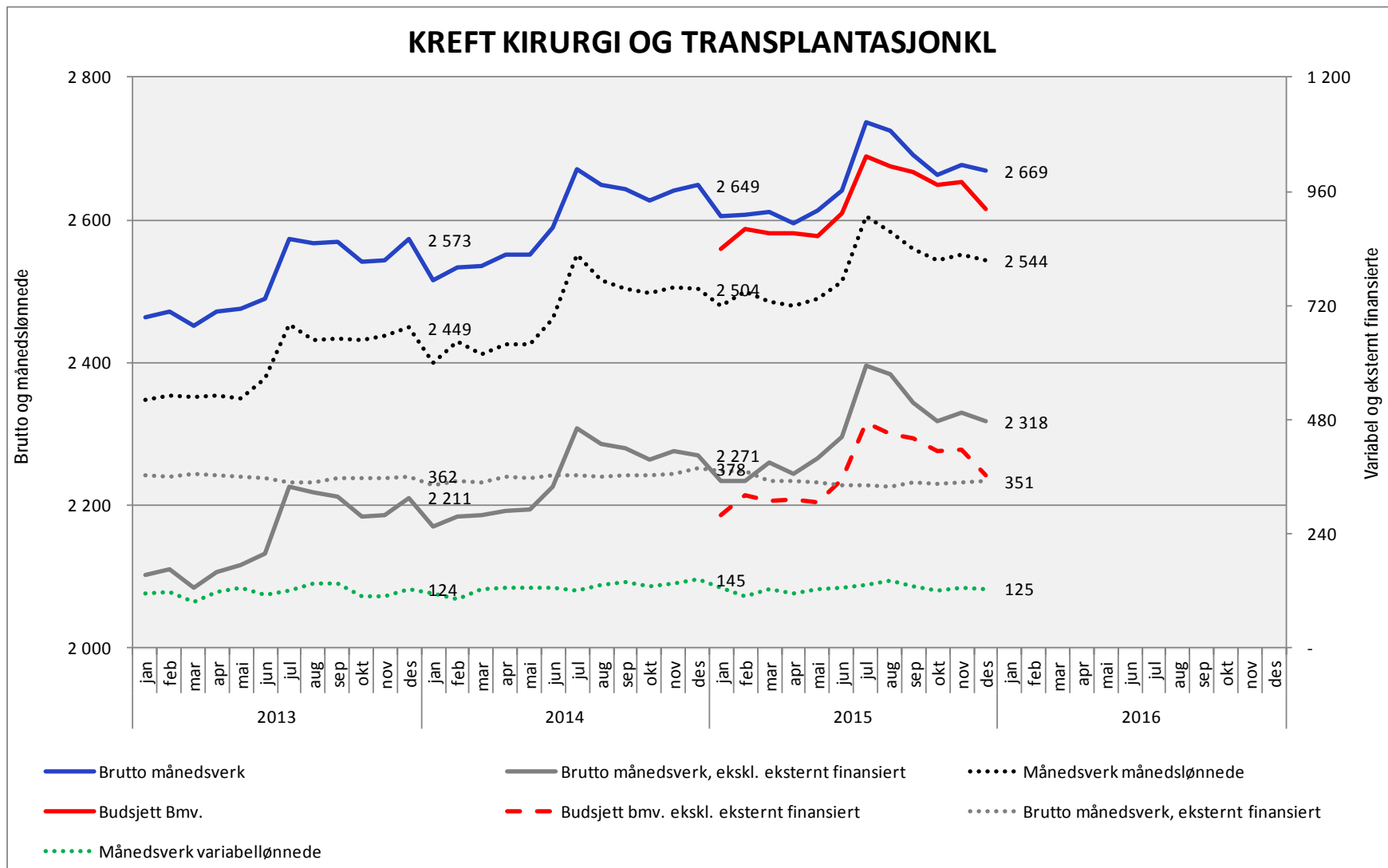
4.5 Bemanningsutvikling KKN



4.5 Bemanningsutvikling KVB

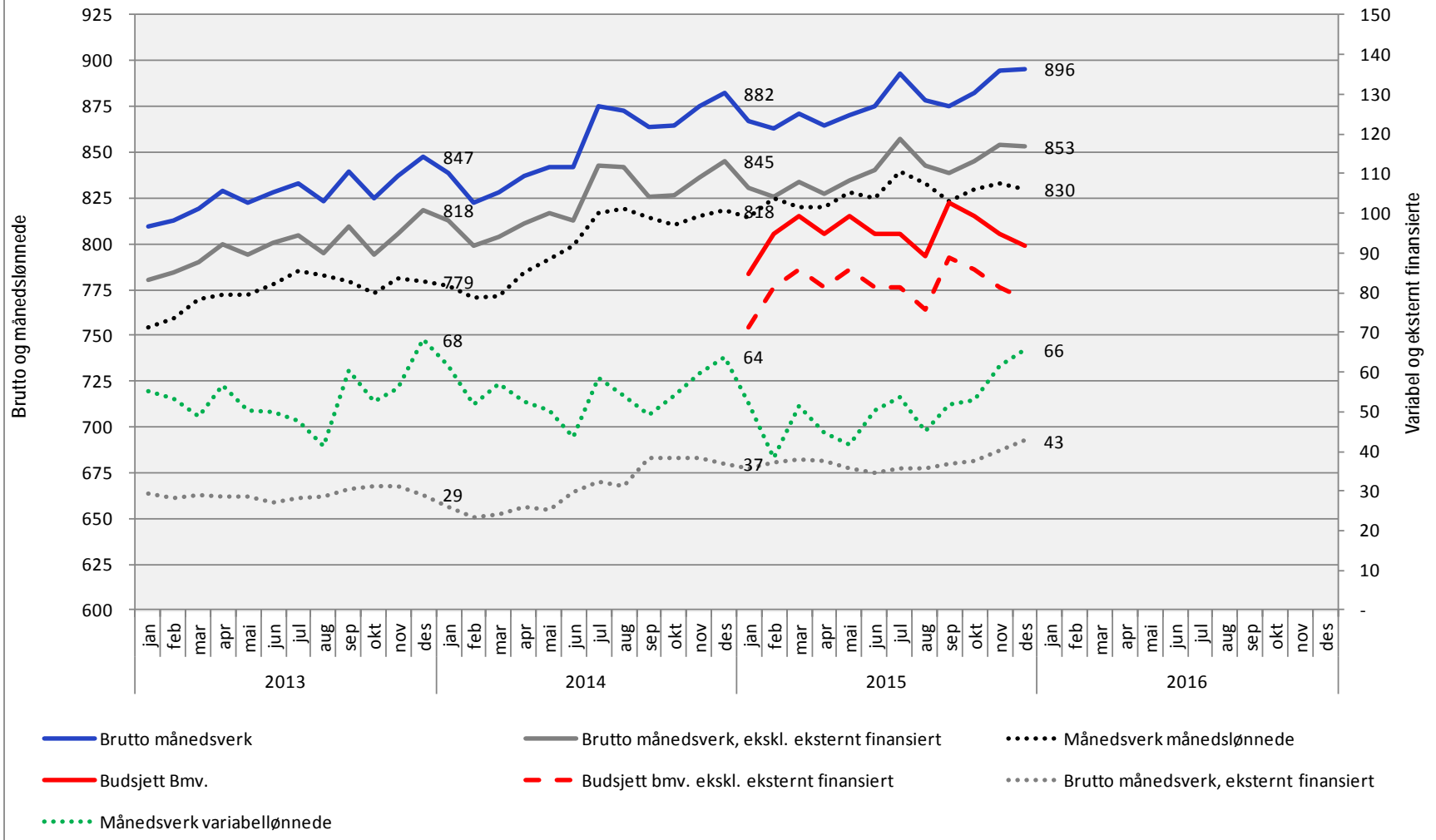


4.5 Bemanningsutvikling KKT

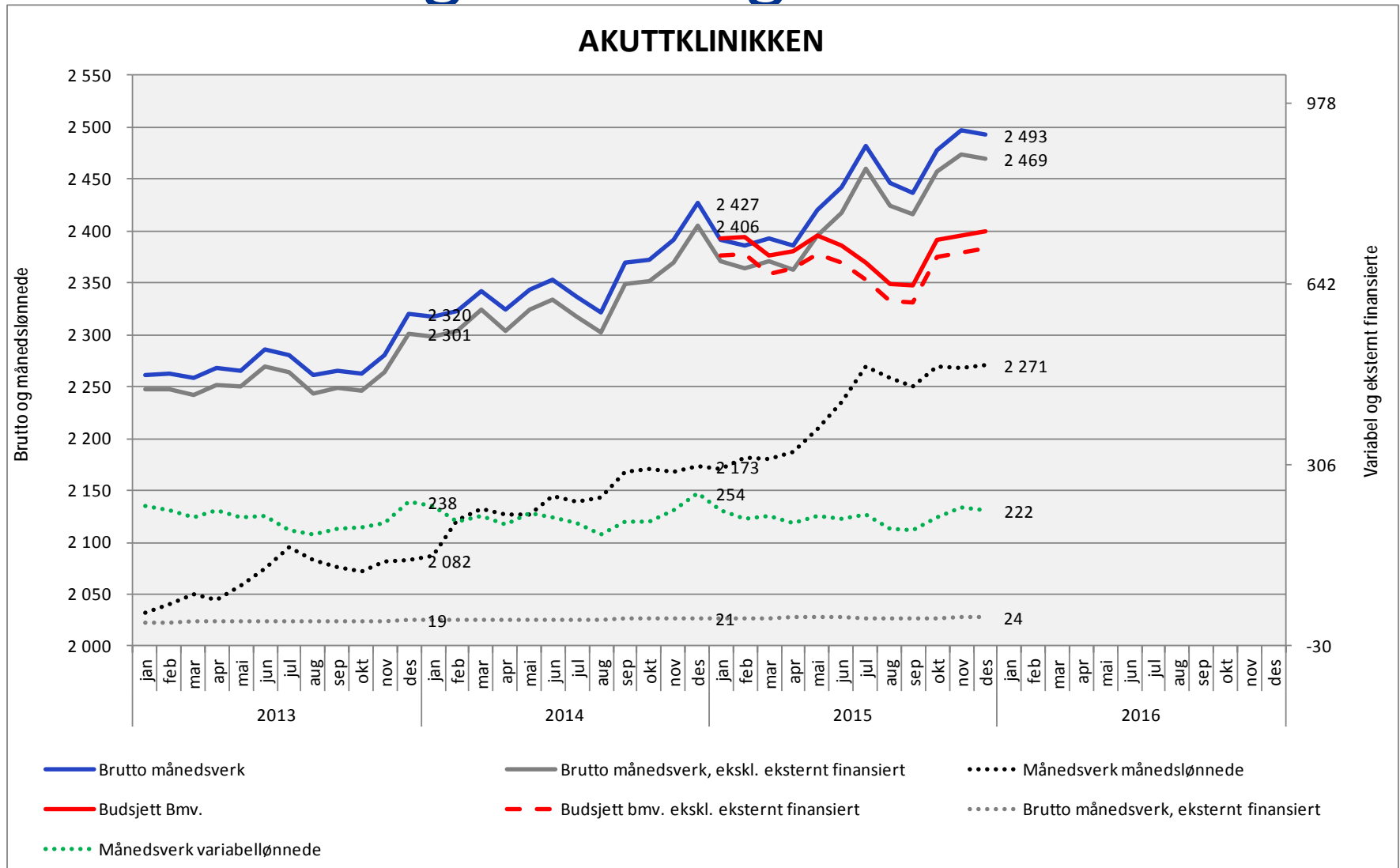


4.5 Bemanningsutvikling HLK

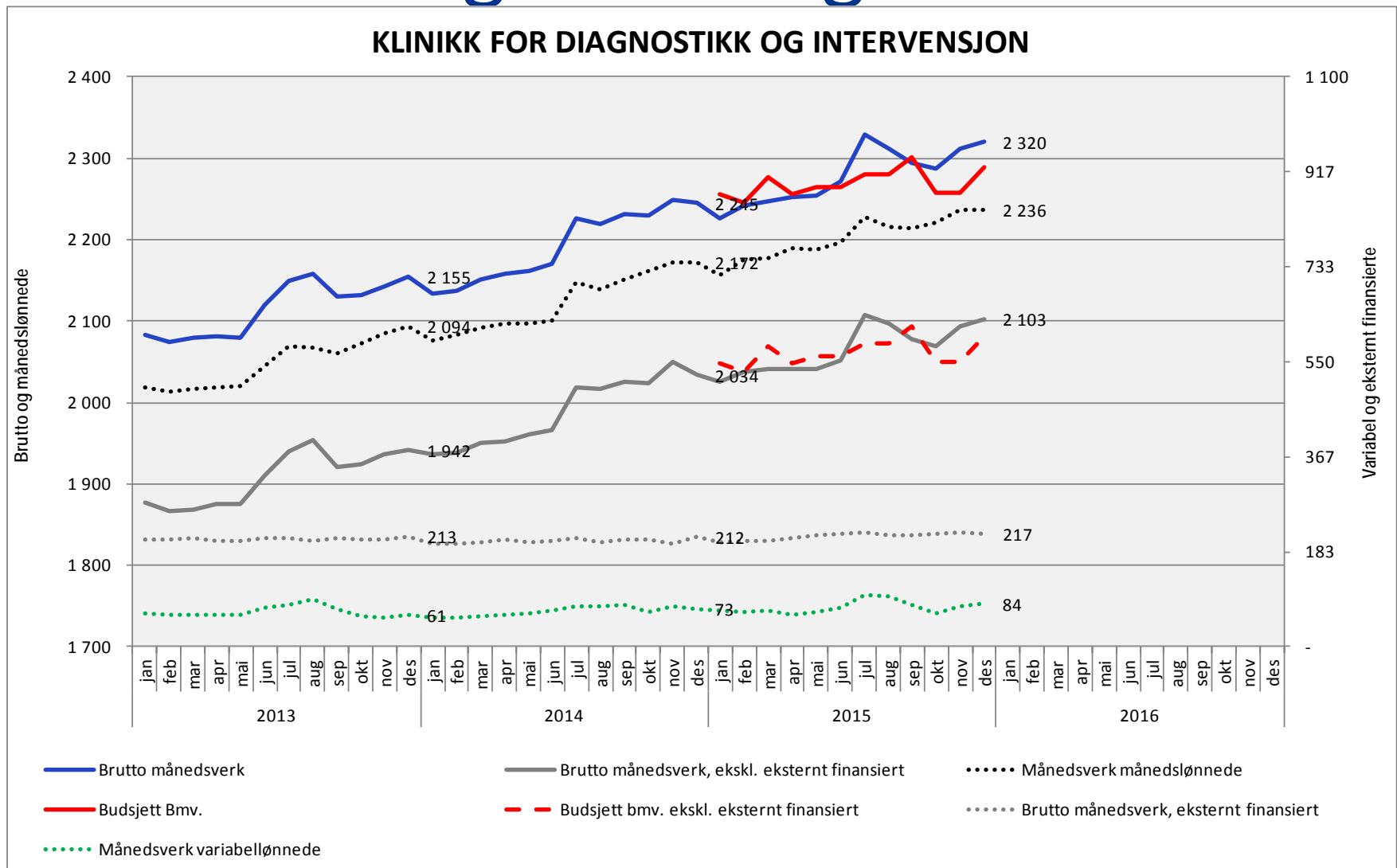
HJERTE-, LUNGE- OG KARKLINIKKEN



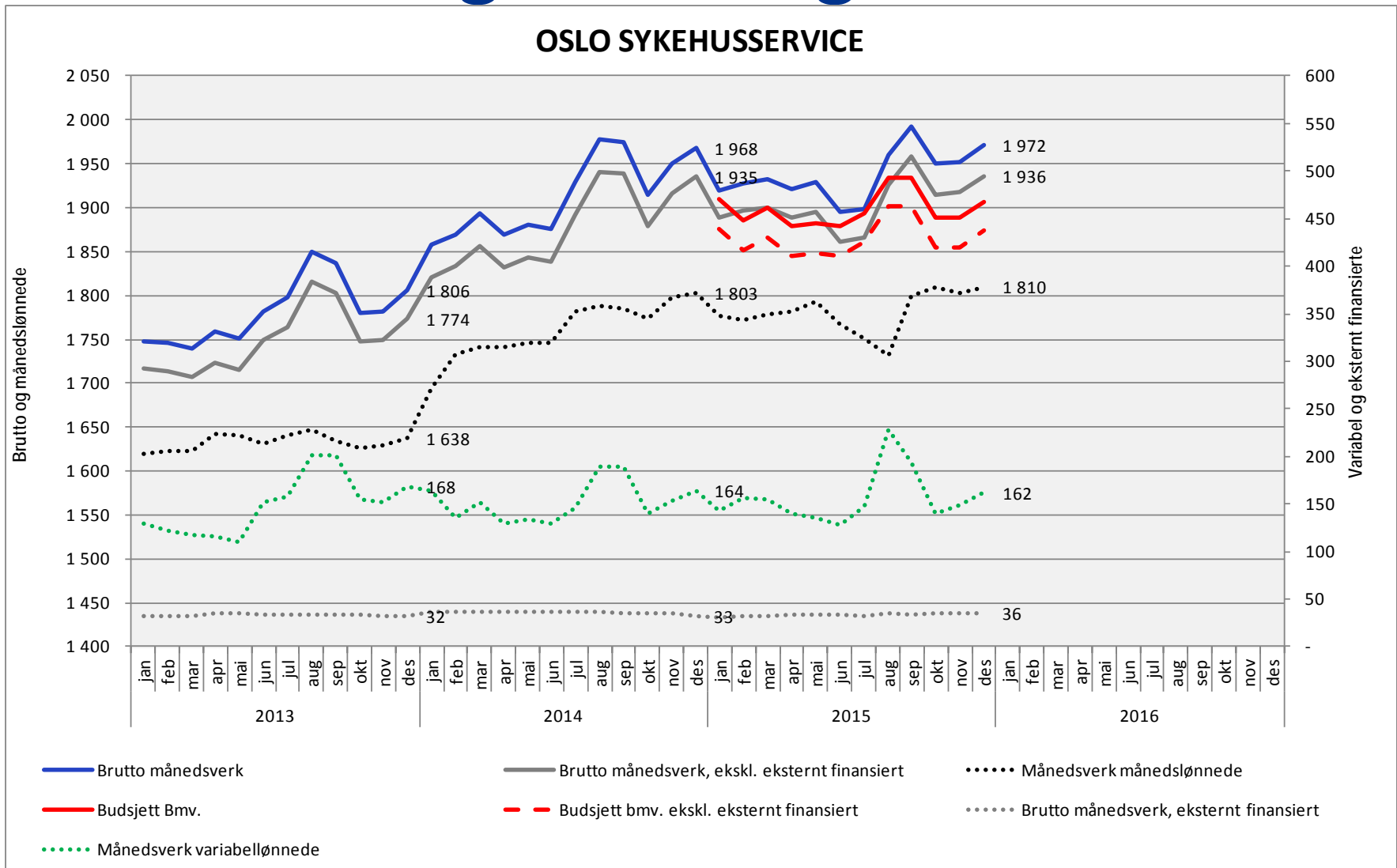
4.5 Bemanningsutvikling Akutt



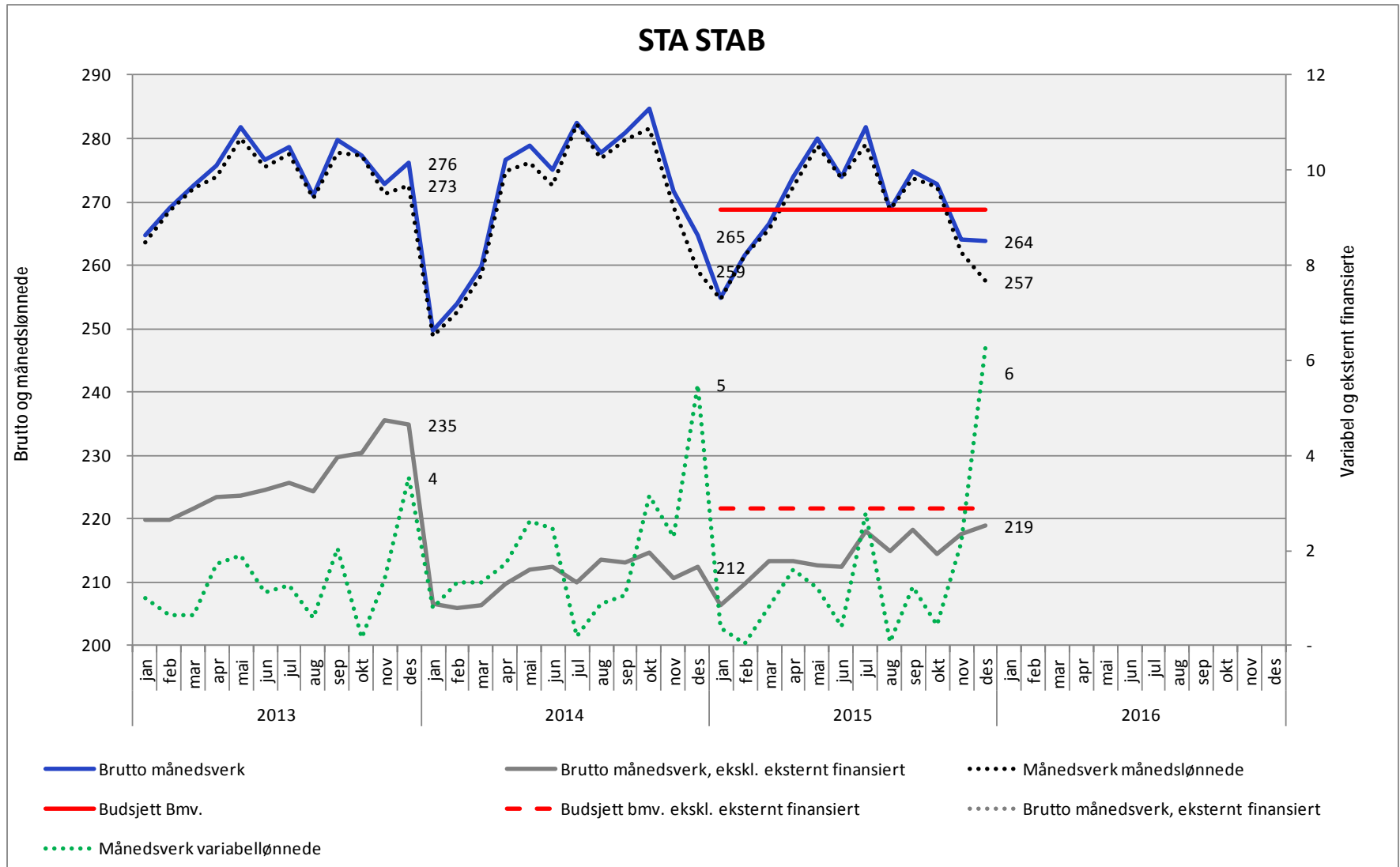
4.5 Bemanningsutvikling KDI



4.5 Bemanningsutvikling OSS

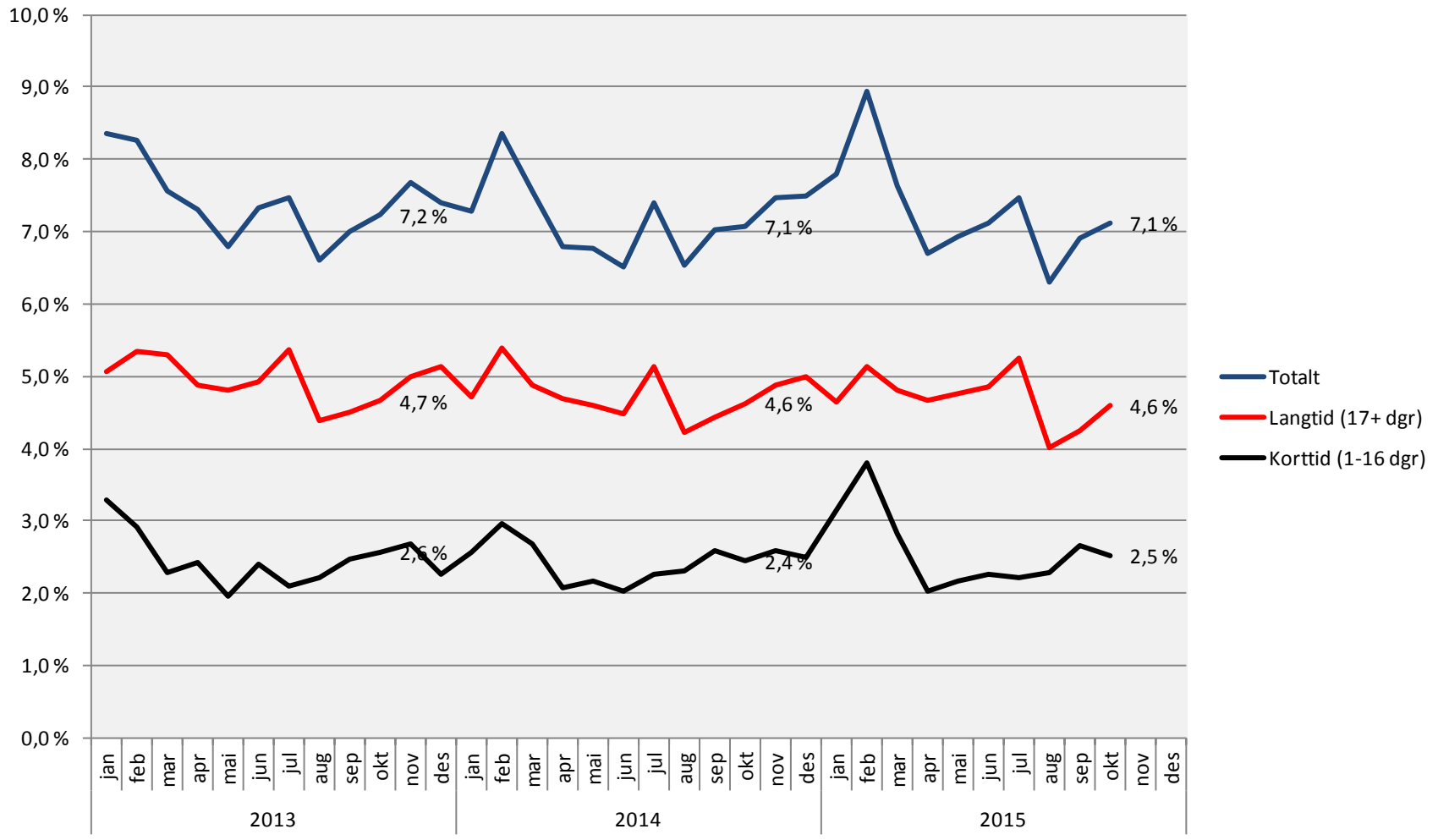


4.5 Bemanningsutvikling DST



4.6 Sykefravær

Utvikling sykefraværsprosent 2013-2015



4.7 Sykefravær per klinikk

Sykefraværslengde per oktober 2015							
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 %	1,4 %	2,8 %	1,5 %	3,8 %	5,3 %	8,0 %
MED	1,2 %	1,2 %	2,4 %	1,1 %	3,6 %	4,7 %	7,1 %
KKN	1,3 %	1,1 %	2,4 %	1,3 %	3,8 %	5,1 %	7,5 %
KVB	1,2 %	1,3 %	2,4 %	1,6 %	3,7 %	5,4 %	7,8 %
KKT	1,2 %	1,1 %	2,4 %	1,2 %	2,9 %	4,2 %	6,5 %
HLK	1,2 %	1,0 %	2,3 %	1,1 %	2,8 %	3,9 %	6,2 %
AKU	1,3 %	1,4 %	2,6 %	1,5 %	3,0 %	4,4 %	7,1 %
KDI	1,4 %	1,1 %	2,6 %	1,3 %	2,8 %	4,1 %	6,7 %
OSS	1,5 %	1,9 %	3,4 %	1,5 %	3,9 %	5,4 %	8,8 %
DST	0,6 %	0,3 %	1,0 %	0,5 %	1,6 %	2,2 %	3,2 %
OUS	1,3 %	1,3 %	2,6 %	1,4 %	3,3 %	4,7 %	7,3 %

Sykefraværslengde per oktober 2015							
Denne periode	Korttid (1-16 dgr)			Langtid (17+ dgr)			sykefravær i %
	1-3 dager	4-16 dager	Sum Korttidsfravær	17-56 dager	> 56 dager	Sum langtidsfravær	
PHA	1,4 %	1,3 %	2,7 %	1,5 %	2,8 %	4,3 %	7,0 %
MED	1,1 %	1,2 %	2,4 %	1,4 %	2,7 %	4,0 %	6,4 %
KKN	1,1 %	1,3 %	2,4 %	1,8 %	3,1 %	4,9 %	7,3 %
KVB	1,1 %	1,0 %	2,1 %	2,3 %	2,9 %	5,2 %	7,4 %
KKT	1,3 %	1,0 %	2,2 %	1,6 %	2,9 %	4,5 %	6,8 %
HLK	1,1 %	1,1 %	2,2 %	1,2 %	3,7 %	4,9 %	7,1 %
AKU	1,3 %	1,4 %	2,7 %	1,7 %	2,9 %	4,5 %	7,2 %
KDI	1,4 %	1,1 %	2,5 %	1,8 %	2,7 %	4,4 %	6,9 %
OSS	1,5 %	1,9 %	3,4 %	1,8 %	3,3 %	5,1 %	8,5 %
DST	0,6 %	0,2 %	0,7 %	0,5 %	2,5 %	3,0 %	3,8 %
OUS	1,3 %	1,2 %	2,5 %	1,7 %	2,9 %	4,6 %	7,1 %

Definisjoner årsverksindikatorer

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

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 17. desember 2015

Saksbehandler: Viseadministrerende direktør økonomi og finans

Vedlegg:

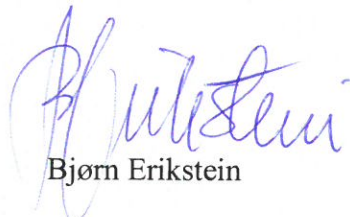
1. Budsjettdokument
2. Områdeplan IKT
3. Investeringsplan bygg
4. Investeringsplan MTU
5. Investeringsplan andre investeringer
6. Drøftingsprotokoll

SAK 78/2015 BUDSJETT 2016

Forslag til vedtak:

1. *Styret legger til grunn et positivt økonomisk resultat på 225 millioner kroner eller bedre som økonomisk styringsmål for 2016.*
2. *Styret vedtar budsjett for Oslo universitetssykehus HF for 2016 slik det fremgår av tabellene 1, 2 og 3 i styresak 78/2015. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å disponere budsjettet i samsvar med beslutninger i foretaksmøte for Oslo universitetssykehus HF, vedtak i styret i Oslo universitetssykehus HF og gitte fullmakter.*
3. *Styret ber administrerende direktør legge de vedlagte investeringsplanene til grunn for investeringene i 2016.*
4. *Administrerende direktør gis fullmakt til å ta opp langsiktige lån fra Helse Sør-Øst RHF og inngå nødvendige leieavtaler for å finansiere investeringer i samsvar med tabell 3 og innenfor gitte fullmakter gitt av Helse Sør-Øst RHF.*
5. *Administrerende direktør gis sammen med styreleder fullmakt til å reinvestere pensjonsmidler i Statens pensjonskasse.*

Oslo den 10. desember 2015



Bjørn Erikstein

1. INNLEDNING

Denne styresaken med vedlegg gir grunnlag for styrets beslutning om budsjett for 2016 for Oslo universitetssykehus HF. De eksterne rammebetingelser i form av rammetildelinger, aktivitetskrav og andre forutsetninger fra Helse Sør-Øst RHF er innarbeidet i de foreslåtte budsjettene.

Saken inneholder tabeller som viser de budsjetter som foreslås gjort gjeldende for styring av virksomheten i 2016 (tabellene 1-3) og som dermed foreslås vedtatt av styret.

Saken inneholder videre et mer omfattende budsjettdokument (vedlegg 1) som redegjør nærmere for forutsetningene og oppbyggingen av driftsbudsjettet. Videre gis det en gjennomgang av arbeidet med effektiviseringstiltak i dette vedlegget. I tabelldelen av dette vedlegget er budsjettforslagene i tabellene 1-3 sammenliknet med budsjett for 2015, estimat for 2015 og tallgrunlaget fra økonomisk langtidsplan 2016-2019 som ble behandlet av styret i april i år.

Vedlegg 2, 3, 4, 5 inneholder henholdsvis områdeplan for IKT for Oslo universitetssykehus HF og investeringsplaner for bygg, Medisinsk teknisk utstyr og annet.

Vedlegg 6 er protokoll fra drøftingsmøte med foretakstillitsvalgte tirsdag 9. desember.

2. TIDLIGERE VEDTAK

Det ble fattet følgende vedtak i Oslo universitetssykehus HF i sak 67/2015 Budsjett 2016 den 28. oktober 2015:

Styret tar sak om budsjett 2016 til orientering.

Det ble fattet følgende vedtak i Oslo universitetssykehus HF i sak 54/2015 Budsjett 2016 den 25. september 2015:

Styret tar saken til orientering.

Det ble fattet følgende vedtak i Oslo universitetssykehus HF i sak 41/2015 Budsjett 2016 den 25. juni 2015:

- 1. Styret tar redegjørelsen om budsjett 2016 til orientering.*
- 2. Styret ber administrerende direktør legge frem en sak til styremøtet 25. september som viser hvordan arbeidet innenfor de ulike tiltaksområdene følges opp.*
- 3. Styret forutsetter et nært samarbeid med de ansatte og deres organisasjoner i det videre arbeidet med tiltaksområdene beskrevet i saken og at det gjøres risikovurderinger av tiltaksområdene.*

3. ADMINISTRERENDE DIREKTØRS VURDERING

Styret behandlet første gang budsjett for 2016 ved behandling av økonomisk langtidsplan 2016-2019 (styresak 27/2015). Administrerende direktør konstaterer at de økonomiske forutsetningene for drift av Oslo universitetssykehus HF i 2016 er svekket etter behandling av økonomisk langtidsplan 2016-2019. Inntektene vil øke mindre enn forventet og foretaket har gjennom 2015 ikke klart å redusere kostnadene som forutsatt i budsjettet for 2015. Den underliggende driften vurderes nå å være i området 150 millioner kroner svakere enn forventet.

Gjennomføring av driften i 2016 med om lag samme økonomiske resultatmål som forutsatt i økonomisk langtidsplan ville derfor være betydelig mer krevende enn tidligere lagt til grunn. På bakgrunn av dette har styreleder og administrerende direktør hatt dialog med Helse Sør-Øst RHF om et redusert resultatkrav for 2016. Resultatkravet er nå redusert til 225 millioner kroner. Administrerende direktør vil imidlertid understreke at det er en betydelig risiko også knyttet til dette resultatkravet. Resultatkravet krever gjennomføring av resultatforbedrende tiltak for over 3 pst av påvirkbare kostnader. Det er derfor nødvendig med ytterligere konkretisering av handlingsplaner for gjennomføring av drift både innenfor de enkelte klinikkene og gjennom samarbeid på tvers av klinikkene. Administrerende direktør vil ha en tett oppfølging av både planlegging og gjennomføring av drift for 2016 med den enkelte klinikk og med klinikkene samlet.

Oslo universitetssykehus HF driver en virksomhet ved flere lokalisasjoner og med ulikt innhold. Utvikling i de ulike enhetene i Oslo universitetssykehus HF kan over tid medføre forskjeller i både arbeidspress og mulighetsrom for faglig utvikling. Administrerende direktør konstaterer at dette er forhold som må gjennomgås i gjennomføringen av drift i 2016, blant annet for å sikre best mulig gjennomføring.

Ved behandling av økonomisk langtidsplan 2016-2019 ble det meldt inn et omfattende investeringsbehov for 2016 som forutsatte lån til lukking av avvik i gamle bygg. I statsbudsjettet er det forslått bevilget 315 millioner kroner til slike lån for 2016. Dette blir endelig behandlet i Stortinget den 14. desember. I foreliggende budsjett er det forutsatt at denne bevilgningen blir vedtatt. Lånet vil gjøre det mulig å planlegge for nødvendig lukking av avvik i bygg på Ullevål, Radiumhospitalet og Aker.

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

Administrerende direktør understreker at budsjettet for 2016 er krevende og det er nødvendig å forbedre driften og ha god kostnadskontroll. Administrerende direktør understreker derfor viktigheten av at det flerårige arbeidet med forbedringer i driften må fortsette. Samtidig må det arbeides for å øke inntektene til Oslo universitetssykehus HF ytterligere på varig basis.

Administrerende direktør anbefaler at styret vedtar budsjettet med tilleggspunkter.

4. BUDSJETT FOR OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF 2016

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

Hovedstrategien i Økonomisk langtidsplan (ØLP) for perioden 2016-2019 var rettet inn mot å sette helseforetaket i stand til å kunne finansiere de investeringene i MTU, bygg mv som det er behov for på både kort og lang sikt og dermed sikre en bærekraftig økonomisk utvikling i årene fremover for Oslo universitetssykehus HF. For å realisere dette er det lagt til grunn en utvikling i økonomisk resultat i årene fremover som vist i tabellen under. Denne utviklingen krever en betydelig effektivisering av virksomheten både på kort og lang sikt.

År	Budsjettert resultat 2011-2015 og ØLP 2016-2019
2011	- 400 millioner kroner (økt lån)
2012	- 400 millioner kroner (økt lån)
2013	- 200 millioner kroner (økt lån)
2014	Nullresultat
2015	+ 175 millioner kroner (Investeringer)
2016	+ 300*millioner kroner (Investeringer)
2017	+ 450 millioner kroner (Redusert lån/investeringer)
2018	+ 600 millioner kroner (Redusert lån/investeringer)
2019	+ 600 millioner kroner (Redusert lån/investeringer)

* Endret til 225 mill kroner for budsjett 2016 i dialog med Helse Sør-Øst RHF 9. desember 2015

4.1 Overordnet om oppdrag og bestilling

Oppdrag og bestilling 2016 planlegges vedtatt på foretaksmøte i februar 2016. Dokumentet vil inneholde det formelle oppdraget til Oslo universitetssykehus HF om gjennomføring av virksomheten i 2016 samt tildele midler for å gjennomføre dette. Styret i Helse Sør-Øst RHF vil til møtet 17. desember bli forelagt forslag til resultatkrav for helseforetakene for 2016. Administrasjonen i Helse Sør-Øst RHF har i dialogen om budsjett 2016 forutsatt at Oslo universitetssykehus HF planlegger ett resultat med overskudd 225 millioner kroner for budsjett 2016.

Oslo universitetssykehus HF skal i 2016 gjennomføre forventede oppgaver innenfor pasientbehandling, forskning, pasientopplæring og undervisning med høy kvalitet og innenfor det nevnte økonomiske styringsmålet. Helse Sør-Øst RHF stiller krav om at helseforetakene må ta ansvar for finansiering av egne investeringer og dermed må realisere positive økonomiske resultater for å kunne finansiere disse. Positive økonomiske resultater for Oslo universitetssykehus HF i 2016 og i årene framover vil dermed være av vesentlig betydning for foretakets mulighet til å gjennomføre egne arealplaner for utvikling av eiendomsmassen og planer for utskifting av medisinskteknisk utstyr med videre på kort og lang sikt.

Styret i Helse Sør-Øst RHF har ved planlegging av det økonomiske opplegget for 2016 tatt utgangspunkt i Plan for strategisk utvikling 2013-2020 i Helse Sør-Øst med den flerårige satsningen på kvalitet og pasientsikkerhet samt digital fornying.

Styret i Helse Sør-Øst RHF besluttet følgende mål for helseforetakene for 2016:

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

4.1. Aktivitet

Statsbudsjettet for 2016 legger til rette for en økning i somatisk aktivitet (ISF-finansiert) på om lag 1,8 pst. fra aktivitetsnivået i 2015. Samtidig er det ikke satt et tak for aktivitet i 2016.

Det er fremdeles betydelige ventelister i Oslo universitetssykehus HF, særlig innenfor avdelinger med stor kirurgisk aktivitet. I budsjettet for 2015 ble støtteklinikkenes budsjetter styrket for å øke tilgjengeligheten til radiologiske undersøkelser, korte ned svartid for patologiske undersøkelser og lette tilgangen til anestesiresurser. Styrkingen videreføres i 2016 budsjettet og for disse områdene vil vekst i 2015 få helårseffekt i 2016. Bedre utnyttelse av eksisterende stuer skal legge til rette for en vekst i aktivitet innen somatikken. Det vil også vurderes å sette i drift flere operasjonsstuer, men først etter en vurdering av de driftsøkonomiske konsekvensene. Oslo universitetssykehus HF planlegger med en reell vekst i den somatiske aktiviteten på knapt 2 prosent fra estimert aktivitetsnivå i 2015.

For psykisk helsevern for voksne planlegges det med noe redusert døgnvirksomhet i 2016 sammenlignet med 2015, i hovedsak som følge av redusert salg til Akershus universitetssykehus HF. Den polikliniske aktiviteten planlegges økt fra 2015 til 2016. For barn og unge planlegges det med økt aktivitet innenfor dagbehandling og poliklinikk. Innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling er det budsjettet med noe vekst for antall utskrivninger og poliklinikk. Veksten innenfor poliklinikk forventes å bli betydelig lavere enn i 2015. Helse Sør-Øst

RHF vil foreta en samlet vurdering av aktiviteten innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Dette kan medføre endringer i aktivitetsmålene for Oslo universitetssykehus HF.

4.2. Ventelister og fristbrudd

Oslo universitetssykehus HF har et kontinuerlig fokus på å redusere antall ventende, ventetidene og forebygge mulige fristbrudd. Med aktivitetsmålene for 2016 og de tiltak som er beskrevet (jfr. vedlegg 1 kapittel 5) er det forventet at ventetidene fortsatt skal kunne reduseres og at et flertall av de langtidsventende skal få startet helsehjelpen. Samtidig skal målet om at pasientene ikke opplever fristbrudd videreføres. Oppfølgingen av avdelingene baserer seg på fastlagte indikatorer og rapporter slik at utviklingen følges nøye.

Det er nedlagt et betydelig arbeid for at organisasjonen skal være oppdatert på lovverk og regler samt bruk av pasientadministrative systemer, og det er vektlagt at prioriteringsveilederne skal legges til grunn for enhetlig vurdering av rettighetstildeling og fristfastsettelse. Det arbeides for at ventelistene fortløpende skal være ajourførte slik at de representerer et godt verktøy i planleggingen av driften opp mot tilgjengelig kapasitet. Det er videre fokus på å bedre langtidsplanlegging med etablering av timebøker minst 6 mnd frem i tid. Dette vil bli understøttet av tilsendte ukerapporter til alle ledere.

Sykehuset vil også arbeide med driftsendringer som bedrer kapasitet, inkl oppgavedeling med andre sykehus, samarbeid med avtalespesialister og andre private aktører med tilpasning av kapasitet til behov ved overordnet prioritering.

4.3. Pakkeforeløp i kreftbehandlingen

Oslo universitetssykehus HF har innført pakkeforløp i henhold til nasjonale retningslinjer i 2015. Det er etablert interne rapporter for oppfølging av resultater for pakkeforløpene samlet og for det enkelte pakkeforløp. Det vil i tillegg bli etablert en ukentlig rapportering som vil bli sendt til aktuelle ledere direkte og fulgt opp i administrerende direktørs ledermøter.

4.4. Driftsbudsjett

Under behandling av Økonomisk langtidsplan 2016-2019 mottok Oslo universitetssykehus HF en foreløpig tildeling av inntektsrammer for 2016. Denne tildelingen viste en reell økning i basisrammen på om lag 75 millioner kroner. Denne økningen er redusert til om lag 25 millioner kroner i den endelige tildeling Oslo universitetssykehus HF har fått for budsjett 2016. Endringen skyldes i hovedsak opprettinger av feil i tidligere beregninger i inntektsmodeller gjeldende for Oslo universitetssykehus HF.

Ut over endringen i basisrammen er det i hovedsak tre forhold som har endret utfordringsbildet for 2016 etter behandling av økonomisk langtidsplan 2016-2019:

- Aktivitetsbaserte inntekter: Pris per DRG-poeng er for 2016 underregulert med 0,5 prosent ut fra en forventning om bedring i koding i 2016. Prisen er i tillegg redusert med 0,7 prosent som følge av avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen (45 millioner kroner). Effekt av DRG-vekter og grupperingslogikk for 2016 forventes å bli om lag nøytralt.
- Resultat 2015: Ved utarbeidelse av økonomisk langtidsplan var det lagt til grunn at Oslo universitetssykehus HF vil kunne oppnå et økonomisk resultat i 2015 i samsvar med vedtatt budsjett (pluss 175 mill kroner). Foretaket har gjennom 2015 ikke klart å redusere kostnadene som forutsatt i budsjettet for 2015. Derimot har salg av eiendom og endringer i balanseposter gitt engangsgevinster i 2015 slik at selv om det økonomiske resultatet kan bli om lag i henhold til budsjett for 2015 er derfor den underliggende driften minimum 150 millioner kroner svakere enn budsjettet.
- Pensjonskostnader 2016: Pensjonskostnadene forventes redusert fra nivå 2015. Dette er bare delvis reflektert i rammejusteringene fra Helse Sør-Øst RHF, og samlet bidrar dette positivt med 75 mill kroner for budsjett 2016.

Det er enkelte endringer i andre utgiftsposter sammenliknet med det som ble lagt til grunn i økonomisk langtidsplan. Blant annet forventes noe reduserte avskrivninger og noe høyere medikamentkostnader, mens samlet sett er disse budsjettene likevel om lag på nivå med det som ble anslått i økonomisk langtidsplan.

Vurderingen av utfordringsbildet under behandlingen av Økonomisk langtidsplan 2016-2019 tilsa et krav til effektivisering av drift fra 2015 til 2016 med om lag 2 pst. Med de nye driftsforutsetningene for budsjett 2016 er det i foreliggende forslag til budsjett et anslått krav til resultatforbedring på om lag 3 pst. Klinikkene har drøftet tiltak som imøtekommer om lag halvparten av dette kravet til resultatforbedring. På bakgrunn av situasjonen har styreleder og administrerende direktør hatt en dialog med Helse Sør-Øst RHF om en reduksjon av styringsmålet for 2016. Det legges nå opp til et økonomisk resultatkrav på 225 mill kroner eller bedre.

Administrerende direktør har bedt klinikkene om å konsentrere innsatsen for å effektivisere driften rundt disse fire områdene:

- Poliklinikk
- Sengeposter
- Operasjon
- Bemanningskontroll

Det forventes av klinikkene at de øker aktiviteten i størst mulig grad innen dagens bemanning. Flaskehalsen i støtteklinikene skal fjernes / reduseres for å øke muligheten for gjennomføring av rasjonell drift i de kliniske klinikkene.

4.5. Investeringsbudsjett

Sammendrag

Det har vært en omfattende dialog mellom Oslo universitetssykehus HF og Helse Sør-Øst RHF om investeringer for 2016. Som det fremgår av vedlagt tabell 3 legges det til grunn et samlet investeringsnivå på 1 213 millioner kroner for Oslo universitetssykehus HF for 2016. I tillegg forventes det regional finansiering av IKT-prosjekter for om lag 400 millioner kroner som er særlig rettet mot Oslo universitetssykehus HF. Det understrekes at rammen for IKT-investeringer ikke er endelig besluttet i Helse Sør-Øst RHF, og den legges ikke fram til formell beslutning i styret i Oslo universitetssykehus HF.

Styret vedtok i Økonomisk langtidsplan 2016-2019 et investeringsbudsjett for om lag 1 300 millioner kroner for 2016 (utenom regionalt finansiert investeringsprosjekter innenfor IKT). Budsjettet inneholdt plan for utskifting av medisinsk teknisk utstyr og en plan for utbedring av bygningsmassen ved Oslo universitetssykehus HF. Det er søkt om et 4 års lån på 1 260 millioner kroner (315 mill kroner per år) til å lukke de største og mest alvorlige avvikene i bygningsmassen ved OUS. Dette er finansiering ut over den ordinære likviditetstildeling fra Helse Sør-Øst RHF. Det er videre forutsatt en egenfinansiering for disse vedlikeholdsinvesteringene på 135 millioner kroner (30 pst) slik at totalrammen for disse investeringene vil utgjøre 450 millioner kroner, hvorav nevnte lån utgjør 315 millioner kroner for 2016. I tillegg foreslås langsiktig leie til finansiering av investeringer av medisinsk teknisk utstyr og ambulanser for i alt om lag 156 millioner kroner. Nytt modulbygg på Ullevål vil først være på plass tidlig i 2017 og er derfor ikke en del av investeringsplanen for 2016.

Bygginvesteringer

Bygningsmassens samlede tilstandsgrad er en betydelig utfordring både for Oslo universitetssykehus HF og foretaksgruppen. Det arbeides derfor med en idefase for å finansiere og realisere nye bygg. Bygningenes tilstand reflekteres også i avvik fra ulike tilsyn (brann, elektro og arbeidstilsyn i hovedsak). Bare innenfor ventilasjon er det samlede avvik på om lag 1 500 mill kroner.

Investeringer i gamle bygg på Ullevål, Radiumhospitalet og Aker

Etter behandling og godkjenning i Oslo universitetssykehus HF styresak 67/2014 og Helse Sør-Øst RHF styresak 045-2015 er det søkt om, og foreslått bevilget av Stortinget et lån på 1 260 millioner kroner til å lukke de mest alvorlige avvikene i bygningsmassen ved Ullevål, Radiumhospitalet og Aker. Endelig behandling i plenum i Stortinget er den 14. desember. Oppdraget omfatter lukking av tilsynsavvik og de tiltak som inngikk i søknaden. Oppdraget omfatter ikke ordinære vedlikeholdskostnader og forebyggende vedlikehold.

Det vil for 2016 budsjettet foreslås prioritering av investeringsmidler til særskilt tre hovedområder:

- Elektrotilsyn: Det er et stort investeringsbehov innenfor elektro og lokking av avvik innenfor tilsyn.

- Oppgradering av sengeposter, som lukker avvik innen HMS, brann og elektro primært
- Må tiltak som knytter seg til HMS avvik.

I tillegg vil det også disponeres midler til særskilte tiltak innenfor avvik brann, men av et mindre omfang enn tidligere år.

Det blir utarbeidet detaljerte oversikter over enkeltprosjekter som skal gjennomføres for å lukke avvik i tråd med bevilgningen. Gjennomføringen av enkeltprosjektene avklares med Helse Sør-Øst RHF i samarbeid med sykehusbygg HF.

Omstillingsinvesteringer i bygg

Det planlegges med gjennomføring av omstillingsinvesteringer i bygg også for 2016 budsjettet. Investeringene inkluderer fundamentering av modulbygget. Selve bygget blir leid, og forventes å bli tatt i bruk fra tidlig i 2017. Investeringsnivået er forventet til om lag 160 millioner kroner for 2016 budsjettet inklusive en andel medisinsk teknisk utstyr.

Andre investeringer i bygg

Det er utover de investeringene som er omtalt over også nødvendig å planlegge for uforutsette havarier og nødvendige oppgraderinger på Rikshospitalet og andre lokaliseringer. I tillegg er det nødvendig å tilrettelegge byggene ved flere av anskaffelsene innenfor medisinsk teknisk utstyr (MTU).

Investering som ikke kan prioriteres innenfor investeringsrammen

Det er en rekke investeringsbehov i Oslo universitetssykehus HF som ikke kan prioriteres. Det har vært knyttet mye oppmerksomhet rundt trivselsbassenget ved Radiumhospitalet. Bassenget ble stengt i forbindelse med funn av legionella i vannet. I vurderingen av om bassenget skal åpnes på ny eller om bassengområdet skal brukes til annen sykehusvirksomhet må flere faktorer vurderes. Kostnadene ved å gjenåpne bassenget og drifte det i årene framover vil være betydelige og kan ikke prioriteres i dagens situasjon.

Pasienter under og etter kreftbehandling har et betydelig behov for rehabilitering for å gjenvinne god funksjon og livskvalitet. Dette gjelder fysisk trening, kostholdsveiledning, samt psykososial og eksistensiell støtte. Styrket rehabilitering av denne store pasientgruppen kan skje gjennom ulike andre tiltak som er etablert eller er under planlegging i Oslo universitetssykehus.

Medisinsk teknisk utstyr

Det er i forslag til investeringsbudsjett 2016 samlet sett disponert midler til investeringer og leie av medisinsk teknisk utstyr (MTU) for 375 millioner kroner i anskaffelseskostnad. Dette er en videreføring av styrets beslutning om en flerårig investeringsplan for MTU med om lag 350 millioner kroner per år for årene 2013-2015. I økonomisk langtidsplan er det lagt til grunn et høyere investeringsnivå på om lag 450 mill kroner per år framover som er forutsatt gjennomført i takt med forbedring av driftsresultatene i Oslo universitetssykehus HF. På dette tidspunkt vurderes det imidlertid å være for stor usikkerhet knyttet til å finansiere et så stort investeringsbudsjett. Dette er fremdeles vurdert som nødvendig for å få en

utstyrslåte med lavere gjennomsnittlig alder. Ett høyere investeringsnivå for MTU er også i overensstemmelse med Helse Sør-Øst RHF strategi for medisinsk teknisk utstyr.

For å finansiere investeringsbudsjettet legges det opp til at om lag 30 pst innenfor MTU må anskaffes som finansiell leie. Oslo universitetssykehus HF vil legge til grunn at bruk av langsiktige leieavtaler ikke skal innebære vesentlig økonomisk ulempe som kan følge av både administrative kostnader og leverandørens rentebetingelser.

Det vil i 2016 budsjettet bli prioritert elektive investeringsmidler til spesielt monitorprosjektet (utskiftning av pasientmonitører på Rikshospitalet/Radiumhospitalet), LINAC på Radiumhospitalet, CT på Ullevål og Rikshospitalet og lab-automasjon. I løpet av 2016 startes et prosjekt med sikte på å legge et videre løp for PET/CT-behandlingen, men dette vil ikke ha noen utstyrsmessig økonomisk konsekvens i 2016.

IKT

Områdeplan IKT skal brukes som underlag for IKT prioriteringene i Oslo universitetssykehus HF. Vedlagt følger områdeplan for IKT 2016-2020. Dokumentet legger også grunnlag for kommunikasjonen med Helse Sør-Øst RHF og Sykehuspartner om Oslo universitetssykehus HFs planer og behov for perioden.

Det er i områdeplanen gjort en prioritering av nye lokale investeringsmidler som summeres opp til 35 millioner kroner. Fordeling av de lokale investeringsmidler er imidlertid avhengig av følgende forhold knyttet til enkeltprosjekter som foreløpig ikke er avklart:

- Utfallet av foranalyse regional ERP løsning – mulig gjennomføring i 2016 der også bruk av lokale investeringsmidler må påregnes
- Finansiering av regional kurveløsning, og bredding av elektronisk kurveløsning Metavision til sengeposter
- Gjennomføring av regional løsning for medikamentell kreftbehandling

Omfanget av IKT-prosjekter rettet mot Oslo universitetssykehus HF er som nevnt ovenfor betydelig høyere enn de lokale investeringsmidlene. Flere større prosjekter i 2016 forventes å bli finansiert med regionalt tilført likviditet (se vedlegg 1 tabell 7). Det legges til grunn at Oslo universitetssykehus HF i 2016 vil bruke om lag 400 millioner kroner av regionale investeringsmidler. Investeringene er nærmere beskrevet i vedlagte områdeplan-IKT.

Andre investeringer

Midler til investeringer i annet utstyr inkluderer i hovedsak investeringer i ambulanser og behandlingshjelpemidler. Andre mindre investeringer som inngår er biler, lastebiler, trucker, vogner, vaskemaskiner, kjøkkenutstyr, inventar etc. Det foreslås at sykehuset for 2016 anskaffer ambulanser innenfor finansiell leie.

4.6. Finansiering av investeringsaktiviteten i 2016

Oslo universitetssykehus HF har tre hovedkilder til investeringer for budsjett 2016

- Årlig fast likviditetstildeling fra Helse Sør-Øst RHF. Som følge av noe tilbakehold av midler for 2015 budsjettet utgjør dette 385 millioner kroner
- Overskudd fra driftsbudsjettet.
 - For 2015 utgjør overskudd 95 millioner kroner eksklusive gevinst av eiendomssalg og nedskrivninger.
 - For 2016 er det lagt inn med et forsiktig estimat 100 millioner kroner.
- Lån fra Helse og omsorgsdepartementet
 - Fase 1 - omstillingsinvesteringer som ikke dekkes ved salg av eiendom dekkes med lån eller reduksjon i basisfordring
 - Fase 2 – tilsynsavvik og oppgraderinger med lånebevilgning for 2016 på 315 millioner kroner

Finansieringskilder med beløp er også vist i budsjettdokumentets tabell 7c.

En stor del av finansieringen av investeringsbudsjettet for 2016 er avhengig av resultatoppgjøret i 2015 og 2016. Oslo universitetssykehus HF kan derfor ikke fullt ut disponere det foreslåtte budsjettet for 2016 før det er tilstrekkelig sikkerhet for oppnåelse både av budsjettert resultat for 2015 og 2016.

4.7. Fullmakter

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

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

Det ligger an til at Oslo universitetssykehus HF må ta opp lån i Helse Sør-Øst RHF for å finansiere deler av omstillingsinvesteringene i 2016 og investeringer for å håndtere tilsynsavvik.

Finansierings-kildene til omstillingsinvesteringer er tredelt: Låneopptak fra Helse Sør-Øst RHF med foreløpig ramme på 825 millioner kroner (2012-kroner) behandlet i statsbudsjettet for 2012 og 2014 (inkluderer 75 millioner kroner samhandlingsarena Aker), tilbakebetaling av fordring Oslo universitetssykehus HF har på Helse Sør-Øst RHF og salg av eiendom.

Fullmakt til å inngå langsiktige leieavtaler

Oslo universitetssykehus HF planlegger med inngåelse av langsiktige leieavtaler for anskaffelse av anleggsmidler i 2016 i henhold til tabell 3. Anskaffelsene gjennomføres i henhold til fullmaktregimet i Helse Sør-Øst RHF.

Fullmakt til å reinvestere pensjonsmidler i Statens pensjonskasse.

Ansatte i Oslo universitetssykehus HF er tilsluttet fire pensjonskasser. Statens pensjonskasse (SPK) er eneste pensjonskasse der Oslo universitetssykehus HF tar stilling til plassering av pensjonsmidlene. Statens pensjonskasse forelegger begrensede valg. Administrerende direktør innhenter råd fra Stab økonomi,

juridisk og IKT i Oslo universitetssykehus HF og råd fra ekstern pensjonsrådgiver før beslutning om investeringsvalg (ref styresak 75/2014 - Administrerende direktørs orienteringer). Som for 2015 legges det opp til at styreleder forelegges plasseringsvalget før beslutning.

4.8. Risikovurdering av gjennomføring av budsjett 2016

Ledelsens gjennomgang 2. tertial inneholdt en risikovurdering. Det er som del av utarbeidelsen av budsjett 2016 vurdert om det enkelte risikomoment blir påvirket av gjennomføringen av budsjett 2016 slik det nå foreligger. Nedenfor kommenteres de enkelte risikomomentene som antas å bli påvirket.

Økonomisk resultat 2016 og gjennomføring av planlagte investeringer

Det er betydelig økonomisk risiko knyttet til å gjennomføre 2016-budsjettet når krav til effektivisering med endrede inntektsforutsetninger er på om lag 3 pst. Kravet til mer effektiv drift er betydelig høyere enn forutsetningene som lå til grunn for 2016 i økonomisk langtidsplan. Samtidig er investeringsbudsjettet basert på oppnådde driftsresultater både for 2015 og 2016. Det er derfor også en risiko for at planlagte investeringer i 2016 ikke kan gjennomføres fullt ut i henhold til plan.

Ventelister, fristbrudd- og behandlingsskapasitet

Fristbruddssituasjonen er betydelig forbedret fra rapportering i ledelsens gjennomgang 2. tertial. 1. desember er antallet pasienter med fristbrudd under 100. Klinikene er for budsjett 2016 bedt om å planlegge for ytterligere økning i aktivitet. Spesielt klinikk for diagnostikk og intervensjon er tildelt betydelige vekstmidler for å håndtere vekst i diagnostikk. Risikoen for at deres tjenester innen radiologi og patologi skal bli en flaskehals er redusert for 2015 og skal bli ytterligere redusert for 2016. Akuttklinikken skal foreløpig planlegge for bedre utnyttelse av eksisterende operasjonsstuer. Det vil gjennom 2016 bli vurdert bemanning av flere stueøkter ut fra en vurdering av kapasitetsutnyttelse og behov. Med disse tiltakene skal det være mulig å redusere ventelister, antall fristbrudd og tid fra henvisning mottas til behandling blir gitt (forløpstiden).

Sykehusinfeksjoner – resistens

Det er tildelt særskilte budsjettmidler til styrking innen dette området. Dette kan isolert sett bidra til noe redusert risiko. Det økte antallet flyktninger kan samtidig bidra til at den underliggende risikoen øker.

Forløpstider og pakkeforløp kreft

Indikatorer knyttet til pakkeforløp for kreft inngår i det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet og vil bli publisert for hvert enkelt helseforetak. OUS har innført 28 pakkeforløp i løpet av 2015. Sykehuset vil i 2016 bli fulgt opp med hensyn til måloppnåelse for andel kreftpasienter som inngår i pakkeforløp, samlet for alle forløpene og spesifikt for lungekreft, brystkreft, prostatakreft og tykk- og endetarmskreft. I tillegg vil sykehuset bli målt på måloppnåelse vedr. forløpstider, for de samme pakkeforløp.

OUS har de siste måneder av 2015 totalt sett god måloppnåelse i forhold til nasjonal standard når det gjelder andel kreftpasienter som inngår i pakkeforløp. Når det gjelder andel pasienter med forløpstid innen nasjonal norm, er bildet ulikt for de ulike forløp. Sykehuset har fortsatt betydelige utfordringer når det gjelder pakkeforløp for prostatakraft, brystkreft og pakkeforløpene innen gynekologisk kreft. Det arbeides med tiltak for å håndtere disse utfordringene i 2016. Det dreier seg om å øke operasjonskapasiteten, etablere ytterligere forløpskoordinator-funksjoner, øke antall MR-undersøkelser, øke kapasiteten for prostatabiopsier, samt øke kapasitet i noen poliklinikker og i Brystdiagnostisk senter. Sykehuset vil fortsatt være avhengig av avtaler med private leverandører.

Operasjonskapasitet

Oslo universitetssykehus HF utfører om lag 50 000 operasjoner årlig. For å få til en rasjonell drift er det et stort behov for å koordinere bruken av ulikt personell, arealer og utstyr på tvers av avdelinger og lokasjoner. I 2015 har det kirurgiske driftsstyret arbeidet videre med systematisk forbedring av drift. Antall operasjoner og samlet knivtid på operasjonsstuene har økt med om lag 4 pst fra 2014 til 2015 samtidig som det har vært en reduksjon i antall strykninger.

Et av de viktigste områdene i 2016 er oppfølging og gjennomføringen av prinsippene for god drift som ble vedtatt primo 2015. Arbeidet er nærmere omtalt i budsjettokumentet vedlagt denne saken. Som et eksempel vil det konkretiseres en rutine som presiserer hvilke typer planlegging og forberedelser som skal gjennomføres frem til tidspunkt for operasjon. Det avtales møtetidspunkter for planlegging, skjerpet bruk av preoperative sjekklister og previsitt for kirurg og anestesilege er viktige virkemidler. DIPS operasjonsplan gir i tillegg til standard oppmelding også bedre muligheter for oppfølging.

Effekt av disse forholdene og vurderinger knyttet til ytterligere behov for stuekapasitet i 2016 blir fulgt opp som en del av gjennomføring av drift i 2016.

Kapasitet radiologi og svartider patologi

Det er tildelt vekstmidler til Klinikk for diagnostikk og intervensjon som skal legge til rette for tilstrekkelig kapasitet innenfor radiologi og patologi. Risiko for at dette blir en «flaskehals» i gjennomføring av aktivitet skal derfor være ytterligere redusert for 2016.

Bygg- og brannteknisk standard

Stortinget har bevilget et flerårig lån for utbedring av tilsynsavvik. De mest kritiske avvikene innen brannteknisk standard blir håndtert. Spesielt el-teknisk standard er kritisk i flere bygg og det er planlagt med flere elektro-tiltak i 2016. I tillegg er det budsjettet med noen oppgraderinger av bygg for 2016, og innen alle kategorier er det planlagt med flere tiltak enn det som ble gjennomført i 2015. De forhold som er kategorisert som de mest alvorlige utbedres først. Risikoen innenfor dette område er derfor i ferd med å bli redusert.

Det er likevel slik at Oslo universitetssykehus HF i mange år framover vil drifte sin virksomhet i meget gamle bygg som fremdeles fremstår som utdaterte. Idéfaseprosjektet er initiert for å se på mulig langsiktig løsning for drift av sykehuset i adekvate bygg.

Kapasitet og standard MTU

Det planlegges gjennomført betydelige investeringer i medisinsk teknisk utstyr også i 2016 (375 mill kroner), dvs en videreføring av styrets vedtak om 350 millioner kroner i årlige MTU-investeringer for årene 2013-15. Samtidig er utstyrsporføljen i Oslo universitetssykehus HF meget stor. Investeringsnivået i 2016 vil ikke være tilstrekkelig til å redusere vesentlig gjennomsnittsalderen for sykehuset's MTU. Hyppigheten av kassasjoner med påfølgende hasteanskaffelser forventes imidlertid å bli noe redusert. Det forventes likevel ingen vesentlig endring i risikobildet for medisinsk teknisk utstyr som følge av ett års budsjett, men omfanget av anskaffelsene er med å bidra til en reduksjon i risikoen.

Bemanningsstyring

Stabsapparatet skal i større grad bidra til å understøtte lederlinjen i bemanningsstyringen i form av opplæring og støtte. Det vil samtidig stilles større krav til lederlinjens utøvelse av dette ansvaret. Initiativene er ment å bidra til en reduksjon i denne risikoen.

Oslo universitetssykehus HF har ikke et fungerende pleiekategoriseringssystem og mangler dermed en viktig kilde til mer objektiv vurdering av den faktiske bemanning på sengepostene. Det foreligger ingen konkret plan for anskaffelse i 2016 og vurderinger av bemanning på sengeposter må derfor løses på midlertidig basis og med andre verktøy i 2016.

Arbeidsbelastninger

Økt aktivitet i 2016 må i hovedsak løses med et bemanningsnivå som er lik, eller lavere enn nivået fra 2015. Budsjettet stiller derfor krav til mer effektiv drift. Arbeidsbelastningen for den enkelte vil kunne øke dersom man ikke finner gode virkemidler for å bedre arbeidsflyten.

Vedlikeholdsetterslep bygningsmassen

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

IKT-infrastruktur til forskning

Med pågående og nye IKT-prosjekter er det forventet at infrastrukturesituasjonen for sykehusets forskere vil bli bedret.

Økonomisk bærekraft

Den langsiktige økonomiske bærekraft for Oslo universitetssykehus HF er noe svekket som følge av at budsjettforutsetningene for 2016 er strammere enn forutsatt i økonomisk langtidsplan og må forutsettes å bli det i årene framover med den kunnskapen vi nå har. Dette medfører et større krav til effektivisering både for 2016 og for årene framover enn forutsatt i økonomisk langtidsplan dersom målene om positive økonomisk resultater skal nås. Dersom Oslo universitetssykehus HF lykkes i å levere et resultat i henhold til budsjett i 2016 må det antas at en større del av potensialet for effektivisering er tatt ut enn det som tidligere er blitt forutsatt i økonomisk langtidsplan.

Oslo universitetssykehus HF's arbeidsmiljøutvalg (AMU)

Forslag til innhold i budsjett 2016 er lagt frem for arbeidsmiljøutvalget som har følgende vurdering av hvordan budsjett 2016 vil påvirke arbeidsmiljøet:

Det er innvilget lån til gjennomføring av et investeringsbudsjett som håndterer de alvorligste avvikene i gamle bygg. Det er viktig for sykehuset at årets investeringsbudsjett øker sykehusets evne til å lukke avvik/pålegg.

Driftsbudsjettet for 2016 er stramt og med et betydelig krav til effektivisering på 3%. AMU er derfor bekymret for at gjennomføringen av driftsbudsjett 2016 vil kunne påvirke arbeidsbelastning og arbeidsmiljø i negativ retning. Psykososiale og organisatoriske arbeidsmiljøforhold må i denne sammenheng vektlegges og monitoreres i like stor grad som fysiske forhold ved sykehuset.

AMU ser at enkelte deler av HMS området kommer budsjettmessig styrket ut sammenlignet med foregående år. AMU kan derimot ikke identifisere en styrking av budsjettforutsetningene for renhold/hygiene ved sykehuset. Dette på tross av at et enstemmig AMU ønsket en styrking av dette område (ref. vedtak AMU sak 52/2015). AMU ber om ny vurdering av budsjettforutsetningene for dette område.

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

Klinikkene må fremdeles arbeide med tiltak for å redusere risikoen for resultatavvik 2016. AMU vil derfor påpeke at arbeidsmiljømessige konsekvenser av nye tiltak må vurderes i hvert enkelt tilfelle. AMU ber om å bli holdt godt orientert om dette arbeide.

AMU vil i 2016 sette fokus på de arbeidsmiljømessige konsekvensene av budsjettet. Erfaringsmessig er det ofte de siste gjenstående tiltaksutfordringer i klinikkene som kan bli de mest merkbare arbeidsmiljømessig sett. AMU ønsker gjennom året 2016 å drøfte sentrale tiltak som kan avhjelpe de avdelinger som utsettes for et betydelig og risikopreget arbeidspress og/eller andre konsekvenser av budsjettsituasjonen.

4.9.Drøfting

Det ble gjennomført drøfting av budsjett med sentrale tillitsvalgte og verneombud den 8. desember. De forhold som ble tatt opp i møtet er forsøkt hensyntatt i styresaken og/eller vedlagt budsjettdokument.

Protokoll fra drøfting med tillitsvalgte følger som vedlegg 6.

TABELL 1 - Aktivitetsmål for 2016

Pasientbehandling	Budsjett 2016
Antall utskrevne pasienter - døgnbehandling	108 211
Antall liggedøgn - døgnbehandling	478 383
Antall dagbehandlinger	78 662
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner	788 795

DRG-poeng	Budsjett 2016
DRG-poeng for pasienter fra Helse Sør-Øst	216 968
DRG-poeng for pasienter fra andre regioner mv	16 048
DRG-poeng totalt	233 016

Psykisk helsevern	Budsjett 2016
--------------------------	----------------------

Psykisk helsevern for voksne (VOP) Sum DPS og sykehus	
Antall liggedøgn døgnbehandling	67 834
Antall utskrevne pasienter døgnbehandling	1 744
Antall oppholdsdager dagbehandling	-
Antall polikliniske konsultasjoner	90 707

Barne - og ungdomspsykiatri	
Antall liggedøgn døgnbehandling	5 394
Antall utskrevne pasienter - døgnbehandling	142
Antall oppholdsdager dagbehandling	3 796
Antall polikliniske konsultasjoner	43 591

Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbrukere (TSB)	
Antall liggedøgn døgnbehandling	24 361
Antall utskrevne pasienter - døgnbehandling	3 052
Antall oppholdsdager dagbehandling	-
Antall polikliniske konsultasjoner	19 335

TABELL 2 - Resultatbudsjett 2016 (ØBAK - grunnlag for rapportering)

Beløp i tusen kroner

Resultatbudsjett	Budsjett 2016
Basisramme	12 588 909
Kvalitetsbasert finansiering	54 002
ISF-refusjon dag- og døgnbehandling	3 740 243
ISF-refusjon somatisk poliklinisk aktivitet	771 113
ISF-refusjon pasientadm biologiske legemidler	41 492
ISF-refusjon pasientadm kreftlegemidler	12 267
Utskrivningsklare pasienter	1 903
Gjestepasienter	624 367
Salg av konserninterne helsetjenester (gjestepasienter)	2 020 925
Polikliniske inntekter	701 891
Øremerket tilskudd "Raskere tilbake"	55 271
Andre øremerkede tilskudd	1 114 101
Andre driftsinntekter	875 687
Sum driftsinntekter	22 602 171
Kjøp av offentlige helsetjenester	35 863
Kjøp av private helsetjenester	252 932
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	2 643 431
Innleid arbeidskraft	160 560
Kjøp av konserninterne helsetjenester (gjestepasienter)	67 918
Lønn til fast ansatte	10 210 629
Overtid og ekstrahjelp	1 059 316
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	2 883 203
Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-638 624
Annen lønn	1 797 325
Avskrivninger	884 000
Nedskrivninger	0
Andre driftskostnader	3 022 423
Sum driftskostnader	22 378 976
Driftsresultat	223 195
Finansinntekter	67 805
Finanskostnader	66 000
Finansresultat	1 805
Ordinært resultat	225 000

TABELL 3 - Investeringsbudsjett for 2016

Beløp i mill kroner

Investeringsbudsjett (ekskl. byggelånsrenter)		Budsjett 2016
Ordinære investeringer	MTU	222
	Bygg	111
	Annet	32
	Egenkapital pensjon	45
	IKT	35
	SUM	444
Fase 1 Omstilling (1 575 mill kroner)	MTU	35
	Bygg	128
	Annet	
	IKT	
	SUM	163
Fase 2 Tilsynsavvik og oppgraderinger (1 806 mill kroner)	MTU	
	Bygg (tilsyn og infr.)	450
	Annet	
	IKT	
	SUM	450
Nye finansielle leieavtaler	MTU	118
	Bygg	
	Annet	38
	IKT	
	SUM	156
TOTALT	MTU	375
	Bygg	689
	Annet	70
	Egenkapital pensjon	45
	IKT	35
	SUM	1 213

VEDLEGG 1

Budsjettdokument:

Resultatbudsjett 2016 for Oslo universitetssykehus HF – forutsetninger og detaljer

1. Innledning / hovedtrekk

Hovedstrategien i økonomisk langtidsplan 2016-2019 var rettet inn mot å sette helseforetaket i stand til å kunne finansiere de investeringene i MTU, bygg mv det er behov for både på kort og lang sikt. For å realisere dette var det i Økonomisk langtidsplan 2016-2019 lagt til grunn et positivt resultatkrav i 2016 med 300 mill kroner, 450 mill kroner i 2017, og 600 mill kroner i 2018.

Styret i Helse Sør-Øst RHF har besluttet følgende mål for sykehusene i 2016:

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

Det er budsjettert med et positivt økonomisk resultat på 225 millioner kroner for 2016.

I tabellvedlegg til slutt i dette budsjettdokumentet ligger følgende tabeller:

1. Inntektsramme fra Helse Sør-Øst RHF 2016
2. Økonomiske forutsetninger 2016
 - 3.1 Aktivitetsmål for somatikk 2016
 - 3.2 Aktivitetsmål for aktivitet innen psykisk helsevern og TSB 2016
 - 4.1 Resultatbudsjett 2016 – Hovedtall
 - 4.2 Resultatbudsjett 2016 – ØBAK-linjer
5. Rammetildeling til klinikkene 2016
6. Bemanningsbudsjett for 2016
 - 7.1 Investeringsbudsjett for 2016
 - 7.2 Finansiering av investeringer

I mange av tabellene sammenliknes budsjett-tall for 2016 med tall for budsjett 2015, estimat 2015 og tall for 2016 fra Økonomisk langtidsplan 2016-2019. Det gjøres oppmerksom på at alle økonomi-tallene fra Økonomisk langtidsplan 2016-2019 var i 2015-priser.

2. Rammeforutsetninger for budsjett 2016 for Oslo universitetssykehus HF

2.1. Totale driftsinntekter

2.1.1. Rammetildeling fra Helse Sør-Øst RHF

Styret i Helse Sør-Øst RHF behandlet i sak nr 071-2015 - Budsjett 2016, fordeling av midler til drift og investering. Styret sluttet seg til premisser, mål og prioriteringer for budsjett 2016 slik det var lagt frem i administrerende direktørs saksfremstilling. Helseforetakenes og sykehusenes inntektsrammer for 2016, herunder forskningsmidler, vilkår for bevilgningen, øvrige krav og rammebetingelser i 2016 vil bli fastsatt i Oppdrag og bestilling 2016 som forventes vedtatt på foretaksmøte tidlig i februar 2016.

Inntektssiden i budsjett 2016 for Oslo universitetssykehus HF er basert på oppdatert inntektsramme mottatt fra Helse Sør-Øst RHF (siste versjon mottatt 09.12.2015). Eventuelle endringer i foretakets inntekter som kommer i forbindelse med beslutning av Oppdrag og bestilling 2016 i foretaksmøtet vil måtte innarbeides når dette er kjent.

Alle elementer i tildelingen fra Helse Sør-Øst RHF fremkommer i vedlagte tabell 1. Nedenfor gis en oversikt over de viktigste reelle endringene fra 2015 til 2016:

Tilskudd	Beløp i mnok
Regional inntektsmodell, omfordelinger, som i ØLP, inkl pensjon 2015	49,0
Inntektsmodell- korrigeringer	-54,2
Uttrekk i basis sfa korrigering for feil i 2015- modellen	-21,2
Kvalitetsbasert finansiering 2015	7,8
Overføring av AMK- sentral fra SØ til OUS, beløp endret	18,5
0,7% uttrekk sfa avbyråkratiseringsreformen	-71,7
Pris- og lønnsvekst	264,4
Økt basis sfa avbyråkratiseringsreformen	63,2
Økte pensjonskostnader	226,6
Nukleærmedisin	14,0
Legemidler overført fra folketrygden	51,5
Uttrekk Ø-hjelp sfa samhandlingsreformen	-36,1
Kvalitetsbasert finansiering 2016	-22,2
Uttrekk basis	-76,2
Ny bevilgning 2016, post 71	54,0
Midler til økt aktivitet	73,1
Fritt behandlingsvalg	15,8
Egenandeler, komp. for manglende prisjustering	4,2
Uttrekk sfa økte egenandeler poliklinikk, pasientreiser, mv	-8,7
Uttrekk sfa økt ISF (utvidelse helsepersonell)	-13,9
Uttrekk sfa Rettsmedisinsk institutt og Folkehelseinstituttet	-1,7
Nasjonalt inntektsmodell	4,1
Døgn-poliklinikk psykisk helsevern	-3,9
Narkotikaprogram med domstolskontroll	2,7
Nye nasjonale behandlingstjenester	0,8
Redusert apotekavanse	-0,8

Lønns- og prisvekst:

Det er budsjettert med en forutsatt vekst i priser og lønninger på 2,7 pst fra 2015 til 2016. Dette er innarbeidet i basisrammen for 2016. Pensjonsgrunnlaget i basisrammen er holdt utenfor beregningen av kompensasjon for pris- og lønnsvekst da det er gitt særskilt kompensasjon for økte pensjonskostnader.

For ISF-enhetsprisen er det en samlet underregulering av justering for lønns- og prisvekst på 1,21 pst fra 2015. Dette knytter seg til en underregulering av enhetsprisen med 0,5 pst knyttet til forventet kodeforbedring og ytterligere reduksjon med 0,7 pst som følge av avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen.

Refusjonstakstene for laboratorieanalyser og poliklinisk virksomhet justeres med 2 pst. Øvrige inntekter er i hovedsak prisjustert med 2,7 pst.

Inntektsforutsetninger inntektsmodell mv:

Det er gjennomført oppdateringer og korreksjoner i inntektsmodellene fra 2015 til 2016 i Helse Sør-Øst RHF. Den årlige oppdateringen av modellene gir en omfordeling til Oslo universitetssykehus HF på 49 mill kroner for budsjett 2016. Omfordelingen skyldes at Oslo

sykehusområde har en høyere befolkningsvekst enn gjennomsnittet i Helse Sør-Øst RHF og at Oslo universitetssykehus HF yter regionale og nasjonale funksjoner for de andre sykehusområdene. Det er imidlertid også foretatt korrigeringer i modellene som gir en negativ effekt for inntektsrammen i 2016. 21 mill kroner i korrigeringer ble det gitt informasjon om i forbindelse med behandling av økonomisk langtidsplan. Endringen skyldes en tidligere feilberegning i behovsmodellen for psykisk helsevern. Etter behandling av økonomisk langtidsplan er det oppdaget feilberegninger som utgjør en reduksjon på 54 mill kroner. Dette gjelder metodemessig feil ved innarbeiding av forutsetninger for kvalitetsbasert finansiering og feilberegning av pensjonselementer i modell for prehospitale tjenester.

Uttrekk som følge av nasjonal inntektsmodell:

Systemet for fordeling av basisbevilgningen mellom de fire regionale helseforetakene er bygd opp i henhold til den såkalt Magnussen-modellen. Midlene fordeles på grunnlag av befolkningsutvikling, kostnadsandeler og utviklingen i sosiale kriterier i helseregionene. Høyere såkalt Magnussen-andel fra 2015 til 2016 innebærer at Helse Sør-Øst RHF får økt sin bevilgning noe, hvorav 4,1 millioner kroner er økning av rammen til Oslo universitetssykehus HF.

Gjestepasientoppgjør innenfor regionen

Budsjettering av kjøp og salg mellom helseforetakene er regulert av Helse Sør-Øst RHF. Gjestepasientoppgjør internt i regionen videreføres i hovedsak som i 2015. Helse Sør-Øst RHF har presisert følgende:

- Kostnader til legemiddelet Ipilimumab (føflekkkreft), som i hovedsak benyttes ved Oslo universitetssykehus HF, skal faktureres ut til andre helseforetak. I den grad Beslutningsforum for nye metoder sier ja til å ta i bruk nye legemidler innenfor kreftbehandling, og disse ikke er finansiert gjennom ISF-ordningen, forutsetter Oslo universitetssykehus HF at disse også kan viderefaktureres på samme måte om Ipilimumab.
- Kostnader knyttet til vedlikehold av cochleaimplantater skal faktureres pasientens hjemstedssykehus.

Overføring av AMK-sentral fra Østfold til OUS

Oslo universitetssykehus HF overtok i juni 2015 ansvaret for drift av AMK-sentralen i Østfold. I budsjett 2016 er det overført 18,5 millioner kroner fra Østfold HF til Oslo universitetssykehus HF for å finansiere overføringen. Dette er beregnet ut fra inntektsmodellen for prehospitale tjenester.

Avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen

Som en del av regjeringens avbyråkratiserings- og effektiviseringsreform (innført i 2015) er de regionale helseforetakene trukket med 0,7 pst av basisbevilgningen. For Oslo universitetssykehus HF utgjør dette et trekk i basisrammen på 71,7 millioner kroner. For å gi rom til blant annet investeringer og anskaffelser er det lagt tilbake 63,2 millioner kroner i basisrammen til helseforetaket. Reformen innebærer også andre poster på statsbudsjettet får en reduksjon (underregulering) på 0,7 pst, jfr omtale ovenfor, herunder ISF, poliklinikk og de ulike tilskuddspostene. Denne underreguleringen gir et bortfall av aktivitetsbaserte inntekter på om lag 80 millioner kroner for 2016.

Økte pensjonskostnader

Økte pensjonskostnader i 2015 ble finansiert via revidert nasjonalbudsjett 2015, basert på

faktisk kostnadsøkning. I statsbudsjett for 2016 er midlene til finansiering av økte pensjonskostnader fordelt etter den nasjonale inntektsmodellen (Magnussen). I inntektsrammene for 2016 er modelleffektene fra pensjon videreført fra forutsetningene i Økonomisk langtidsplan. Dette innebærer at finansieringen av økte pensjonskostnader for Oslo universitetssykehus HF er redusert med 104 millioner kroner, fra 331 millioner kroner i revidert budsjett 2015 til 226 millioner kroner i budsjett 2016. Samtidig reduseres pensjonskostnadene fra 2015 til 2016 (basert på aktuarberegninger fra juni 2015) med 180 millioner kroner. Dette gjør at samlede pensjonselementer – kostnader og tilhørende inntekter - bidrar med en netto positiv effekt på 75 millioner kroner i budsjettet for 2016 sammenliknet med 2015.

Nukleærmedisin

Finansieringssystemet for nukleærmedisin foreslås lagt om fra 1. januar 2016 slik at dagens refusjonsordning for radiofarmakum etter regning erstattes med forutbestemte satser, etter gjeldende sats for aktivitetsbasert tilskudd (40 pst). Dette innebærer flytting av midler tilsvarende 60 pst til de regionale helseforetakenes basisbevilgninger. Som følge av dette er det overført 33 millioner kroner fra HELFO til basisrammen for Helse Sør-Øst RHF. Oslo universitetssykehus HF står for om lag 27 pst av denne aktiviteten på landbasis, og gis 27 pst av den nasjonale basisøkningen, dvs 14 millioner kroner i økt basis. Øvrige helseforetak får midler i henhold til aktivitet.

Overføring av finansieringsansvaret for enkelte legemidler fra HELFO

Som et ledd i arbeidet med en effektiv finansieringsmodell på legemiddelområdet, overføres finansieringsansvaret for følgende legemiddelgrupper fra HELFO til de regionale helseforetakene: Legemidler til behandling av hepatitt C, veksthormoner, blodkoagulasjonsfaktorer, immunstimulerende legemidler og anemilegemidler, samt alle legemidler til bruk ved våt makuladegenerasjon (øyesykdom). Disse legemidlene vil inngå i H-reseptordningen, dvs at resepten foreskrives av et helseforetak, pasientene henter ut legemiddelet på apotek, og apoteket sender faktura til pasientens hjemstedsforetak. Helse Sør-Øst RHF har fordelt de overførte midlene, i alt 629 millioner kroner, i henhold til behovsandel. Oslo universitetssykehus HF er tildelt 51,5 millioner kroner for dette formålet i 2016.

Midler til økt aktivitet

Det er i statsbudsjettet foreslått å tildele Helse Sør-Øst RHF 715 millioner kroner til å finansiere økt aktivitet. Dette skal regionalt finansiere en aktivitetsvekst på 2,2 pst. I tillegg er regionen for 2015 og 2016 tildelt 149 millioner kroner til Fritt behandlingsvalg.

For 2016 er Oslo universitetssykehus HF tildelt 73,1 millioner kroner av midler til økt aktivitet og 15,8 millioner kroner til Fritt behandlingsvalg. For Fritt behandlingsvalg er Oslo universitetssykehus HF tildelt midler til å dekke kostnader til befolkningen i eget opptaksområde.

Fritt behandlingsvalg

Fritt behandlingsvalg innebærer at alle private virksomheter som oppfyller visse krav, kan levere definerte helsetjenester til en pris fastsatt av staten. For pasientene vil det innebære en mulighet til å velge å motta helsehjelp hos en virksomhet som leverer helsetjenester gjennom det frie behandlingsvalget. Fritt behandlingsvalg trådte i kraft 1. november 2015. Det er helseforetakene og sykehusene som har ansvaret for oppfølging av ordningen og det

økonomiske oppgjøret med HELFO. Oslo universitetssykehus HF er tildelt 15,8 millioner kroner til ordningen med Fritt behandlingsvalg i 2016. Av dette er 3,3 millioner kroner somatikk, 4,3 millioner kroner psykisk helsevern og 8,2 millioner kroner innenfor rusområdet. Den økonomiske risikoen knyttet til dette ligger til Oslo universitetssykehus HF.

Kvalitetsbasert finansiering

Ordningen med kvalitetsbasert finansiering videreføres i 2016 på nasjonalt nivå med om lag samme beløp som i 2015. Ordningen innebærer at en del av budsjettet gjøres avhengig av måloppnåelse på kvalitetsindikatorer som beregnes av Helsedirektoratet. Samlet taper Helse Sør-Øst RHF 36 millioner kroner for budsjett 2016 (økt fra 21 millioner kroner i 2015) som følge av kvalitetsbasert finansiering. I budsjettet for 2016 er andelen av dette som må dekkes av Oslo universitetssykehus HF 22,2 millioner kroner. Hovedårsaken til dette er svak måloppnåelse på mange av indikatorene som inngår i beregningen, både resultat-, prosess- og brukererfaringsindikatorer.

Psykisk helsevern: Vridning fra døgn til dag

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

Nye behandlingstjenester

Følgende nye nasjonale behandlingstjenester etableres fra 2016:

- Nasjonal behandlingstjeneste for assistert befruktning ved potensiell blodsmitte
- Nasjonal behandlingstjeneste for hjertesyke gravide
- Nasjonal behandlingstjeneste for medfødte deformiteter i underekstremiteter hos barn

De nye nasjonale tjenestene vil bli lagt til Oslo universitetssykehus HF.

I forslag til statsbudsjett 2016 er det lagt til grunn en økt bevilgning på 5,1 millioner kroner til dette formålet. Disse midlene er fordelt til sykehusområdene i henhold til behovsandel. Oslo universitetssykehus HF er tildelt 0,825 millioner kroner til drift av nye behandlingstjenester i 2016. Dette innebærer en endring av praksis fra tidligere år. Frem til 2015 gikk tildeling over statsbudsjettet uavkortet til det helseforetaket som ivaretar behandlingstjenesten. For 2016 er midlene som er tildelt Helse Sør-Øst RHF derimot fordelt til alle helseforetakene i regionene. Oslo universitetssykehus HF har gitt tilbakemelding til Helse Sør-Øst RHF om at denne fordelingen av midler ikke dekker øvrige kostnader knyttet til det å ivareta disse behandlingstjenestene (formidling, nettverk mv.).

Øremerkede tilskudd via statsbudsjettet

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

Tilskudd	Beløp i mnok
Biobank CFS/ME	1,0
Narkolepsi hos barn	3,3
Særreaksjon, dømte til behandling	1,6
Turnustilskudd	1,3
Kreftregistret	107,7
Behandlingsreiser til utlandet	123,1
Skadelig bruk av doping	4,3
Arbeidsmedisinske avdelinger	5,1
Forsøksordning tannhelse	1,2

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

2.1.2. Innsatsstyrt finansiering i somatikken (ISF)

Enhetsprisen for innsatsstyrt finansiering for 2016 er satt til kr 42 081. Enhetsprisen er prisomregnet med 1,49 pst fra 2015 til 2016. Dette innebærer en underregulering av enhetsprisen med 1,21 pst tilsvarende en økonomisk effekt på om lag 80 millioner kroner for Oslo universitetssykehus HF.

Den statlige refusjonssatsen videreføres med 50 pst av enhetsprisen.

Hvert år justeres DRG-vektene, og det gjøres andre endringer i ISF-regelverket mv. Gjeldende regelverk, priser og DRG-vekter mv fremkommer av regelverk for ISF som oppdateres hvert år. Basert på foreløpig informasjon om oppdaterte DRG-vekter og andre regelverksendringer har Helsedirektoratet beregnet at omfordelingseffekt for Oslo universitetssykehus HF vil være nær null, gitt samme reelle aktivitet som i 2015. Dette er lagt til grunn i budsjettet. Erfaringsmessig kan det imidlertid komme endringer i det foreløpige regelverket, og det knytter seg på denne bakgrunn noe usikkerhet til den økonomiske effekten av ISF-regelverket for neste år. Klinikkenes DRG-budsjetter vil bli justert når endelig ISF-regelverk foreligger primo 2016.

I 2015 ble systemet med styringsmål fra eier for antall DRG-poeng avvirket. For 2016 er det lagt til grunn at meraktivitet finansieres med 50 pst ISF-refusjon og de til enhver tid gjeldende satser for gjestepasientoppgjør for pasienter fra andre opptaksområder og andre regioner.

Fra 2016 vil flere typer helsepersonell kunne utløse ISF- refusjon for visse områder og også inngå i grunnlag for ordinær egenandel. Dette gjelder:

- Fysioterapeuter
- Ergoterapeuter
- Kliniske ernæringsfysiologer
- Audiografer

Som følge av økte ISF-refusjoner og egenandeler er Helse Sør-Øst RHF trukket 99 millioner kroner i basis. Dette trekket er videreført til helseforetakene og sykehusene i henhold til behovsandel somatikk. Basisrammen til Oslo universitetssykehus HF er redusert med 13,9

millioner kroner. Det er samtidig budsjettert med 659 DRG-poeng og tilsvarende ISF-inntekt for 2016. Det er slik sett forutsatt at endringen er økonomisk nøytral. Vurderingen er gjort på bakgrunn av omfang av registrerte konsultasjoner for ovennevnte yrkesgrupper hittil i 2015.

2.1.3. Øremerkede inntekter

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

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

For Raskere tilbake er det budsjettert med 55 millioner kroner. Det er lagt til grunn en videreføring av godkjente prosjekter fra 2015.

Av budsjetterte driftsinntekter på 22 600 millioner kroner er 1 284 millioner kroner, tilsvarende 5,7 pst, definert som øremerkede. Erfaringsmessig kan inntekter og kostnader definert som øremerkede bli noe høyere enn budsjettert. Dette skyldes at det er vanskelig på forhånd å angi hvilke oppdrag Oslo universitetssykehus HF vil bli tildelt.

2.2. Lønnskostnader og pensjon

Det er budsjettert med en lønnsvekst i henhold til forutsetningene i statsbudsjettet for 2016, dvs 2,7 pst.

Resultatbudsjett	Budsjett 2015	Estimat 2015	Budsjett 2016
Innleid arbeidskraft	141 296	221 296	160 560
Lønn til fast ansatte	9 913 633	9 863 633	10 210 629
Overtid og ekstrahjelp	980 417	1 097 509	1 059 316
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	3 064 324	3 062 732	2 883 203
Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-548 932	-683 932	-638 624
Annen lønn	1 695 371	1 728 962	1 797 325
SUM lønn og innleie	15 246 109	15 290 200	15 472 409

Totalt budsjett for lønn og innleie i 2016 er 15 472 millioner kroner. Dette er en økning på 226 millioner kroner fra budsjett 2015 og 182 millioner kroner fra estimat 2015. I endringen inngår reduserte pensjonskostnader med 181 millioner kroner. Tabellen ovenfor viser endringene fra estimat 2015 til budsjett 2016 fordelt på innleie, lønn til fast ansatte og overtid/ekstrahjelp. Av totalt budsjett til lønn og innleie er 161 millioner kroner innleie. Innleie utgjør dermed 1 pst av samlet lønnsbudsjett.

For 2016 budsjetterer foretaket med en samlet pensjonskostnad for Oslo universitetssykehus HF på 2 883 millioner kroner. Dette er en reduksjon fra pensjonskostnaden for 2015 på om lag 180 millioner kroner. Reduksjonen forklares i hovedsak med redusert kostnadsføring av

tidligere års estimatavvik og økt forventet avkastning på pensjonsmidler i 2016. Økt forventet avkastning forklares med økning av pensjonsmidlene.

Budsjettert pensjonskostnad for 2016 er basert på beregninger fra pensjonskassene fra juni 2015 og det forventes at endelig pensjonskostnad, som skal regnskapsføres for 2016, vil bli annerledes som følge av nye økonomiske forutsetninger. Ved vesentlige endringer i pensjonskostnaden som følge av dette legges det til grunn at Helse- og omsorgsdepartementet vil håndtere dette med justerte bevilgninger. Helseforetakene bærer risiko for kostnadsendringer som ikke vurderes å være vesentlige.

2.3. Varekostnader og andre driftskostnader

Det er budsjettert med 2 643 millioner kroner til varekostnader i 2016. Dette er en økning på om lag 125 millioner kroner (4,9 pst) fra estimat 2015. Tabellen under viser hvilke kostnader som inngår i budsjetterte varekostnader (kun arter med budsjettert beløp på over 10 millioner kroner er spesifisert i tabellen):

Art	Navn	Sum
4000	Medikamenter	640 024
4070	Andre medisinske forbruksvarer	485 316
4020	Implanter	349 039
4040	Tester og reagenser	279 637
4003	Dyre biologiske legemidler H-reseptor	161 951
4041	Laboratorerekvista	136 081
4050	Røntgenprodukter	128 074
4030	Instrumenter	81 831
4100	Innkjøp mat og handelsvarer med 14%	76 087
4001	Cytostatika	76 003
4010	Kjøp av blodprodukter	55 448
4060	Infusjons- og skyllevæsker	34 861
4189	Diverse andre forbruksvarer	27 525
4071	Medisinske gasser	18 447
4180	Hygiene - og rengjøringsartikler	15 701
4044	Antistoffer human/animal	14 719
4120	Frakt, toll og spedisjon	14 539
4006	Dyre biologiske legemidler gitt på sykehus	12 000
4042	Prøvetakingsutstyr	10 523
Sum arter større enn 10 mnok (99,03%)		2 617 806
Sum varekostnader		2 643 431

Det er budsjettert med 3 022 millioner kroner til andre driftskostnader i 2016. Dette er en økning på om lag 108 millioner kroner (3,7 pst) fra estimat 2015. Tabellen under viser hvilke kostnader som inngår i budsjettet for andre driftskostnader (alle arter hvor budsjett 2016 er over 20 millioner kroner):

Art	Navn	Beløp i mnok
6751	Driftstjenester IKT	756 456
6300	Leie lokaler	253 891
6642	Planlagt vedlikehold IKT utstyr/infrastruktur	184 696
6102	Pasientreiser - drosje (interkommunale turer)	176 180
6340	Elektrisk energi inkl nettleie	165 868
6791	Ekstern tjeneste - lønn	100 854
6750	Konsulentstjenester IKT	97 845
6799	Annen ekstern tjeneste	80 058
6621	Planlagt vedlikehold medisinteknisk utstyr	65 455
6602	Løpende drift bygginstallasjoner	63 141
6620	Løpende drift medisinteknisk utstyr	46 022
7790	Annen kostnad, ikke pasientrelatert	43 620
6410	Leie IKT-utstyr	41 226
6352	Ikke-fossilt brensel (fjernvarme/bioenergi)	41 080
6797	Professorater	38 504
6320	Avgifter vann, avløp	38 285
7140	Reisekostnader, ikke oppg. pl.	36 002
6794	Ekstern tjeneste - vaskeri	34 707
6800	Kontor- og datarekvisita	33 033
6729	Andre konsulentstjenester	33 010
6106	Pasientreiser fly	27 969
7400	Kontingent	24 498
6500	Anskaffelse av med.tekn. Utstyr	23 347
6630	Vedlikehold maskiner, annet utstyr og inventar	23 163
7820	Tap på fordringer	23 000
6910	Porto	21 635
6722	Konsulenter, bygg og eiendom	21 143
6603	Planlagt vedlikehold bygginstallasjoner	20 104
6390	Annen kostnad lokaler	20 077
Sum arter større enn 20 mnok (83,87%)		2 534 869
Sum andre driftskostnader		3 022 423

Særskilt om dyre kreftlegemidler:

Sykehuset har i løpet av 2015 hatt en stor økning i kostnadene til enkeltmedikamenter, blant annet innenfor kreftbehandling og transplantasjonsmedisin. Det gjelder for eksempel ipilimumab for føflekkkreft med spredning, pertuzumab for brystkreft med spredning og immunglobuliner som brukes ved stamcelletransplantasjoner. Det har også vært store kostnadsøkninger til dyre legemidler innenfor andre områder, for eksempel innenfor øyesykdommer. Det er tatt høyde for økte medikamentkostnader i planleggingen av driften for 2016, men omfang og tidspunkt for ibruktakelse er vanskelig å forutsi.

På kreftområdet er det en rekke nye medikamenter som er til metodevurdering og hvor det kan bli tatt beslutninger i Beslutningsforum for nye metoder i slutten av 2015 eller utover i 2016. Dette gjelder medikamenter mot brystkreft, lungekreft, lymfekreft og myelomatose. For fire enkeltmedikamenter som alle er under metodevurdering kan det bli en kostnadsøkning på i overkant av 100 millioner kroner for Helse Sør-Øst, dersom disse blir besluttet tatt i bruk. De nye medikamentene som er nylig er godkjent og som er under vurdering representerer i stor grad nye behandlingsmuligheter og vil derfor i liten grad erstatte andre medikamenter. Kostnader til nye medikamenter reflekteres i hovedsak ikke i ISF-systemet for 2016.

For Oslo universitetssykehus HF er det budsjettet med en økning i kreftlegemidler i 2016 på om lag 25 millioner kroner. Sykehuset har i budsjett 2016 lagt inn de kostnadene som følger av allerede fattede vedtak i Beslutningsforum. Det er da kun tatt høyde for de legemidlene som er godkjent og med den forutsetning at Oslo universitetssykehus HF kun skal dekke kostnadene til befolkningen i eget opptaksområde (ref tekst om ipilimumab under). I 2015 har Helse Sør-Øst hatt en ordning der kostnadene til medikamentet ipilimumab, som gis ved Oslo universitetssykehus, viderefaktureres de andre sykehusene i regionen (med unntak for Sykehuset Sørlandet som gir medikamentet selv). Ved innføring av nye dyre kreftlegemidler legges det til grunn at denne ordningen må utvides til også å gjelde for andre dyre kreftlegemidler. Øvrige helseforetak er informert om dette.

Utvikling i kostnader til leie bygg:

De siste årene har det vært en betydelig vekst i kostnader til leide lokaler i Oslo universitetssykehus HF. Tabellene nedenfor viser utviklingen i helseforetakets husleiekostnader de siste årene og gir en kort beskrivelse av hovedårsakene til endring i leide lokaler.

År	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Beløp i mnok	158	132	152	158	165	205	254

Merknad: 2010-2014- tall er fra regnskap, 2015 er estimat, 2016 er budsjett.

Tidspunkt	Hovedårsak til endring
2010-2011	Reduksjon i innleiekostnader er innenfor Klinikk psykisk helse og avhengighet.
2011-2012	Økt leie av arealer i Forskningsveien for å kunne samlokalisere

	administrative funksjoner.
2012-2013	Avtale med Universitetet i Oslo om leie av laboratoriearealer i Domus Medica som ligger i tilknytning til Rikshospitalet.
2013-2014	Leie av kontorarealer ved Sogn Arena ("Bertil O. Steen bygget").
2014-2015	Leie av arealer fra OCCI på Montebello for å kunne flytte ut av arealer på Radiumhospitalet som ikke lenger er egnet til bruk på grunn av betydelig vedlikeholdsetterslep med tilhørende registrerte avvik og pålegg fra flere tilsyn. I tillegg er det leid arealer fra OBOS på Mortensrud for å kunne samlokalisere virksomhet innenfor Klinikk for psykisk helse og avhengighet.
2015-2016	Helårseffekt av leieavtaler inngått i 2015 knyttet til OCCI, Mortensrud og arealer i Storgata 40 (Legevakten).

I samme periode som leiekostnader og -arealer har økt har det blitt gjennomført betydelige tiltak for å renovere og forbedre egne arealer for å tilrettelegge for samlokalisering, effektiviseringsgevinster og behov for økt kapasitet i eide lokaler. Den viktigste årsaken til inngåelse av nye leieavtaler er knyttet enten til behovet for å flytte ut av uegnede arealer eller nødvendigheten av å realisere samlokaliseringseffekter (økonomiske og/eller kvalitative) som ikke er gjennomførbare i egen bygningsmasse. I noen tilfeller har det vært behov for å flytte ut av arealer som var i en slik forfatning at det ikke var forsvarlig, verken økonomisk eller med tanke på pasient- og ansattssikkerhet, å benytte lokalitetene i den stand de fremstår i.

Sykehuset gjør en nøye vurdering av behovet for arealer før det inngås kontrakter om leie av arealer. I tilfeller med usikkerhet knyttet til fremtidig lokalisering på kort sikt, vurderes det som fornuftig å leie fremfor å gjøre større investeringer. Bruk av leide vs. eide arealer vil måtte vurderes fortløpende etter hvert som behov for nye arealer dukker opp.

2.4. Avskrivninger

Det er budsjettert med 884 millioner kroner til avskrivninger på bygninger og utstyr i 2016. Dette er en økning på 22 millioner kroner fra budsjett 2015. Budsjettet inkluderer avskrivningskostnader for medisinsk-teknisk utstyr som leies. Budsjetterte avskrivninger tar hensyn til avskrivninger på anlegg som er i drift, anlegg under utførelse og planlagte investeringer. Det er i hovedsak avskrivninger på medisinsk-teknisk utstyr som øker.

Det gjøres oppmerksom på at hoveddelen av IKT-investeringene gjennomføres i regi av Sykehuspartner for helseforetakene i Helse Sør-Øst. Avskrivninger innen IKT kommer derfor ikke til uttrykk i Oslo universitetssykehus HF sitt regnskap som avskrivninger, men inngår i driftskostnader via tjenestepreis fra Sykehuspartner og regnskapsføres under arten Andre driftskostnader.

Foretaket har gjennomført investeringer som er helt eller delvis finansiert av investeringstilskudd (blant annet Forskningsbygget på Radiumhospitalet og noen mindre investeringer finansiert av regjeringens tiltakspakke i 2008/2009). Regnskapsmessig ble investeringstilskuddene bokført som utsatt inntekt, og dette inntektsføres i takt med at investeringene avskrives. Det er budsjettert med inntektsføring av tidligere års investeringstilskudd (utsatt inntekt) på 57,5 millioner kroner i 2016.

2.5. Salg og behov for nedskrivning av eiendom

Det er budsjettet med 11 millioner kroner i gevinst for salg av eiendom. Dette gjelder salg av Bogerudveien 13-15, der overtagelse er avtalt 1. januar 2016. Det er ikke budsjettet med kostnader til nedskrivning av eiendom i 2016.

2.6. Finansinntekter og –kostnader

For 2016 er det budsjettet med 48 millioner kroner i renteinntekter og 66 millioner kroner i rentekostnader, dvs. netto kostnader på 18 millioner kroner. Budsjetterte renteinntekter er om lag 24 millioner kroner lavere enn for 2015, som forklares med lavere rentesats. Budsjetterte rentekostnader reduseres med 39 millioner kroner fra budsjett 2015, vesentlig som følge av lavere rentesats og forventet lavere utnyttelse av driftskreditten. Budsjettet inkluderer rentekostnader på finansiering av medisinsk-teknisk utstyr som leies. Det er for 2016 budsjettet med 1,1 pst rente på de største finanspostene (driftskreditt og langsiktig fordring på Helse Sør-Øst RHF).

2.7. Datterselskaper og majoritetsandeler

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

Oslo universitetssykehus HF eier helt eller delvis selskapene som fremkommer av tabellen under. For 2016 er det budsjettet med positive resultater i aksjeselskapene på til sammen 19,4 millioner kroner. Dette er en økning på 5 millioner kroner fra budsjett 2015.

Navn	Budsjettert resultat i millioner kroner	
	2015	2016
Sophies Minde	6 370	13 260
Radpark	2 488	2 829
NMS	1 060	2 000
Sykehotell	569	716
Invent2	3 954	600
SUM	14 441	19 405

2.8. Øvrige sentrale budsjettposter

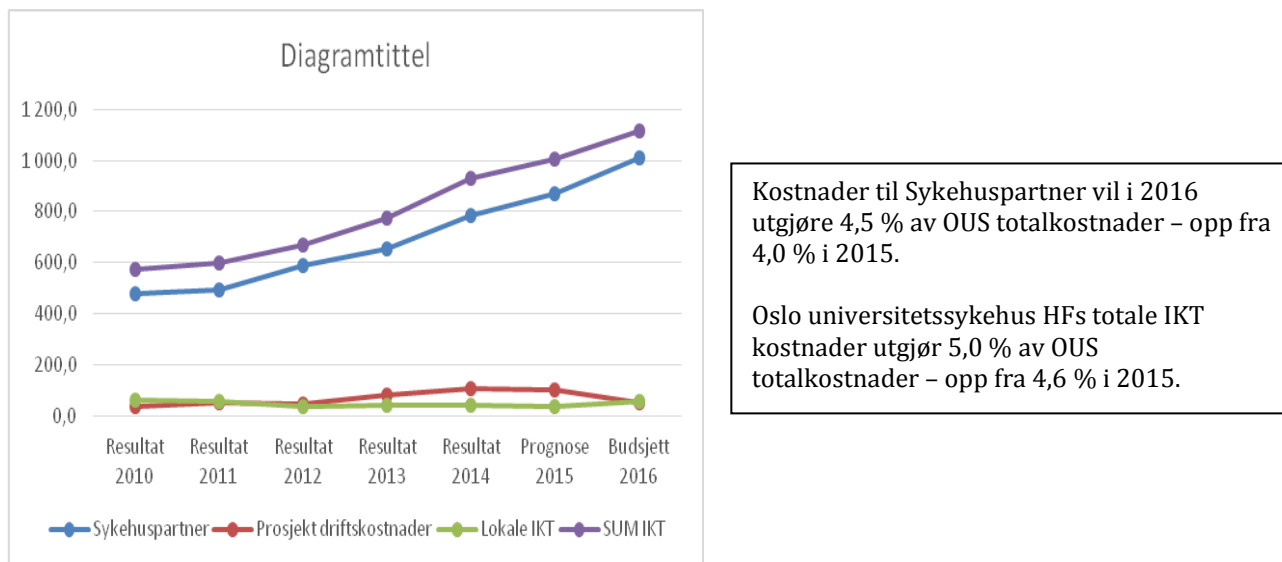
Under fellesposter er det budsjettet blant annet følgende forhold:

- Basistilskudd
- ISF-inntekter og gjestepasientinntekter somatikk

- Sentral overhead fra prosjekter med ekstern finansiering (25 millioner kroner)
- Midler til lønnsoppgjør (fordeles senere til klinikk)
- Pensjon som ikke er fordelt til klinikk (klinikkene budsjetterer med 23,6 pst)
- Avskrivninger og anslåtte leiekontrakter for MTU/bygg
- Netto finans
- Andre kostnader:
 - Gjestepasientkostnader somatikk (60 millioner kroner). Budsjetterte midler omfatter kostnader for behandling av pasienter fra Oslo universitetssykehus opptaksområde både internt i regionen og i andre regioner.
 - Dyre biologiske legemidler, H-resepter (82 millioner kroner)
 - Midler til Fritt behandlingsvalg somatikk (3,3 millioner kroner)
 - Legemidler som overføres fra HELFO i 2016 (51,5 millioner kroner)
 - Noen andre mindre poster
- Midler som følge av redusert resultatkrav fra Helse Sør-Øst RHF med 75 millioner kroner, fra 300 til 225 millioner kroner er udisponert.

3. IKT-kostnader

IKT-kostnadene har økt jevnt etter at Oslo universitetssykehus HF ble etablert og leveranse av IKT driftstjenester ble overført til Sykehuspartner; jfr figur nedenfor.



For 2016 er det budsjettert med 1 115,4 millioner kroner (før fratrukk av inntekter) i driftskostnader innenfor IKT-området.

IKT-budsjettet inkluderer tjenestekjøp fra Sykehuspartner (1 009,4 millioner kroner), tjenestekjøp utenfor Sykehuspartner (16,7 millioner kroner), driftskostnader til gjennomføring av prosjekter (50 millioner kroner) og drift av sykehusets IKT stab (39,3 millioner kroner). I tjenestekjøp fra Sykehuspartner inngår avskrivninger innenfor IKT-

området.

Figuren nedenfor viser utvikling i IKT-kostnader i perioden 2010-2016:

Utvikling i kostnader	Resultat 2010	Resultat 2011	Resultat 2012	Resultat 2013	Resultat 2014	Prognose 2015	Budsjett 2016
Sykehuspartner	478,6	494,6	587,8	654,5	784,1	868,6	1 009,4
Prosjekt driftskostnader	34,9	50,6	45,1	83,3	107,5	100,5	50,0
Lokale IKT	61,5	55,0	38,2	39,0	40,4	37,9	56,0
SUM IKT	575,0	600,2	671,1	776,8	932,0	1 007,0	1 115,4

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

Budsjettet for 2016 innebærer en netto økning på om lag 108 millioner kroner fra prognose for 2015. Dette tilsvarer en økning på nærmere 14 pst. Inkludert i dette inngår betalinger til Sykehuspartner HF med en budsjettøkning på om lag 140 millioner kroner. Denne økningen kan i hovedsak knyttes til økte avskrivningskostnader på ferdigstilte prosjekter, økning i driftspris fra SP og en økning i vedlikeholdskostnader på eksisterende applikasjonsportefølje. I tillegg bidrar ny finansieringsmodell for nasjonale kvalitetsregistre med en økning på 6 millioner kroner.

Driftsrelaterte prosjektkostnader går ned fra 2015 til 2016. Dette skyldes i hovedsak ferdigstilling av Regional EPJ (DIPS) fase 2, og noe lavere planlagt aktivitet innen lokalt finansierte prosjekter i 2016 enn det som ble gjennomført i 2015. I budsjettet for prosjektrelaterte driftskostnader i 2016 inngår blant annet 10 millioner kroner til bredning av regional løsning for kurve og medikasjon (Metavision) og 15 millioner kroner til fullføring av infrastrukturmodernisering ved OUS. Dette er ikke endelig besluttet og må vurderes på nytt når det er tatt stilling til om regionalt ERP-system skal innføres ved Oslo universitetssykehus HF i 2016.

For 2016 er det satt av 35 millioner kroner til finansiering IKT-prosjekter fra lokale investeringsmidler. Øvrige investeringsprosjekter innenfor IKT finansieres av regionale investeringsmidler.

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

4. Prinsipper for intern rammefordeling

Som start for klinikkens budsjetter for 2016 er det tatt utgangspunkt i klinikkvise prognoser for resultat i klinikk i 2015 justert for de viktigste forholdene som påvirker inngangsfarten til 2016. Det er deretter stilt et krav til effektivisering per klinikk. Kravet til resultatforbedring er differensiert ut fra tidligere års resultatoppgjør. Det er i tillegg tatt hensyn til "den gylne regel" for psykisk helsevern og Rus ved at kravet til resultatforbedring er satt lavere til Klinikk for psykisk helse og avhengighet. Det er også satt et noe lavere krav til resultatforbedring for Medisinsk klinikk ut fra en vurdering av beleggs- og sengesituasjonen. Rammene er i tillegg justert for forventet vekst med en finansiering på om lag 70 pst av gjennomsnittlig kostnad per DRG-poeng i klinikk. Rammene er også justert som følge av tildelinger til prioriterte områder. Dette gjelder for eksempel kreftmedikamenter, ambulansetjenester, smittevern, utdanningsstillinger og leie av arealer (jfr omtale under pkt

5.5 andre prioriteringer).

Etter disse tildelingene er det ingen reserve (udisponerte midler) på fellesposter av betydning.

Rammetildelingen for 2016 innebærer et betydelig krav til resultatforbedring for den enkelte klinikk.

Kort om overgang til ny klinikkstruktur fra 1.1.2016

Det er besluttet endringer i klinikkstrukturen fra 1.1.2016. Antall klinikker utvides fra 9 til 15. Budsjettet for 2016 er utarbeidet på gjeldende (gammel) klinikkstruktur og avdelingsbudsjettene vil fra januar 2016 bli gruppert på ny klinikkstruktur. Det vil bli en prosess for utvikling av organisering av de nye klinikkene i 2016. Det er lagt til grunn at kostnader forbundet med dette dekkes innenfor eksisterende budsjetter.

5. Interne faglige prioriteringer

5.1. Somatikk

I Økonomisk langtidsplan 2016-2019 ble det lagt til grunn en aktivitetsvekst for Oslo universitetssykehus HF i 2016 på 1,5 pst. Vekstforutsetningen var blant annet basert på følgende:

- Det skal oppnås reduksjon i ventetider slik at gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter i 2016 kommer under 65 dager. Intern venteliste (etterslep) skal halveres. Fristbrudd skal unngås.
- Oslo universitetssykehus HF gir helsetjenester på nasjonalt -, regions-, flerområde-, område-, og lokalsykehusnivå, og forutsetter vekst i pasientbehandlingen iht demografisk utvikling både i Oslo og i regionen.
- Den etablerte funksjonsfordelingen mellom sykehusene i Oslo medfører at sykehuset får mye av veksten (barn, fødsler, kreft, akuttkirurgi, psykisk helse) og lite av effekten av samhandlingsreformen.
- Innen noen fagområder forventes det en vekst som går utover befolkningsveksten. Viktige eksempler på dette er kreft, øye (flerområdefunksjon også for A-hus) og nevrologi.

I 2016 er det budsjettet med en samlet aktivitet tilsvarende 233 016 DRG-poeng. Budsjettet aktivitetsnivå er ment å ivareta endringer i behov (demografi og ventelister) og bedret utnyttelse av intern kapasitet innen for eksempel operativ kapasitet. Det er lagt til grunn at eventuell meraktivitet finansieres med de til enhver tid gjeldende satser for ISF-refusjon og satser for gjestepasienter.

For 2016 er det forventet at nytt i ISF-regelverket ikke gir noen reell omfordelingseffekt. Dette er basert på foreløpig informasjon fra Helsedirektoratet. Dette vil imidlertid ikke være endelig avklart før endelig ISF-regelverk foreligger primo 2016.

Tabellen under viser budsjettet aktivitet i antall DRG-poeng per klinikk for 2015 og 2016:

Klinikk	Budsjetterte DRG-poeng		
	2015	2016	Endring 2015 - 2016
Medisinsk klinikk	27 095	27 503	408
Klinikk for kirurgi og nevrofag	64 402	67 619	3 217
Kvinne- og barneklubben	37 890	38 168	278
Klinikk for kreft-, kirurgi og transplanta	62 472	61 328	-1 144
Hjerte-, lunge- og karklubben	31 882	30 700	-1 182
Akuttklubben	4 130	4 445	315
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	161	161	-
Biologiske legemidler	1 972	1 972	-
Fellesposter	-138	1 120	1 258
SUM	229 866	233 016	3 150

Oslo universitetssykehus HF har gjennom flere år feilaktig rapportert flere konsultasjoner samme dag for samme pasient. Det er gjennomført opplæringsaktiviteter i 2015 for å sikre at denne aktiviteten nå registreres riktig i DIPS. Praksis skal være endret gjennom høsten 2015 slik at det for 2016 er det lagt til grunn at dette gjøres i samsvar med gjeldende regelverk.

5.2. Laboratoriemedisin- og radiologi

Det er gitt et aktivitetskrav til Klinikk for diagnostikk og intervensjon på 4 pst for å kunne håndtere forventet somatisk aktivitetsvekst i 2016. For dette er Klinikk for diagnostikk og intervensjon tilført 37 millioner kroner. Krav til resultatforbedring fører imidlertid til at klubben i stor grad må effektivisere inn forventet aktivitetsvekst. Ved hjelp av klubbens tiltakspakke har det likevel vært mulig å fristille noe midler til økt bemanning. Det har vært lagt vekt på områder som vil være viktig for sykehusets aktivitet, som for eksempel kapasitet rundt pakkeforløp og utvidet åpningstid på mikrobiologi. For øvrig forventes det at Avdeling for radiologi og nukleærmedisin oppnår full effekt av oppbemanningen som ble gjennomført i 2014-2015, spesielt rettet mot CT, MR og PET. Kapasitet på eksisterende maskinpark er imidlertid presset og avdelingen er avhengig av kontinuerlig utskifting av tungt utstyr. Maskinkapasitet utnyttes der det er mulig på kveldstid samtidig som pasientgrupper flyttes mellom lokalisasjoner der det er hensiktsmessig. For Avdeling for medisinsk biokjemi skal hovedplattformen på Rikshospitalet skiftes ut i løpet av sommeren. Dette vil gi bedre logistikk og prøveflyt, samt reduksjon i varekostnader. For alle fagområdene i KDI gir et presset investeringsbudsjett økt risiko for manglende måloppnåelse.

5.3. Aktivitet psykisk helsevern

Innenfor psykisk helsevern for voksne har aktiviteten i 2015 vært høyere enn budsjettet for både utskrivninger og polikliniske konsultasjoner. Døgnbehandlingen har hatt en nedgang på 2,6 pst i forhold til budsjett. Nedgangen i døgnbehandlingen er i tråd med forventede føringer i oppdragsdokumentet der pasientbehandlingen ønskes dreiet fra døgn- og dagbehandling til polikliniske konsultasjoner. For 2016 er det budsjettet med en reduksjon i antall utskrivninger fra døgnvirksomheten på 26 utskrivninger (1,5 pst) fra estimat 2015, mens

antall liggedøgn budsjetteres med en nedgang på 2 112 liggedøgn (3,0 pst) i forhold til estimatet for 2015. Reduksjonen knyttes både til redusert salg av døgnplasser til AHUS og kostnadsreducerende tiltak innenfor definerte sengeposter for å overholde redusert utgiftsramme til klinikken i 2016.

Innenfor psykisk helsevern for barn og unge er aktiviteten i 2015 høyere enn budsjettert både for døgnvirksomheten (målt i antall utskrivninger og oppholdsdager dagbehandling) mens den polikliniske aktiviteten er lavere. Dette skyldes i hovedsak færre registrerte telefonkonsultasjoner og færre registrerte tiltak per pasient. Årsaken til dette er mer omstendelig og tidkrevende registrering i nytt pasientadministrativt system (DIPS) enn i det forrige (BUP-data), samt en økning i behandling i grupper. For 2016 er det budsjettert med et noe høyere aktivitetsnivå innenfor dagvirksomheten, mens døgnvirksomheten forventes å holde seg på tilnærmet samme nivå som i 2015. Det har over lang tid vært arbeidet for å øke den polikliniske aktiviteten innenfor psykisk helsevern for barn og unge. Budsjettert aktivitet innenfor psykisk helsevern for barn og unge omfatter også poliklinisk aktivitet fra Kvinne- og barneklubben, Poliklinikk for psykosomatikk og CL-barnepsykiatri, med 4 000 konsultasjoner for 2016.

5.4. Aktivitet tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) har det i 2015 vært færre liggedøgn og dagbehandlinger enn budsjettert, mens antall pasienter utskrevet fra døgnbehandling har vært tilnærmet lik budsjettert. Den polikliniske aktiviteten har økt gjennom 2015 og forventes på årsbasis å bli betydelig høyere enn budsjettert. Antall liggedøgn forventes noe redusert fra estimat 2015 som følge av antatt lavere belegg ved en døgnenhet. For antall utskrevne pasienter fra døgnbehandling er det lagt til grunn en økning på 2,2 pst (65 utskrivninger) fra estimat 2015. Dette knyttes til arbeidet med å øke andel pasienter som fullfører behandling, dvs reduksjon i antall drop-out. Den polikliniske aktiviteten innenfor TSB har i lengre tid vært sterkt økende. Estimaten for 2015 viser en meraktivitet på nærmere 50 pst (om lag 5 000 konsultasjoner). Det forventes imidlertid kun en begrenset økning fra dagens nivå i 2016.

Det vises for øvrig til tabellen med måltall for aktivitet innen psykisk helsevern og TSB for 2016.

5.5. Andre prioriteringer

Gjennom budsjettarbeidet er det ut over generell kompensasjon for økt aktivitet omfordelt og tildelt 150 millioner kroner til prioriterte formål. Tildelingene er blant annet knyttet til økning i kreftmedikamenter, styrking av fagområder for å ivareta hensyn til pasientsikkerhet, økte leiekostnader ved innflytting i nye leide lokaler, økt kapasitet radiologi og laboratorievirksomheten. Den største satsingen er økningen i IKT kostnader med 60 millioner kroner fra budsjett 2015 (jfr kapittel 3).

5.6. Forskning og utdanning

Oslo universitetssykehus HF er en stor aktør innen forskning, utvikling og innovasjon.

Sykehuset bruker om lag 1,6 milliarder kroner årlig til forskning og utvikling, inkludert ekstern finansiering og beregnede kostnader ved støttefunksjoner og infrastruktur. Det har vært en moderat vekst i ressursbruken til forskning de siste årene og en klar økning i aktivitet målt i antall artikler. Sykehusets andel av nasjonal og regional forskningsproduksjon, målt i poeng for artikler og doktorgrader, er noe redusert sammenliknet med situasjonen for 8-10 år siden som følge av betydelig vekst i andre helseforetak.

Hoveddelen av veksten i ressursbruk kommer fra en økning i eksternt finansierte prosjekter. Både Helse- og omsorgsdepartementet og Helse Sør-Øst RHF forventer at Oslo universitetssykehus HF i økende grad søker ekstern finansiering til store nasjonale og internasjonale forskningsprosjekter, og ikke minst at EU-finansiert forskning øker i omfang. Slike prosjekter er ressurskrevende å delta i, og det kreves både tilstrekkelig avsatt tid og støttepersonell dersom en skal lykkes med større, multinasjonale, EU-finansierte prosjekter. Prosjektene gir imidlertid tilgang til svært viktige nettverk, teknologi og internasjonal kompetanseutveksling. Eksternt finansierte forskning krever både infrastruktur og annen tilrettelegging og prioritering i sykehusets virksomhet. I oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet vil det for 2016 stilles krav om styrking av infrastruktur for utprøving og testing av nytt medisinskteknisk utstyr og teknologi. Det følger ikke ekstra midler med dette kravet. Ett av departementets langsiktige mål er økt kvalitet, omfang og implementering av klinisk pasientrettet forskning, og det forventes at et økt antall pasienter får tilbud om å delta i kliniske studier.

Klinikkene må innenfor sine rammer prioritere hvordan en best kan utnytte basisrammen til sin totale virksomhet, herunder forskning og innovasjon. Det er lagt inn et krav til klinikkene om særskilt vurdering av dette området i budsjettprosessen for 2016.

Sentralt tildelte forskningsmidler i Oslo universitetssykehus er i 2016 budsjettert med 2 millioner kroner mer enn i 2015, dvs om lag 23 millioner kroner. De sentrale midlene går til stimuleringsmidler til klinikkene for å understøtte deres handlingsplaner for forskning, infrastrukturtildelinger til biobanker og registre, fokuserte forskningsområder, samhandlingsforskning og forskningspriser. Det tildeles videre 1,5 millioner kroner i innovasjonsmidler. Økningen på 2 millioner kroner i 2016 er avsatt til etablering av et nytt fokusert forskningsområde; antibiotikaresistens.

Helse Sør-Øst RHF har foreslått å tildele Oslo universitetssykehus HF 369 millioner kroner til forskningsformål i 2016 (behandles av styret for Helse Sør-Øst RHF i desember). Flere av de øremerkede tilskuddene fra Helse Sør-Øst er ikke lønns- og prisjustert for 2016. Dette gjelder blant annet tilskuddet for å drive regionale forskningstøttefunksjoner, som også inkluderer innovasjonsstøtte til regionen. Dette skaper ekstra utfordringer, all den tid det meste av bevilgningen benyttes til faste lønnsmidler i Oslo universitetssykehus. Det samme gjelder øremerkede tilskudd til kvalitetsregistre.

Det tildeles ikke øremerkede midler fra Helse- og omsorgsdepartementet eller Helse Sør-Øst RHF til utdanningsformål. Dette er lovpålagte aktiviteter som klinikkene må ivareta ut fra de krav som stilles fra utdanningsinstitusjonene og myndighetene, og utdanningsoppgaver må i all hovedsak planlegges innenfor klinikkens ordinære budsjett. I Økonomisk langtidsplan er det påpekt at det vil være et økende behov for å prioritere midler til videreutdanning av spesialsykepleiere til fagområder som er kritisk viktige for driften. Dette fremgår også av sykehusets risikoanalyser. I budsjettet for 2016 er rammen til videreutdanning av

spesialsykepleiere 48,6 millioner kroner. Det er avsatt 1 million kroner i utdanningsmidler til utvalgte prosjekter og til en nylig etablert utdanningspris.

Fra og med 2017 innføres gradvis en ny struktur for spesialistutdanning av leger, der regionsykehusene får betydelige koordineringsoppgaver gjennom etablering av regionale utdanningssentre. En del av dette arbeidet må starte opp i 2016 og vil kreve noen ressurser i 2016. Oslo universitetssykehus er avhengig av tilførsel av midler fra Helse Sør-Øst til dette formålet dersom et regionalt utdanningssenter skal kunne etableres.

6. Tverrgående resultatforbedrende tiltak 2016

For å redusere resultatutfordringen har Oslo universitetssykehus HF som mål å øke aktiviteten uten tilsvarende vekst i kostnader. Dette vil kreve spesiell fokus på driften av både poliklinikk, operasjon, og sengeposter. Det vil i tillegg være avgjørende at Oslo universitetssykehus HF får kontroll på bemanningsutviklingen. Under følger en nærmere omtale av hvordan det vil bli arbeidet på disse områdene.

6.1. Poliklinikk

Våren 2015 ble det etablert et prosjekt for å analysere driften av Oslo universitetssykehus HF sin polikliniske virksomhet. Prosjektet har i løpet av høsten avdekket flere potensielle forbedringsområder rundt poliklinisk drift i Oslo universitetssykehus HF. Dette materialet er gjort tilgjengelig for klinikkene i budsjettarbeidet. Det er tydelig et potensial for å:

- Øke den polikliniske aktiviteten på hhv morgenen og ettermiddagen.
- Bedre utnyttelse av driften på slutten av uka.
- Fylle timebøkene lenger framover i tid, min seks mnd (rullerende).

At timebøkene fylles framover i tid antas å kunne gi både pasienter og ansatte en best mulig forutsigbarhet og planleggingshorisont. Selv om det er blitt langt bedre i løpet av 2015 er det fortsatt et potensial for å forlenge planleggingshorisonten.

Oslo universitetssykehus HF vil i 2016 jobbe for å styrke oppfølgingen av poliklinikkene i 2016 spesielt med tanke på:

- Tidligere (gjennomsnittlig) oppstart per poliklinikk
- Senere (gjennomsnittlig) avslutning per poliklinikk
- Økt andel oppsatte timer 6 mnd frem i tid per poliklinikk
- Økt antall konsultasjoner fordelt per ukedag (mest mulig lik aktivitet alle vanlige hverdager)

På litt lengre sikt ønsker Oslo universitetssykehus HF å følge polikliniske konsultasjoner per timeverk. Dette vil trolig være krevende å håndtere i 2016 ettersom personalsystemene ikke inneholder bemanningsplanene på poliklinikkene for legetjenesten, og ofte heller ikke for pleietjenesten. Det arbeides for å få dette på plass i løpet av 2016, slik at man kan gjøre en bedre vurdering av produktiviteten og utnyttelsen av den polikliniske virksomheten, og sikre at de forskjellige personalgruppene arbeidstid er tilpasset pasientvirksomheten.

Det er forventet at et fokus på områdene over vil gi bedret resultat i form av økt poliklinisk aktivitet i 2016.

6.2. Sengepostene

Oslo universitetssykehus HF har lenge jobbet med sine sengeposter gjennom prosjekter for bedre ressursstyring (tidligere BRASSE). Dette har gitt noen resultater i form av tilgjengelig styringsinformasjon og mer fokus på oppdaterte bemanningsplaner basert på reell aktivitet. Det har lenge vært klart at det er et behov for en felles tilnærming ved hele Oslo universitetssykehus HF for bedre fordeling og planlegging av pleieressursene. Det ble følgelig nedsatt en arbeidsgruppe som skal foreslå måter å redusere kostnad ved drift av sengeposter samlet for Oslo universitetssykehus HF ved å:

- Revidere gjeldende retningslinje for bemanningsnormering
- Lage modell/metode for planlegging av antall senger på en sengepost
- Lage modell/metode for vurdering av bemanning

Et justert mandat og prosjektplan som sikrer nødvendig involvering av tillitsvalgte og fagpersoner er nå under utarbeiding. Riksrevisjonens undersøkelse av styring av pleieressursene i helseforetakene trekker blant annet fram at sengepostledere og mellomleder har godt utbytte av retningslinjer / guider for hvordan kapasitet og bemanning skal planlegges. Dette vil være et av hovedmålene for prosjektet i tillegg til at metoden vil kunne brukes til overordnede analyser for omfordeling etc. Det er imidlertid viktig at linjeledere får støtte til å gjennomføre de endringer som vil være nødvendig i bemanningen, se nærmere omtale av ressursteamene under bemanning.

6.3. Operasjon

Oslo universitetssykehus HF utfører om lag 50 000 operasjoner årlig. Det er et stort behov for å koordinere bruken av ulikt personell, arealer og utstyr på tvers av avdelinger og lokasjoner. Gjennom 2015 har det kirurgiske driftsstyret arbeidet videre med systematisk forbedring av drift. Driftsstyret og de seks lokale driftsrådene har representanter fra alle kirurgiske disipliner, anestesi, postoperativ og planleggere.

Tall for kirurgisk drift 2015 viser at antall operasjoner og samlet knivtid på operasjonsstuene er økt med 4 pst samtidig som det har vært en reduksjon på om lag (4 pst) av antall strykninger sammenliknet med året før.

Driftsstyret har registrert en bedre avvikling av øyeblikkelig hjelp i 2015, men fortsatt er det driftsutfordringer når det er høy samtidig aktivitet i mottak, operasjonsstuer eller PO/intensiv (f. eks traumatologi, transplantasjoner). Det vil i 2016 fortsatt legges vekt på å forbedre organisering, styring og kapasitet i behandlingen av pasienter som mottar øyeblikkelig hjelp på Ullevål i 2016.

At det har vært en reell knapphet på operasjonssykepleiere førte til at Oslo universitetssykehus HF ble bedt av Helsedirektoratet om å skissere en pilot for oppgavedeling. Dette arbeidet skal revurderes i samarbeid med oppdragsgiver for best mulig å kunne bidra til å møte kapasitetsutfordringene i operativ drift.

a) Prinsipper for god drift

Et av de viktigste områdene i 2015 er oppfølging og gjennomføringen av prinsippene for god drift. Disse ble vedtatt primo 2015:

1. Standardisere all forberedelse før pasienten er på operasjonsstuen
2. Pasienten kommer til operasjonsstuen til avtalt tidspunkt
3. Forberedelse på operasjonsstuen: Personell møter til avtalt tid på operasjonsstuen, det legges til rette for jobbing parallelt og et standardisert optimalt samarbeid.
4. Ankomst kirurg minimum 10 min før avtalt start knivtid.
5. Oppstart knivtid: Det settes et mål for planlagt oppstart knivtid for hver pasient.
6. Slutt knivtid: Teamet forhåndsvarsles når operasjonen nærmer seg slutten og forhåndsvarsle PO/sengepost for neste pasient og renhold/rydding av stue.
7. Knivtid slutt: Mottak av neste pasient, oppstart knivtid avtales for pasient nr 2 for alle i operasjonsteamet når knivtiden avsluttes.
8. Anestesi slutt: Pasienten tas ut av operasjonsstuen uten opphold.
9. Overflytting til PO: Overføringen skjer uten opphold.
10. Skiftetid mellom to operasjoner standardiseres.

Fortsatt er en stor andel av Oslo universitetssykehus HF sine strykninger knyttet til mangelfull planlegging. Det konkretiseres nå en rutine som presiserer hvilke typer planlegging og forberedelser som skal gjennomføres frem til tidspunkt for operasjon. Det avtales møtetidspunkter for planlegging med oppdatert informasjon slik at man kan redusere antall strykninger.

Når pasientene er kommet til sykehuset er det viktig med ytterligere standardisering av forberedelsene til operasjon. Bruk av preoperative sjekklister og previsitt for kirurg og anestesilege er viktige virkemidler. DIPS operasjonsplan er nå innført med standard oppmelding for alle pasienter og bedre muligheter for oppfølging. Avtalte tider for oppmøte er en viktig del av prinsippene. Her inngår at kirurgen skal møte på stua og delta i forberedelsene minimum 10 minutter før planlagt start knivtid, og kun ringes etter dersom det er avvik fra de fastsatte tidene som varierer mellom fag og type operasjon. Fra noen lokasjoner meldes det at man ved å ha kirurgen tidligere på operasjonsstua får avklart forhold som tidligere førte til forsinkelser. Rutinene for dette er innarbeidet ved noen lokasjoner i 2015, men det krever oppfølging i 2016 for å få dette implementert.

b) Stuefordeling tilpasset aktivitet og årlig planlegging

Det har tidligere vært meldt om behov for team tre ganger i året. Dette reduseres fra 2016 til en årlig innmelding som koordineres med budsjettprosessen. Det vil være en kontinuerlig prosess med evaluering av eksisterende bruk av ressurser i forhold til måltall for kirurgi og behov. Det kirurgiske driftsstyret vil etablere rapportering av hvordan operativ ressurs benyttes på hver operasjonsenhet. Basert på dette vil man styre stuefordeling og bruk av team dynamisk for å sørge for at Oslo universitetssykehus HF møter sine forpliktelser knyttet til pakkeforløpene i kreftbehandlingen og håndterer sine ø-hjelpsforpliktelser uten avvik og AML-brudd.

c) Kontinuerlig oppfølging

Som kommentert over har Oslo universitetssykehus HF i løpet av 2015 innført DIPS operasjonsplan. Dette er forventet å gi noen bedre muligheter for oppfølging både lokalt og sentralt. Det vil måtte jobbes med å kvalitetssikre registreringen, innholdet i

oppmeldingsskjema og utvikling av rapporter. Følgende rapporter vil prioriteres utviklet i løpet av 2016.

- Ventende ø-hjelp, ventende kirurgi
- Planleggingsrapport (stuebruk framover i tid, skiftetider)
- Trygg kirurgi
- «Ressursrapport»

I tillegg har alle fag og lokasjoner utarbeidet måltall for elektiv aktivitet 2016 dette vil de bli fulgt opp på månedlig.

- Aktivitet i forhold til måltall

6.4. Bemanningsstyring

Arbeidet med å sikre kontroll med bemanningsutviklingen ved Oslo universitetssykehus HF videreføres. Det etableres egne ressursstyringsteam for å bistå ledere i å utarbeide planer. Gjennom veiledning og kompetanseoverføring til enhetsledere er målet å sikre bedre bemanningsplanlegging.

Det er et mål at bruk av variabel lønn og innleie skal reduseres. Bruk av eksternt innleid helsepersonell skal som hovedregel unngås. Retningslinjer for styring og oppfølging av disse områdene vil bli tett fulgt opp.

Det arbeides videre med å legge HR-data i foretakets ledelsesinformasjonssystem (OUS LIS) slik at aktivitet og bemanning på en enklere måte ses i sammenheng og kan anvendes i planleggingen.

Det skal utarbeides en forpliktende tiltaks- og gjennomføringsplan i hver klinikk for hvordan riktig bemanning sikres i tråd med budsjett. Tiltak for å redusere bemanning der det er nødvendig samt premisser for hvordan bemanningsstyringen skal implementeres, beskrives i denne planen.

Videre vil klinikker med utfordringer knyttet til bemanning få særskilt bistand og HR i linjen vil følges opp med hensyn til bemanningsutviklingen.

a) Rekruttering

Det drives kontinuerlig utvikling for å sikre gode prosesser rundt ansettelse ved Oslo universitetssykehus HF. Ledere skal gjennom maler og skjemaer og gode retningslinjer sikres gode verktøy i rekrutteringsprosesser.

Det etableres rutiner i klinikkens stillingsutvalg for godkjenning av alle ansettelse. En retningslinje som beskriver denne prosessen utarbeides for 2016.

b) Kompetanseheving

Det gjennomføres obligatoriske kurs for alle ledere om arbeidstid. Videre tilbys kurs i - GAT og ressursplanlegging og nærmere om hvordan planer utarbeides, og - Rekruttering hvor analyse er en viktig del av opplæringen, herunder stillingsanalyse og behovsvurdering.

7. Resultatforbedrende tiltak 2016 – i klinikk

Klinikkene har som tidligere år jobbet med tiltak for å bedre driften i egen klinikk og har konkretisert tiltak i de fleste avdelinger. På dette tidspunkt foreligger det tiltak for 329 millioner kroner.

I tabellen under har vi gruppert tiltakene. Den største gruppen tiltak er knyttet til bedret drift og inkluderer alle tiltak knyttet til utnyttelse av operativ kapasitet, samdrift og sammenslåing sengeposter, strukturering av pasientflyt, prøvetaking, øvrige LEAN prosjekter mv. Det er spesielt Klinikk for kirurgi og nevrofag og Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken sine tiltak som går på økt aktivitet som slår inn i denne gruppen.

Deretter følger permanente reduksjoner i kostnaden til bemanning, dette er knyttet til nye vaktordninger/turnusavtaler, endret sammensetning av personell, lavere årslønn, tilpasninger i arbeidstiden som reduserer behovet for innleie og overtid, reduksjon i antall årsverk og det er spesielt Klinikk psykisk helse og avhengighet, Kvinne- og barneklubben og Akuttklubben som forventer stor effekt av dette. Det er valgt å synliggjøre midlertidig ledighold av stillinger ettersom dette er tiltak som ikke kan forventes å ha en permanent effekt på kostnadsnivået. Samlet forventes besparelser knyttet til bemanning på 110 millioner kroner. Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken og Klinikk for diagnostikk og intervensjon, forventer også effekter knyttet til innkjøp. For Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken er dette knyttet til kostbare medikamenter, og for Klinikk for diagnostikk og intervensjon er det knyttet til bedre innkjøpsavtale på reagenser som følge av avtale om nytt hovedinstrument.

Type tiltak	KPHA	MED	KKN	KVB	KKT	HLK	AKU	KDI	OSS	Samlet
Bedret drift		8 930	55 000	3 000	31 320	11 826		6 400	4 170	120 646
Midlertidig ledighold av stillinger	3 480	2 240		1 600	2 910	1 600	3 900	9 880	3 520	29 130
Permanente reduksjoner i kostnaden til bemanning	15 660	1 090	4 000	18 910	8 160	1 500	23 680	1 250	6 080	80 330
Reduserte innkjøpskostnader (volum og pris)	980	3 200		1 000	9 400	3 260	1 940	9 470	800	30 050
Gevinster v/nye IT løsninger		410					2 000	3 030	2 220	7 660
Endret pasientsammensetning		500								500
Annet		1 110		15 150	1 700		1 860	16 970	24 820	61 610
Samlet	20 120	17 480	59 000	39 660	53 490	18 186	33 380	47 000	41 610	329 926

Hver klinikk vil foreta en avveining av ambisjonsnivået knyttet til tiltak og risikoen for gjennomføringen av disse. For 2016 er det tiltak for til sammen 33,4 millioner kroner som vurderes å ha en høy risiko for manglende gjennomføring og en høy risiko for redusert effekt. Det er flere grunner til at tiltak kan klassifiseres med høy risiko, i noen tilfeller innebærer det en risiko for overtallighet, omdømme arbeidsmiljø, eksisterende avtaler med eksterne må i noen tilfeller reforhandles for å nevne noe.

Risiko for gjennomføring					
Risiko for effekt		L	M	H	Totalsum
	L	84 446	29 330	8 000	121 776
	M	29 480	129 140	11 300	169 920
	H	4 600	180	33 450	38 230
	Totalsum	118 526	158 650	52 750	329 926

Erfaringsmessig vil det ofte være tiltak i klinikk også ut over de som er klassifisert med høy risiko som gjennomføres med lavere effekt enn forventet. Dette gjør at Oslo universitetssykehus HF vil måtte arbeide videre med tiltak både for å sikre gjennomføringen av de som er meldt og for å identifisere nye områder for tiltak.

Under gis det en kort omtale av den enkelte klinikks budsjett for 2016 med fokus på vurdering av krav til økonomisk resultatforbedring i 2016, tiltak, risiko og medvirkning i budsjettprosessen. Hver klinikk redegjør også kort for status for arbeidet med tiltak.

Klinikk	Klinikk psykisk helse og avhengighet
---------	--------------------------------------

	Kostn-ramme 2015 rev2 2015	Progn fra klinikk	Krav til for- bedring mill kroner	Aktivitetsvekst i % (fra res til bud)	Aktivitetsvekst i % (fra bud til bud)	Tiltak meldt fra klinikk
KPHA	1 914 100	-25 000	-38 300			20 100

1. Vurdering av inngangsfart til 2016 og fordeling av krav til resultatforbedring til avdelingene

Økonomisk resultat for klinikken ved utgangen av oktober 2015 er et negativt budsjettavvik med 32,6 millioner kroner. Klinikken estimerer for 2015 et negativt budsjettavvik på 25 millioner kroner. Klinikken har stilt krav til alle avdelinger om å gå i budsjettbalanse med nullresultat for 2015, og effekten for å oppnå dette har vært varierende mellom klinikken sine avdelinger.

Klinikken gjennomførte to større flyttinger i løpet av 2015. Josefinesgate DPS flyttet sin polikliniske aktivitet og administrasjon fra to lokaliseringer i Josefinesgate og i Pilestredet til én ny adresse for poliklinisk virksomhet i Nydalen DPS. Samtidig samlokaliserte Nydalen DPS sin døgnbehandling i Geitmyrsveien. Søndre Oslo DPS, Barne- og ungdomspsykiatri Oslo Syd og en ruspoliklinikk ble fra mai 2015 samlokalisert i et nytt bygg: Mortensrud-OUS, som leies ut av OBOS. Voksenpsykiatriens døgnavdeling i Søndre Oslo DPS blir styrket med 8 senger til totalt 30 døgnplasser. Denne økningen i døgnkapasiteten for Søndre Oslo DPS forutsetter en reduksjon i døgnkapasiteten ved Døgnavdeling psykose, Dikemark. Gjennomføringen av overførte døgnplasser har fremtvunget en analyse av døgnplassenes sikkerhetsnivå, der hensynet til pasientens sikkerhet, samt samfunnsvernet nå fremlegges som en rapport for videre beslutning av lokalisering av de resterende døgnplassene i døgnavdelingen. Hittil har totalt 6 lokaliseringer for pasientbehandling blitt redusert til to steder. Som en konsekvens av flyttingene ble to bygg eiet av Oslo universitetssykehus HF, lagt ut for salg. Det tredje bygget, Bogerud BUP, selges nå.

Akershus universitetssykehus HF sa opp 10 sengeplasser i sin avtale med Oslo universitetssykehus HF. Disse plassene ble virksomhetsoverdratt fra Oslo universitetssykehus HF 1.7.2015. Fortsatt gjenstår 18 døgnplasser hvorav 10 av døgnplassene representerer sikkerhetsnivå 2: lokal sikkerhet. Akershus universitetssykehus HF har søkt om å forlenge denne avtalen ytterligere, utover 2017. I tillegg tydeliggjøres den økte belastningen Klinikken psykisk helse og avhengighet har med utvidet ansvar utover det definerte opptaksområdet for 6 bydeler ved at Oslo universitetssykehus HF også ivaretar sikkerhetsnivå 2 (lokal sikkerhet for Lovisenberg Diakonale sykehus og Diakonhjemmet sykehus). Oslo universitetssykehus HF har totalt ansvar i Oslo for døgnplasser inne rus- og avhengighetsbehandling, totalt ansvar for døgnplasser i barne- og ungdomspsykiatrien, for døgnplasser og poliklinisk behandling av pasienter med tidlig debut av psykoselidelser, for poliklinisk behandling av særdeles krevende angst- og tvangslidelser, for all spesialisthelsetjeneste innen personlighetspsykiatri i hele Oslo, for all spesialisthelsetjeneste innen spesialisert poliklinisk behandling av spiseforstyrrelser. Dette er i tillegg til de regionale og nasjonale kompetansetjenester som Oslo universitetssykehus HF er tildelt, og som klinikken ivaretar.

2. Status for utarbeidelse av tiltak

Klinikken har fått redusert utgiftsrammen for 2016 med netto effekt på minus 16,8 millioner kroner. Finansiering til klinikken for aktivitetsvekst for 2016 er om lag 70 prosent av gjennomsnittlig kostnad i klinikk. For klinikken betyr dette en vekstfinansiering mot forventet vekst i aktivitet på 1,9 prosent, beløpsmessig til 25,5 millioner kroner. Rammene er også justert som følge av tildeling til prioriterte områder.

a. Beskrivelse av tiltak

Klinikken har innenfor tildelt utgiftsramme prioritert inn en bevilgning med 6,0 mill. kr. til BUP Ungdomspsykiatriske akuttsesjon. utfordringen for klinikken er at denne prioriteringen omfatter områdefunksjoner for alle bydeler i Oslo: akutt og intermediær døgntil behandling av ungdom. Klinikken prioritering innebærer at døgntil behandling for de tre sykehusenes (Lovisenberg, Diakonhjemmet og Oslo universitetssykehus HF) ungdomspsykiatriske populasjon dekkes av klinikkens ramme.

3. Inntekts- og kostnadsramme for budsjett 2016

Klinikken er gitt oppdrag innenfor pasientbehandling, der ansvaret er lokalt for opptaksområdet, men også betydelig utvidet ansvar for oppgaver knyttet til utvidet opptaksområde for alle Oslo bydeler (områdefunksjoner), samt regionalt og nasjonalt ansvar. I tillegg har klinikken ansvar for ulike regionale og nasjonale behandlings- og kompetanse-tjenester, forskning, utdanning og utvikling. Det aller meste av disse oppgavene og ansvaret er finansiert av basis-/ grunnbevilgning. De inngår dermed i det grunnlag som kostnadsreduserende tiltak skal beregnes utfra. Stadig redusert utgiftsramme gjør det vanskelig å ivareta disse oppgavene og ansvaret i henhold til mandat og oppdrag som er gitt.

4. Risikovurdering

a. Gjennomføring, risiko for pasientbehandling, omdømme og arbeidsmiljø

Når tiltak gjennomføres i klinikken blir de gjennomført først etter en grundig vurdering av hvordan tiltakene påvirker pasientbehandling, omdømme og arbeidsmiljø. For 2016 har det ikke vært mulig å finne tiltak som utelukkende er vurdert å ha en akseptabel risiko. Risiko for nåværende foreslåtte tiltak er overveiende vurdert som moderat til høy risiko å gjennomføre. Tiltakene blir fortløpende vurdert i ledelseslinjen og i samarbeid med tillitsvalgte og vernetjeneste.

5. Medvirkning

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

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

Avdelingene i klinikken har videre gitt tilbakemelding om medvirkning og involvering i budsjettprosessen av ledere på alle nivåer ned til enhetsnivå.

Klinikkens brukerråd har vært orientert og involvert underveis i budsjettprosessen

Klinikk	Medisinsk klinikk
---------	-------------------

	Kostn-ramme 2015 rev2 2015	Progn fra klinikk	Krav til for- bedring mill kroner	Aktivitetsvekst i % (fra res til bud)	Aktivitetsvekst i % (fra bud til bud)	Tiltak meldt fra klinikk
MED	1 127 500	-45 000	-36 600	0,9 %	1,5 %	17 500

1. Vurdering av inngangsfart til 2016 og fordeling av krav til resultatforbedring til avdelingene

Medisinsk klinikk har på dette tidspunkt en risiko for et betydelig overforbruk 2016. De rammelementer som påvirker klinikken har en direkte effekt på bunnlinjen tilsvarende 2 millioner kroner.

I budsjettprosessen har det kommet frem enkelte områder hvor klinikken ser en risiko for kostnadsøkning som vil påvirke klinikkens inngangsfart. De vesentlige områder er inntektstap ved overføring av PCI til Akershus universitetssykehus HF (8,5 millioner kroner), styrking av dialyse (5,1 millioner kroner), kostnadsføring av formidlingsgebyr på bestillende enhet (2 millioner kroner), full kostnad ved styrking av leger i akuttmottaket (2,2 millioner kroner).

Medisinsk klinikk har hatt flere år med stram styring, høyt pasientbelegg og redusert liggetid. Det er risiko for redusert mulighet for ledigholdelse av stillinger. Omfanget av denne risiko er estimert til 16 millioner kroner. Ledigholdelse av stillinger har også vært mulig i større utstrekning frem til og med 2015 pga. frikjøp til prosjekt som f.eks. innføring av DIPS. Under pkt. 3 beskrives et økt krav til avdelinger som blant annet påvirker dette nivået.

Etter denne vurdering er budsjettert inngangsfart etter rammetildeling for 2016, og før tiltak, estimert til ca. 71 millioner kroner.

2. Status for utarbeidelse av tiltak

Avdelingene har i budsjettprosessen hatt september måned til å konkretisere tiltak. Dette inkluderer budsjettseminar med klinikkens ledergrupper og tillitsvalgte. Tilsvarende som i fjor har klinikken definert et overgripende tiltak i tråd med budsjettskriv I.

a. Beskrivelse av tiltak for å øke aktiviteten

Det er valgt en noe annen tilnærming enn i fjor ved å justere effekt som følge av risikoprofil av tiltaket. Under budsjettseminaret ble avdelingene bedt om å vurdere risikoeffekt av tiltaket. Samlet vil effekten være ca. 8,2 millioner kroner med lav risiko.

b. Beskrivelse av alle andre tiltak

Ut over tiltak beskrevet under 2a har det kommet inn 50 øvrige tiltak. 29 av disse er under 100.000,- og er samlet i en felles rapporteringslinje med total effekt på 1,1 millioner kroner. Det er kommet inn 21 tiltak over 100.000,- med totaleffekt på 9,2 millioner kroner.

3. Inntekts- og kostnadsramme for budsjett 2016

Medisinsk klinikk opplever de tildelte rammer som svært krevende. Etter at rammer fra

sentralt ble klart, er det gjennomført samtale med hver enkelt avdelingsleder hvor tilleggskrav til reduksjon av budsjett ble formidlet. Dette kravet var basert på historikk, de budsjett som avdelingene hadde utarbeidet og eksisterende tiltak. Totalt er dette kravet i en størrelsesorden på 13,5 millioner kroner. Store deler av dette kravet setter ytterligere strammere styring i fokus og vil blant annet sette trykk på å holde igjen ansettelse (ledighold). Dette øker risikoprofilen til klinikken i forhold til pasientbehandling, omdømme og arbeidsmiljø.

Selv etter dette forsterkede kravet sitter Medisinsk klinikk igjen med et utfordringsbilde på ca. 40 millioner kroner. I 2015 fordelte klinikken alt uløst andelsvis ned på avdeling. Den metoden gjør dialog mer krevende. For 2016 vil klinikken på dette tidspunkt budsjettere den uløste utfordringen sentralt i klinikk.

4. Risikovurdering

a. Gjennomføringsrisiko

Alle innmeldte tiltak fra første levering har fra lav til medium risikoprofil for gjennomføring. Mye av dette kan knyttes til «Aktivitetsvekst uten økt bemanning» hvor risikoprofil ligger til grunn for beregnet effekt. Gjennomføringsrisiko blir derfor lavere enn om det var beregnet full effekt. Medisinsk klinikk befinner seg i en krevende beleggssituasjon, med en streben etter å få til normert bemanning og opplevet endret pasientsammensetning. Dette er faktorer som sammen kan gi uønskede effekter, som kortsiktig og langsiktig sykefravær, behov for sikkerhetspersonell og fastvakter etc.

Etter ytterligere runder, beskrevet i pkt. 3 vil gjennomføringsrisikoen øke fra medium til høy. Endelig tiltak fra avdelingen etter kravet er ikke endelig utarbeidet så en fullstendig risikoprofil er ikke kartlagt.

b. Risiko for pasientbehandling, omdømme og arbeidsmiljø

Det er klart at en aktivitetsvekst uten økning i øvrig infrastruktur og bemanning vil generere ytterligere press og prioriteringsutfordringer i klinikken. I tillegg ligger klinikken over terskelen for effektiv flyt på sengeposter på grunn av høyt pasientbelegg. En ytterligere økning uten å øke antall senger, vil trolig forårsake ytterligere flytproblematikk. Dette kan føre til lengre liggetid med påfølgende økt risiko for uønskede hendelser i pasientbehandling.

Liten tid til faglig utvikling, forskning og veiledning vil på sikt medføre lavere kvalitet i pasientbehandlingen og gi redusert omdømme fra pasienter og medarbeidere. Forskning, fagutvikling og veiledning bidrar i høy grad til behandlingskvalitet og motivasjon hos medarbeiderne.

Høyere belegg og mindre oppfølging rundt pasientene kan medføre omdømmeutfordring.

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

optimal utnyttelse av klinikkens bemanningsenhet har høyt pasientbelegg og krav til fastvakter gjort det krevende å holde seg til normert bemanning.

Det er en spesiell utfordring å jobbe i Bygg 3, på Ullevål, som er under stadig oppussing på grunn av pålegg fra Arbeidstilsynet og Brann- og redningsetaten. Ansatte jobber med stadige flyttinger og midlertidige sammenslåinger, og klinikken har fremdeles utfordringer med mange uhensiktsmessige og til dels svært dårlige arealer.

5. Medvirkning

Medisinsk klinikk har brukt en lengre periode for budsjettering som skal sikre involvering og medvirkning. For at avdelingene og seksjoner skulle få god prosess med formell medvirkning i sine enheter har Medisinsk klinikk først drøftet budsjettet til denne innlevering 26.11.2015.

For første levering er tillitsvalgte blitt involvert i blant annet budsjettseminar i Strømstad 23.-24. september 2015 og informasjonsmøte 8. oktober 2015.

Budsjettprosess, økonomisk status og tiltak er jevnlig diskutert i klinikkens ledermøte.

Klinikk	Klinikk for kirurgi og nevrofag
---------	---------------------------------

	Kostn-ramme 2015 rev2 2015	Progn fra klinikk	Krav til for- bedring mill kroner	Aktivitetsvekst i % (fra res til bud)	Aktivitetsvekst i % (fra bud til bud)	Tiltak meldt fra klinikk
KKN	2 166 600	-102 000	-103 000	2,0 %	5,0 %	59 000

1. Vurdering av inngangsfart til 2016 og fordeling av krav til resultatforbedring til avdelingene

Håndteringen av klinikkens ventelister har vært en viktig prioritert oppgave for klinikken i 2015, men dessverre ikke mulig å håndtere innen klinikkens rammer.

Klinikken har per oktober et merforbruk på om lag 84 millioner kroner. Aktiviteten og inntektene var høyere i hhv 2 og 3 tertial enn i 1. tertial. Det er viktig å bemerke at en del av denne økningen skyldes en økning i antall tracheostomier og er således en økning man ikke nødvendigvis kan forventes videreført inn i neste budsjettår. Med en forutsetning om at antall tracheostomier i 2016 vil ligge midt mellom 2014- og 2015-nivå, så vil klinikkens styringsfart bety et merforbruk på om lag 100 millioner kroner. Det er ikke andre kjente forhold som påvirker styringsfarten i vesentlig grad. Klinikken hadde noe ekstraordinære instrumentkjøp i begynnelsen av året og høye kostnader til bruken av Lemtrada på Nevrologisk avdeling som på sikt vil gi lavere kostnader knyttet til biologiske legemidler. Høsten 2015 så vil klinikken begynne å oppgradere CI-implantater for de som nå har gamle apparater. Disse kostnadene skal viderefaktureres pasientenes hjemstedsykehus, enten som en del av ISF-systemet eller som en direkte viderefakturering mot hjemstedssykehus. Hvilken ordning/ISF-pris som velges vil kunne påvirke klinikkens utfordringsbilde for 2016. Klinikken har fått et krav til besparelse på om lag 100 millioner kroner for 2016, som tilsvarer merforbruk inneværende år.

1. Status for utarbeidelse av tiltak

Klinikken vil i 2016 først og fremst jobbe for å fremme aktiviteten uten tilsvarende vekst i kostnader og uten å øke antall årsverk i klinikken tilsvarende. Klinikken har i 2015 6 prosent økning i DRG poeng i forhold til faktisk aktivitet 2014, eksklusiv økningen i tracheostomier. Klinikken planlegger en 5 prosent vekst i DRG i 2016 for å nå økonomisk balanse. I 2015 er det delvis tatt i bruk nye operasjonsstuer. Full utnyttelse av disse stueene bør sikre en aktivitetsøkning på opp mot 2 000 DRG-poeng. I tillegg jobbes det kontinuerlig med bedring av logistikken i klinikken, både knyttet til operasjonsaktiviteten og den polikliniske virksomheten. Det skal jobbes med muligheten for å se på muligheter for å øke barneortopedi og funksjonell nevrokirurgi ved å utnytte dagens ressurser bedre. På lengre sikt ønsker klinikken å samle all protesekirurgi ved OUS.

Det er også viktig at det jobbes videre med problematikken rundt infeksjonspasientene ved Ortopedisk avdeling. Infeksjonspasientene øker i antall og disse skal ligge på enerom for å unngå smitte, så denne gruppen opptar mye ressurser. Klinikken ønsker å opprette egne enheter for infeksjonspasienter. Ortopedisk avdeling er i tillegg den avdelingen i Norge som har de mest kompliserte traumepasientene. Ved flere infeksjonspasienter vil dette også kunne gå ut over de nasjonale funksjonene innen traumatologi. Det vil være helt essensielt at klinikken kan få løst denne problematikken, enten i samarbeid med Oslo kommune, eller nærliggende samarbeidssykehus.

Innenfor det polikliniske området har omtrent alle avdelingene nå rullerende 6-månedersplaner for legetjenesten. Det er flere steder i klinikken kritisk mangel på merkantilt personell, som følge av nye oppgaver knyttet til innføringen av DIPS og ikke minst for å løse problemene flere avdelinger har med håndtering av ventelistene. Med innføring av de nye pasientrettighetene, så vil denne utfordringen bli enda større og vi vil være helt avhengig av en sterkt merkantil tjeneste. Klinikken vil i løpet av 2016 jobbe for å samle denne tjenesten for å sikre god drift av poliklinikkene, en jevnere og mer forutsigbar drift. Per i dag har vi på grunn av en svært overbelastet tjeneste ikke muligheter til å håndtere driften av poliklinikken på en effektiv måte.

a. Beskrivelse av alle andre tiltak

Klinikken jobber kontinuerlig med å redusere kostnadene knyttet til overtid og innleie. Mye av disse merkostnadene er knyttet til helgearbeid innenfor pleietjenesten, der det ofte er nødvendig med høy drift i helgene, som dersom dette skal bemannes med interne vil generere en opphopning av personell på hverdagene. Å redusere aktiviteten i helgene vil igjen kunne påvirke mulighetene til å bruke de operative ressursene i klinikken så godt som mulig. Oslo universitetssykehus HF ønsker å tilby faste stillinger til de som ønsker dette slik at en økt bruk av deltidstillinger bare i begrenset grad kan løse denne bemanningsutfordringen. Klinikken vil i 2016 i samarbeid med sentral HR jobbe for å innføre 12-timersvakter som følge av endringene i Arbeidsmiljøloven.

Klinikken foreløpig klart å identifisere aktivitetstiltak for om lag halvparten av de tiltakene man har behov for å komme i balanse. Det er også forventet noe effekt knyttet til 12-timersvaker og redusert innleie. Men klinikken mangler fortsatt tiltak for store deler av utfordringen og må jobbe videre med dette inn mot 2016.

2. Innteks- og kostnadsramme for budsjett 2016

Klinikken legger til grunn en økning i DRG aktiviteten på 2 prosent i forhold til prognosen for resultatet 2015 og 5 prosent i forhold til budsjettet for 2015. Dette tilsvarer en budsjettert økning på ca 3 300 DRG-poeng. Det er også forventet en økning på kostnadsrammen på 30 millioner kroner knyttet til denne aktivitetsøkningen. Det meste av dette er knyttet til varekostnader, men det er også nødt til å styrke noen nøkkelfunksjoner på bemanningen for å håndtere denne store aktivitetsøkningen.

Deling av klinikk

Klinikken har valgt som hovedprinsipp at avdelingene må selv i størst mulig grad håndtere sine økonomiske utfordringer innen egen drift. Klinikkenes rammer er fordelt til alle avdelingene. Dette gjør at budsjettet er strammere på avdelingsnivå i 2016 i forhold til 2015. Innsparingskravet per klinikk varierer fra hhv ca 8 prosent på Ortopedisk klinikk, 3,3 prosent Nevroklinikken, 1,5 prosent på Hode-, halsklinikken i forhold til prognose.

Noen særskilte små og sårbare avdelinger har ikke fått det samme innsparingskravet som andre avdelinger. Dette gjelder Forsknings- og utviklingsavdelingen, Kirurgisk avdeling for barn, Nevrohabiliteringen og Psykosomatisk avdeling. Kirurgisk dagavdeling forventes å ha lavere kostnader i 2016 enn 2015 ettersom det i 2015 har medgått betydelige ekstraressurser knyttet til rydding av ventelister.

3. Risikovurdering

Det ligger en betydelig gjennomføringsrisiko i forhold til strategien for budsjettbalanse for 2016. Helårseffekten av aktiviteten som er knyttet til allerede iverksatt drift i 2015 vurderes med lav risiko, dog med noe risiko for økt bemanning. Resterende tiltak vurderes å ha høy gjennomføringsrisiko.

Spesielt er det risiko knyttet til den nye pasientloven som inntreffer 01.11.2015 der fristbruddspasienter har krav på behandling ved andre foretak, inkludert private, dersom frist ikke overholdes ved Oslo universitetssykehus. Det andre risikomomentet er knyttet til den planlagte oppussingen av Ortopedisk sengepost og Nevrokirurgisk sengepost ved Ullevål. Dette er oppussing som er helt nødvendig å gjøre for å få forsvarlige brannsikrede sengeposter. En oppussing vil bety en kraftig, redusert aktivitet innenfor disse to avdelingene, dette vil gjennomgå i en konsekvensanalyse, når man har mer detaljerte planer for denne oppussingen.

Klinikken ønsker at det vurderes et nytt modulbygg for sengevirksomhet med bruk av dagens sengeposter som kontorer i stedet, dette vil kunne løse både utfordringen med infeksjonspasientene og det kortsiktige behovet for oppussing.

Når det gjelder tiltakenes effekt på pasientbehandling og omdømme så vil dette i all hovedsak være positivt. Da dette vil føre til flere behandlede pasienter og kortere ventetid.

Tiltakene vil medføre økt arbeidsbelastning på flere grupper, men samtidig vil kortere ventetider og færre langtidsventende ha en positiv effekt på arbeidsmiljøet, særlig for pasientkoordinatorer og merkantilt personell, som er de som oftest er i direkte kontakt med pasientene som spesielt venter på behandling.

4. Medvirkning

Dette skrivet er sendt ut til tillitsvalgte og vil sammen med klinikkens tiltak drøftes.

Klinikk	Kvinne- og barneklubnikken
---------	----------------------------

	Kostn-ramme 2015 rev2 2015	Progn fra klubnikk	Krav til for- bedring mill kroner	Aktivitetsvekst i % (fra res til bud)	Aktivitetsvekst i % (fra bud til bud)	Tiltak meldt fra klubnikk
KVB	1 561 000	-62 000	-66 300	1,5 %	0,7 %	39 700

1. Vurdering av inngangsfart til 2016 og fordeling av krav til resultatforbedring til avdelingene

Kvinne- og barneklubnikken har per august et underskudd på kr 41 mill. Prognose for 2015 er et underskudd på kr 58 millioner kroner. Følgende hovedårsaker har medført at prognosen avviker fra budsjettet:

- Fødeavdelingen vil håndtere tilnærmet like mange fødsler i 2015 som i 2014, men Fødeavdelingen er i en krevende faglig og økonomisk situasjon med henblikk på fordelingen av fødsler gjennom året, krav fra publikum, kvalitetskrav fra Helsedirektoratet («Et trygt fødetilbud») og generelle krav fra ansatte knyttet til et ønske om et mindre krevende arbeidsmiljø. Sommerferieavviklingen ble spesielt krevende. Høy fødselsaktivitet samtidig med avvikling av sommerferie for alle ansatte er en utfordring som vi i sommer også klarte aktivitetsmessig og kvalitetsmessig på en svært god måte, men som har blitt en økende arbeidsmiljø- og økonomisk utfordring. Fødeavdelingen har derfor ikke klart å finne tilstrekkelige tiltak i år som motsvarer økte kostnadene i 2015. I prognosen estimeres et underskudd på 25 millioner kroner for Fødeavdelingen i 2015.
- Barnemedisinsk avdeling har mindre inntekter enn budsjettet i år. Det skyldes bl.a. at avdelingen ikke har fått økt aldersgrensen på barneklubnikk fra 16 til 18 år da avdelingen venter på en ombygning av poliklubnikken på Rikshospitalet som vil være ferdig først i februar 2016. I tillegg har innleie fra vikarbyrå doblet seg fra i fjor. Dette skyldes at de har hatt flere fastvaktspasienter, og at de ved flere enheter har hatt mange ubesatte stillinger og nyansatte under opplæring (spesielt Barneintensiv). Det er også spesielt å merke seg at avdelingen har fått flere ressurskrevende pasienter som ligger vesentlig lengre enn det som finansieres av innsatsstyrt finansiering. I prognosen estimeres et underskudd på 20 millioner kroner i 2015 for BAM.
- Nyfødtintensivavdeling har bedret økonomien vesentlig fra 2014 til 2015, men har fremdeles vesentlig høyere forbruk på lønn og innleie fra vikarbyrå enn budsjettet. I prognosen estimeres et underskudd på 22 millioner kroner hos Nyfødt i 2015.

Klubnikken har flere mindre inntekts- og kostnadsforhold som netto forverrer inngangsfarten til 2016 med ca 5 millioner kroner. Per august er det dermed estimert at klubnikken for å nå budsjettbalanse trenger tiltak med effekt på ca 63 millioner kroner i 2016. Dette utgjør 4 prosent av vår budsjetttramme i 2015.

Videre forventer klubnikken, jfr levert økonomisk langtidspan (ØLP), økte kostnader i 2016. Bl.a. trenger klubnikken økte ressurser for å redusere ventelister innenfor barnehabilitering samt å utvide tilbudet til Avansert hjemmesykehus. I tillegg medfører krav i nye

retningslinjer for svangerskap-føde-barsel fra Helsedirektorat og fokus fra samfunn og Helsetilsynet at det systematiske pasientsikkerhetsarbeidet (rutiner, opplæring, oppfølging av avvik og overvåking av resultater) styrkes ytterligere hos Fødeavdelingen. Samlet har klinikken meldt inn i ØLP at disse behovene utgjør 30 millioner kroner i økte kostnader for klinikken f.o.m. 2016.

2. Status for utarbeidelse av tiltak

I de endelige budsjetttrammene klinikken har fått fra OUS sentralt er det et budsjettkutt på ca 4 millioner kroner. Klinikken inngangsfart forverres da til ca -67 millioner kroner. Til sammen utgjør tiltakene ca 40 millioner kroner, som innebærer at klinikken nå mangler tiltak for 27 millioner kroner. Noen av tiltakene som er identifisert har dog noe høy risiko i forhold til gjennomføring og/eller effektoppnåelse, slik at klinikken har behov for flere tiltak.

Klinikken melder inn tiltak på 15 millioner kroner knyttet til aktivitetsøkning uten tilsvarende ressursøkning. For eksempel vil etableringen av dagkirurgi på Aker frigjøre kapasitet for Gynekologisk avdeling på Ullevål til tyngre innlagte pasienter.

Alle avdelingene har meldt inn tiltak som bidrar til kostnadsreduksjoner. Til sammen utgjør disse tiltakene 24 millioner kroner. Tiltakene med størst innsparing er redusert innleie fra vikarbyrå hos Nyfødt og Barnemedisinsk avdeling på til sammen 17 millioner kroner.

3. Deling av klinikk

Klinikken deles fra 1. januar 2016 i to klinikker. I tillegg flyttes Avdeling for gynekologisk kreft til en ny Kreftklinikk. Etter omfordeling av budsjettmidler har både den nye Barneklubben og den nye Kvinneklubben et effektiviseringskrav på ca 4 prosent for å gå i budsjettbalanse.

4. Risikovurdering

a. Gjennomføringsrisiko

For å holde budsjettet i 2016 må vi opprettholde dagens høye aktivitet samt øke den noe. Endring av organisering av klinikken, jfr Organisasjonsprosjektet, kan medføre mindre ledelsesfokus på aktivitetsstyring og effektiviseringsprosjekter. Innføring av Partus og DIPS har spesielt Fødeavdelingen fremdeles noen utfordringer med, som også vil vedvare noe ut i 2016. Flere avdelinger melder om tiltak med høy risiko knyttet til gjennomføring.

b. Risiko for pasientbehandling, omdømme og arbeidsmiljø

Kvaliteten i pasientbehandlingen må opprettholdes og styrkes, og ingen av tiltakene som foreslås vurderes til å ha betydelig negativ effekt på vår pasientbehandling. Ingen av de tiltakene som foreslås bør heller ha store konsekvenser for omdømme. Det kan være en risiko for dårligere arbeidsmiljø hvis man reduserer bemanning eller øker aktiviteten uten økte ressurser, men tiltakene angår i all hovedsak reduksjon i bruk av variabel lønn og innleie og vi anser derfor dette som lite sannsynlig. Økt aktivitet fører til flere arbeidsoppgaver og økt arbeidspres og kan dermed påvirke arbeidsmiljøet. Vår erfaring er imidlertid at prosesser der medarbeidere og ledere sammen yter en innsats for bedre flyt, driftsoptimalisering og daglige forbedringer, bidrar til større engasjement, økt eierskap til løsninger, og er dermed like mye et bidrag til forbedret arbeidsmiljø.

Den viktigste ressursen i klinikken er de ansattes kompetanse. Det foreslås ingen tiltak i budsjettet som reduserer tilgjengelige midler til kurs og kompetanseutviklingstiltak. Drift og bemanning 24/7 må imidlertid dekkes, og det blir fortsatt utfordrende for alle avdelinger å gi kurs og kompetanseutvikling tilstrekkelig prioritet i 2016. Det er viktig å legge til rette for kurs og kompetanseutvikling også for de erfarne ansatte (og for en større bredde enn i dag), og ikke bare for de nyansatte. Kurs og kompetanseutvikling krever god planlegging fra lederne side. Klinikken er sårbar dersom flere erfarne ansatte enn normalt slutter i 2016. Klinikken har ingen tiltak på reduksjon av ferievikarer, men det er viktig at ferievikarer læres tilstrekkelig opp før de settes i arbeid.

5. Medvirkning

Klinikken startet budsjettprosessen tidlig. Avdelingene begynte allerede i august arbeidet for å finne tiltak (først og fremst) innenfor de nevnte tiltaksområdene i budsjettskrivet. Dette for å gi alle seksjoner og enheter tid til å involvere ansatte, tillitsvalgte og verneombud i prosessen. Klinikkledelsen har formidlet en klar forventning om at budsjett 2016 skal være tema på personalmøter, og at tillitsvalgte og vernetjeneste skal være med i dialogmøter på seksjons- og avdelingsnivå. Alle avdelingene har gjennomført møter med tillitsvalgte og verneombud der budsjett har vært tema. Møtene er referatført. På seksjonsnivå er involveringen mer variabel. Det må jobbes med å utvikle en kultur for medvirkning for ansatte og ansattes representanter. Budsjettsaken er drøftet på klinikknivå før innlevering.

Klinikk	Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken
---------	---

	Kostn-ramme 2015 rev2 2015	Progn fra klinikk	Krav til for- bedring mill kroner	Aktivitetsvekst i % (fra res til bud)	Aktivitetsvekst i % (fra bud til bud)	Tiltak meldt fra klinikk
KKT	2 315 000	-140 000	-103 000	0,9 %	-0,7 %	53 500

1. Vurdering av inngangsfart til 2016 og fordeling av krav til resultatforbedring til avdelingene

Klinikkens prognose for resultat i 2015 er –142 millioner kroner. Avviket i forhold til planlagt aktivitet utgjør en stor del av prognosen for det negative avviket mot budsjett. Klinikken hadde pr. oktober aktivitet som var 0,5 prosent lavere enn i 2014 og 2,9 prosent bak budsjett. Aktivitetsavviket er ulikt fordelt mellom klinikkens avdelinger. Avdeling for transplantasjonsmedisin har det største avviket med nær 20 prosent pr. oktober. Samlet avvik mot budsjett er –1 500 DRG-poeng. Av dette forklares 1000 poeng lavere antall utførte og utskrevne pasienter med organtransplantasjoner, mens redusert antall tracheostomier forklarer 330 poeng. Klinikken legger til grunn at de største avvikene mot planlagt aktivitet er knyttet til første halvår 2015 og forventer at avvikene mot planlagt aktivitet vil være vesentlig mindre i siste del av året.

Samtidig som aktiviteten i klinikken (målt i DRG) er noe redusert sammenliknet med 2014 har klinikken en økning i månedsverk og personalkostnader. Økningen i brutto månedsverk er på 3 prosent, mens økningen i personalkostnader er på om lag 8 prosent. For klinikken er det avgjørende å snu utviklingen gjennom kontroll på utviklingen i månedsverk og personalkostnader samtidig som planlagt aktivitetsnivå gjennomføres.

Klinikken har store vare- og driftskostnader i tillegg til personalkostnadene. For varekostnadene er det medikamenter som utgjør de største utgiftene. I 2015 har klinikken en stor økning i kostnadene til enkeltmedikamenter, spesielt i kreftbehandling og transplantasjonsmedisin. Det gjelder for eksempel ipilimumab for føflekkkreft med spredning, pertuzumab for brystkreft med spredning og immunglobuliner som brukes ved stamcelletransplantasjoner. Det er tatt høyde for økte medikamentkostnader i planleggingen av budsjettet for 2015, men omfang og tidspunkt for ibruktakelse er vanskelig å forutsi presist. Klinikken forventer ytterligere økninger i medikamentkostnader både i siste del av 2015 og i 2016. Forventet økning i medikamentkostnader for 2016 er 127 millioner kroner.

Avdeling for gastro- og barnekirurgi's virksomhet på Ullevål er preget av stor grad av øyeblikkelig hjelp med stor vaktbelastning og stor arbeidsbelastning på vakt. Avdelingen har store utfordringer i forhold til brudd på vernebestemmelsene og høye utbetalinger til vakansvakter. I tillegg medfører den høye vaktbelastningen at det er problemer med å gjennomføre LIS-utdanningen på en god måte og det er fare for at Oslo universitetssykehus HF nedgraderes som utdanningsinstitusjon i gastrokirurgi. Klinikken legger til grunn en økning med to nye LIS-stillinger i gastrokirurgi ved Ullevål.

Den diagnostiske virksomheten i kreftcytogenetikk har vært økende de siste 5 årene og utgjør nå en flaskehals i klinikken som medfører forsinkelser i prediktiv diagnostikk ved

hematologiske sykdommer. For å håndtere veksten i prøvevolum er det nødvendig å styrke bemanningen med en lege og en laboratorieingeniør. Isolert sett er veksten i prøvevolum fulgt av økte laboratorieinntekter som forsvarer bemanningsøkningen.

I budsjettskriv nr. 1 datert 10. juli 2015 ble det angitt at klinikkene må regne med krav til forbedring på 3 til 4 prosent. Ved tildeling av ramme til klinikkene i november ble Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken gitt et forbedringskrav på 4,75 prosent. Det tilsvarer 110 millioner kroner.

2. Status for utarbeidelse av tiltak

a. Beskrivelse av tiltak for å øke aktiviteten

Slik klinikken vurderer det vil det være mulig å gjennomføre en aktivitetsøkning i klinikken på i overkant av 3 prosent uten noen vesentlige økninger i bemanning. Det forutsetter en klar økning i kapasitetsutnyttelse både for innlagte pasienter og i klinikkens polikliniske aktivitet. I tillegg er det planlagt spesifikke tiltak for å øke tilgang på organer og derfor aktiviteten innen organtransplantasjon. Som et eksempel er ventelister for nyre-tx økende og et medisinsk problem ut i fra den klare gevinsten en organtransplantasjon medfører i forhold til annen behandling.

Som et ledd i bedre utnyttelse av kapasiteten må det vurderes om bemanningsplanleggingen for sengepostene i klinikken i tilstrekkelig grad er tilpasset den aktiviteten som planlegges og om bemanningen gjennom uken i stor nok grad er tilpasset faktisk variasjon i aktivitet gjennom uken.

Poliklinisk kapasitet er en intern flaskehals flere steder i klinikken. Bedret kapasitetsutnyttelse er nødvendig både for å håndtere pasientrettigheter og for å bedre effektiviteten i klinikken. For den polikliniske aktiviteten vil det bli stilt krav til alle poliklinikker om tidlig oppstart. Konkret er den en målsetting at alle poliklinikker skal ha første pasient senest kl. 0815. For enkelte poliklinikker må det også vurderes å utvide åpningstiden. I dette arbeidet er det avgjørende å sikre at arbeidstiden for de forskjellige yrkesgruppene i poliklinikkene benyttes best mulig.

Klinikkens avdelinger vil følge opp arbeidet med tidlig oppstart og kortere skiftetider ved operasjoner. Det arbeides også med justeringer og tilpasninger av operasjonsprogrammet for å kunne gjennomføre flere inngrep i uken innenfor dagens ressursbruk. Avdeling for gastro- og barnekirurgi og Avdeling for urologi har i 2015 innført sammedagskirurgi på Rikshospitalet. I 2016 vil dette gjøres også på Radiumhospitalet. Tiltaket vil medvirke til redusert behov for overtid og innleie i sengepost.

Strålebehandling utgjør en stor andel av den polikliniske aktiviteten i klinikken. For denne delen av virksomheten er det viktig å sikre at nye teknologiske muligheter utnyttes for å gi både bedre og mer effektiv pasientbehandling. Det pågår et stort forbedringsarbeid i klinikken for å oppnå økt kvalitet og økt effektivitet i strålebehandlingen.

b. Beskrivelse av alle andre tiltak

Klinikken stiller krav til at arbeidskontraktene for alle sykepleiere i dagstillinger angir at sykepleier må påregne deltakelse i turnus. Deltakelse i turnus for sykepleiere i poliklinikk og for studiesykepleiere ble gjennomgått i forbindelse med budsjettarbeidet i oktober.

Det planlegges reduksjoner i variable lønnskostnader i klinikkens avdelinger. Det gjelder både overtid fra egne ansatte og innleie fra vikarbyråer. I flere tilfeller vil gjennomføring være avhengig av justeringer av driften, spesielt i sengepostene i klinikken. Ordning med 12,5-timers vakter i helgene har vært gjennomført i Avdeling for blodsykdommer i store deler av 2015. Ordningen har så langt fått gode tilbakemeldinger fra medarbeiderne på sengeposten. Ordningen med 12,5-timers vakter vurderes innført i Avdeling for gastro- og barnekirurgi. Flere av klinikkens avdelinger melder om at sentraliseringen av ekstravaktformidlingen oppleves som tungvint og fordyrende.

Klinikken legger til grunn at døgnvirksomheten i urolog ikke flyttes fra Aker til Ullevål i løpet av 2016 heller. Helårseffekten av tiltaket er beregnet til 6,4 millioner kroner.

Avdeling for kreftbehandling planlegger å redusere antall senger på Radiumhospitalet for å tilpasse kapasiteten til behovet. Det planlegges å redusere antall senger og antall årsverk med 5. Dette er beregnet å redusere kostnadene med 2,6 millioner kroner.

Klinikken vil i samarbeid med innkjøpsavdelingen sikre at det foreligger innkjøpsavtaler for alle store produktgrupper i klinikken. Klinikken forventer prisgevinster som følge av nytt LIS-anbud for medikamenter i størrelsesorden 2-3 millioner kroner. I tillegg forventer klinikken at bruk av biotilsvarende legemidler kan gi reduserte kostnader på flere områder.

Avdeling for blodsykdommer planlegger en studie hvor haploidentiske familiegivere av stamceller skal sammenliknes med HLA-identiske givere. Siden kostnaden til familiegivere er vesentlig lavere enn for ubeslektede givere kan dette medføre vesentlige besparelser. Det er imidlertid for tidlig å si noe sikkert om eventuell gevinst for 2016.

b) Forbedringsarbeid i Kreft, - kirurgi- og transplantasjonsklinikken

Kreft, - kirurgi- og transplantasjonsklinikken driver medarbeiderdrevet forbedringsarbeid ved hjelp av Lean-metodikk. I dette arbeidet har lederlinjen i klinikken en sentral rolle og ressurspersoner /ledere i prosjektene blir kurset i metoden før oppstart av et nytt prosjekt. I klinikkens Handlingsplan 2015-2016 er et av hovedmålene for klinikken at alle avdelinger skal starte opp eller ha pågående forbedringsprosjekt innen utgangen av 2015. Dette målet er nådd ved at det er påbegynt/pågår mer enn 12 ulike prosjekt fordelt på sengeposter, poliklinikk og seksjon for stråleterapi.

Det er flere eksempler på at polikliniske virksomhet i klinikken egner seg godt for forbedringsarbeid ved hjelp av Lean-metodikk:

- I Avdeling for urologi er det 1 000 pasienter som hvert år ikke møter til avtalt time. Dette påvirker både driften og økonomien negativt. Avdelingen planlegger oppstart av et forbedringsprosjekt hvor målet er å redusere antallet ikke-møtt pasienter ila 2015/2016.
- I Avdeling for kreftbehandling er man i gang med et prosjekt hvor man vil optimalisere prosessen for uro-onkologiske pasienter på sengeposten. Etter 2 måneder ser man allerede en bedring i flyt og mindre ventetid for nyhenviste pasienter, noe som frigjør tid for legeressursene ved at avdelingen håndterer et større volum pasienter enn før. Samtidig ser man en reduksjon i antall fristbrudd. Dette vil også

kunne bidra til at avdelingen i større grad sikrer riktig pasient til riktig omsorgsnivå og en mer hensiktsmessig bruk av ressurser.

- I Avdeling for medisinsk fysikk og Avdeling for kreftbehandling har avdelingene samarbeidet om et prosjekt som jobber med en optimalisering av stråleterapiprosessen. Allerede etter kort tid var effekten stor ved at 21 av 25 pasienter var klare til oppstart av strålebehandling dagen etter gjennomført CT- doseplan. Ved oppstart av forbedringsprosjektet var den samme tiden 2-3 dager.

3. Inntekts- og kostnadsramme for budsjett 2016

En økning i aktivitet på 3 prosent utgjør 1 800 DRG poeng som igjen utgjør økte aktivitetssinntekter for klinikken på om lag 34 millioner kroner. Klinikken mener at aktivitetsøkningen skal kunne gjennomføres med helt minimale justeringer av bemanning. Aktivitetsøkningen vil imidlertid medføre økte vare- og driftskostnader i klinikken.

Status for planleggingen av budsjettet for 2016 er at klinikken samlet har planlagt tiltak for 53,5 millioner kroner. Klinikken har en gjenstående og uløst utfordring i budsjett 2016 på 56,7 millioner kroner.

Deling av klinikk

Klinikken har fordelt budsjetttrammene mellom avdelingene etter samme prinsipper som er lagt til grunn for fordelingen mellom klinikkene i sykehuset. Klinikkenes inntektskrav er økt med 8,8 millioner kroner ubalansert fra budsjett 2015 til budsjett 2016 basert på prognose for resultat i 2015. Dette kravet er fordelt mellom avdelingene etter andel av regnskapsførte inntekter pr. oktober. Øvrige økninger i inntektskrav som følger av justerte krav til poliklinikk, lab/rad og "annet" er fordelt mellom avdelingene etter andel av budsjett 2015. For noen av klinikkens avdelinger må det gjøres en balansert nedjustering av inntektskravet for å gi et realistisk inntektsbudsjett.

Krav til forbedring i budsjettet er fordelt mellom avdelingene basert på andel av utgiftsrammen. Det er imidlertid lagt ulike prosentvise krav til ulike avdelinger. Det er ikke lagt forbedringskrav på rene forskningsenheter (Institutt for indremedisinsk forskning og Institutt for kreftforskning). For Institutt for kreftcytogenetikk og informatikk er det lagt et forbedringskrav på 3 prosent for den delen av instituttet som driver diagnostikk. Dette tilsvarer forbedringskravet som er tildelt Klinikken for diagnostikk og intervensjon. For de øvrige avdelingene er det lagt et krav til forbedring som varierer fra 3,9 til 7,9 prosent. Differensieringen mellom avdelingene er på prosentmessig avvik fra budsjett 2015 pr. oktober. Avdeling for kreftbehandling, Avdeling for klinisk service og Klinikkestab har alle fått et forbedringskrav på 3,9 prosent. Avvik fra budsjett er hhv. -2 prosent, 0 prosent og + 14 prosent for disse tre enhetene. Avdeling for urologi har et avvik fra budsjett på -4 prosent og har fått et forbedringskrav på 4,5 prosent. Avdeling for blodsykdommer har et avvik på -6 prosent mens Avdeling for gastro- og barnekirurgi har ett avvik fra budsjett på -5 prosent. Begge disse avdelingene har fått et forbedringskrav på 4,9 prosent. Avdeling for revmatologi har et avvik på -10 prosent i 2015 og har fått tildelt et forbedringskrav på 5,9 prosent. For Avdeling for transplantasjonsmedisin er det vurdert at avdelingen har et særskilt stort avvik (-15 prosent) og et særskilt stort potensiale for økt aktivitet uten tilsvarende kostnadsøkning. Avdelingen har derfor fått et forbedringskrav på 7,9 prosent.

Økning i utgiftsramme er fordelt internt i klinikken basert på prognose for 2015, på samme

måte som det er gjort mellom klinikkene.

4. Risikovurdering

a. Gjennomføringsrisiko

Gjennomføring av økt aktivitet uten økning i bemanning i 2015 vil være krevende. Klinikken mener at pasientgrunnetilsier at økningen er realistisk basert på behov. Det knytter seg imidlertid en moderat til høy risiko til at aktivitetsøkningen kan gjennomføres uten økte personalkostnader. Gjennomføringen vil kreve mange prosessforbedringer som igjen vil kreve mye av klinikkens medarbeidere.

En stor usikkerhet for budsjett 2016 er forventet betydelig økning i medikamentutgifter i 2016. Det gjelder innføring av dyre kreftmedikamenter der beslutning er forankret i nasjonale beslutningsorganer. Budsjett 2016 baserer seg på det som faktisk er vedtatt, og en kostnadsdeling med andre helseforetak i regionen på samme måte som for Ipilimumab.

b. Risiko for pasientbehandling, omdømme og arbeidsmiljø

Klinikkens hovedtilnærming til utfordringene i budsjett 2015 er å planlegge for en aktivitetsøkning på om lag 3 prosent samtidig som personalkostnadene ikke øker. Så langt vurderes dette til å medføre begrenset risiko for pasientbehandling, arbeidsmiljø og forskning. I utarbeidelsen av konkrete tiltak vil det imidlertid være nødvendig å gjøre konkrete risikovurderinger, spesielt innenfor områder med høy aktivitetsutvikling.

5. Medvirkning

Kravene til medvirkning og involvering er formidlet tydelig i klinikken.

Klinikken gjennomførte et budsjettseminar ultimo august der alle ledere samt tillitsvalgte på klinikk og avdelingsnivå var invitert. Tematikken var knyttet opp til budsjett 2016.

Det er gjennomført drøftingsmøte med klinikktiltitsvalgte og klinikkvernetjeneste i forkant av budsjettleveranse. Utkast til drøftingsprotokoll legges ved og endelig drøftingsprotokoll ettersendes.

Det er/vil bli gjennomført informasjonsmøter i avdelingene om budsjettet. Klinikken og avdelingene vil også i oppfølgingen av budsjett 2016 arbeide målrettet for å sikre og fremme medvirkning og involvering.

Klinikk	Hjerte-, Lunge-, og Karklinikken
---------	----------------------------------

	Kostn-ramme 2015 rev2 2015	Progn fra klinikk	Krav til for- bedring mill kroner	Aktivitetsvekst i % (fra res til bud)	Aktivitetsvekst i % (fra bud til bud)	Tiltak meldt fra klinikk
HLK	1 052 700	-75 000	-50 000	-1,8 %	-4,7 %	18 186

1. Vurdering av krav til økonomisk resultatforbedring i 2016

Kravet til resultatforbedringer på 50,4 millioner kroner er fordelt med 4,75 prosent pr avdeling. Forskningen er holdt utenfor når det gjelder krav til resultatforbedringer.

I tillegg har klinikken innarbeidet i budsjett 2016 nye forhold som vil få konsekvenser for økonomien i 2016. Dette gjelder prisøkning på 25 prosent på innleie fra vikarbyrå i henhold til ny Hinasavtale, pasienter med hjertestans vil bli lagt på Ecmo, samt opprettholder nivået på LVAD inn i 2016. I tillegg øker Kardiologisk avdeling med 3 legeårsverk med 8 mnd. effekt, samt 2 sykepleieårsverk. Økningen i årsverk er en konsekvens av tildelt landsfunksjon ” for Gravide med hjertesykdom” Kardio-onkologi, genetisk poliklinikk samt hjerteinfarktregisteret. Disse nye forholdene i 2016 er estimert til å gi en merkostnad på ca 18,6 millioner kroner.

Klinikkens restutfordring som klinikken ikke har noen tiltak for ved budsjettleveranse er på - 50,5 millioner kroner. Klinikken vil arbeide kontinuerlig med å effektivisere driften Klinikken har en inngangsfart inn i 2016 med en drift som er ca 50,5 millioner kroner (ca 4 prosent) dyrere enn intern tildelt budsjetttramme på 1 126,6 millioner kroner.

Klinikken vil i 2016 avgi PCI aktivitet til Akershus universitetssykehus HF. Totalt 600 PCI'er tilsvarer NSTEMI pasienter som Oslo universitetssykehus har behandlet fra Akershus universitetssykehus HF sitt opptaksområde. Kardiologisk avdeling erstatter pasientene med betydelig mer kostnadskrevende klaffepasienter (TAVI). Den økonomiske effekten av å få et nytt behandlingssted når det gjelder behandling av angiografi er usikker, men vil få innvirkninger på driften ved Kardiologisk avdeling. Akershus universitetssykehus HF startet opp med PCI-behandling den første uken av november i 2015.

Thoraxkirurgisk avdeling har hatt en vesentlig lavere DRG-aktivitet i 2015 enn i 2014 (ca 1 000 DRG poeng). Dette skyldes i hovedsak færre operasjoner ved RH. Disse pasientene har et godt og effektivt forløp gjennom klinikken med en relativt god DRG inntjening. Klinikken kan vise til en økt intensivbelastning til tross for færre operasjoner. Dette skyldes at pasientene blir tyngre og krever mer anestesi og intensiv behandling. Dette betyr at kostnad per pasient har økt markert senere år. Trenden tyder på at utviklingen også vil fortsette inn i 2016.

2. Tiltak

Klinikkens krav til effektiviserings er på 50,4 millioner kroner. Klinikken har hatt tre budsjettseminar med fokus på budsjettansvar og tiltak for å komme i budsjettbalanse. Klinikken er i kontinuerlig prosess når det gjelder tiltak. Tiltak som det nå fokuseres på er knyttet til driftsendringer.

Klinikken er i prosess når det gjelder tiltak, men har ikke klart å komme opp med tiltak tilsvarende -50,4 millioner kroner krav til effektivisering samt nye forhold i 2016 på til sammen 18,6 millioner kroner. Tiltak som det nå fokuseres på er knyttet til driftsendringer. Noen av disse tiltakene vil det kunne være vanskelig å beregne effekten av, men vil føre til mer hensiktsmessig drift:

- Klinikken jobber med en gjennomgang av alle sengeposter for å optimere poststørrelse, bemanningsplaner, turnus og budsjetterte årsverk. Det vil bli arbeidet mer med sambruk av sengepostkapasitet mellom avdelingene ved Rikshospitalet.
- Klinikken jobber med å frigjøre senger på tvers av avdelinger i klinikken for å kunne ivareta pasienter som står på venteliste og for å hindre fristbrudd.
- Klinikken bruker store ressurser på varekostnader. Klinikken har fokus på effekt av nye Hinasavtaler på ulike produkter, som stenter, klaffer, kontrastvæsker og hjerteventiler. Klinikken fokuserer på en økonomisk gevinst ved valg av optimalt produkt til lavest mulig pris.
- Sikring av riktige innkjøpsrutiner er viktig for å utnytte fullt ut fremforhandlede priser. Klinikken har ansatt egen innkjøpsressurs som følger opp avtaler og varekostnader.

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

Budsjettert økonomisk effekt i 2016 (1000 kr)	
Tiltakskategori	HLK
Midlertidig ledighold av årsverk	1 600 mill
Sengeposter; Norm og planlegging	11 826 mill
Permanent reduksjon av årsverk	1 500 mill
Innkjøp	3 260 mill
Totalt	18 186 mill

3. Risiko

Klinikken har en økonomisk utfordring for budsjettåret 2016 på 50,5 millioner kroner. Dette utfordringsbildet inkluderer en estimert økning av region- og landsfunksjoner. Klinikken kan ikke se at den kan klare å komme opp med tiltak som fullt ut kompenserer for det udekkede budsjettavviket. Klinikken jobber kontinuerlig for å imøtekomme det udefinerte budsjettkravet på – 50,5 millioner kroner. Andre regionssykehus forventer at klinikken tar hånd om komplekse pasienter. Ivaretagelse av denne forventede oppgaven er meget vanskelig på grunn av begrenset areal, økonomi- og personalressurser.

De skisserte tiltakene for budsjett 2016 er gjennomførbare uten at tiltakene vil resultere i vesentlig svekket pasienttilbud, verken kvalitativt eller kvantitativt.

4. Medvirkning

Klinikken startet i forbindelse med budsjettleveransen med et budsjettseminar 17. juni 2015 samt et oppfølgingsseminar den 23. september 2015 med fokus på drift, tiltak og brukermedvirkning. Klinikken hadde et siste oppsummerende budsjettseminar den 12. november 2015. Budsjettseminarene er ment for alle ledere på nivå 3, 4 og 5, samt

tillitsvalgte og verneombud på klinikknivå. I seminaret ble klinikkens rammekutt presentert. I budsjettprosessen 2016 har hovedfokus vært å få den enkelte leder til å gå igjennom og arbeide med eksisterende drift slik skissert i budsjettskrivet fra økonomidirektør.

De to største avdelingene har arrangert egne budsjettseminarer med alle ledere og med tillitsvalgt og verneombud til stede. Det er skrevet referat fra disse lokale budsjettseminarene. Det har vært stort fokus og krav til involvering av ledere på nivå 4 og 5. Avdelingsledere jobber med forslag til driftsendringer vedrørende budsjett og tiltak for 2015 samt forslag til endret medisinsk tilbud og aktivitetsendringer for 2016.

Klinikkens økonomi og skisserte budsjettendringer er presentert for tillitsvalgte og verneombud i infomøte den 7.oktober og 17.november. Det er skrevet referat fra møtene.

Klinikk	Akuttklinikken
---------	----------------

	Kostn-ramme 2015 rev2 2015	Progn fra klinikk	Krav til for- bedring mill kroner	Aktivitetsvekst i % (fra res til bud)	Aktivitetsvekst i % (fra bud til bud)	Tiltak meldt fra klinikk
AKU	2 489 600	-25 400	-68 700	12,5 %	7,6 %	33 400

1. Vurdering av inngangsfart til 2016 og fordeling av krav til resultatforbedring til avdelingene

Prognose for Akuttklinikken er -25,4 millioner kroner for 2015, fordelt på Prehospitalt senter med 16 millioner kroner og øvrige avdelinger med 9,4 millioner kroner. Inngangsfart 2016 er korrigert for helårseffekt av vedtatte forhold i 2015. Dette gjelder oppstart av kirurgisk virksomhet på nye operasjonsstuer i 2015 (nytt akuttbygg Ullevål, inkl PO), oppstart av nytt Akuttmottak ved Rikshospitalet og helårseffekt av 2 nye døgn-ambulanser i Prehospitalt senter. Det er hensyntatt helårseffekt av virksomhetsoverdragelse av AMK Østfold. Vekst Pasienttransport er inkludert. Det er også ført opp helårseffekt av vedtatt styrking i forsknings- og utviklingsaktiviteten i klinikken. Inngangsfarten er totalt 54 millioner kroner, fordelt på Prehospitalt senter med 34 millioner kroner og Akuttklinikken med 20 millioner kroner.

Klinikken har fått et krav til resultatforbedring på 3 prosent tilsvarende 68,7 millioner kroner, samt 4 millioner kroner i lavere ISF-inntekter. Klinikken har valgt en kombinasjon av lik prosentvis fordeling av kravet på avdelingene og en individuell vurdering og tilpassing ut fra driften i 2015. Det betyr at avdelinger med underskudd er forventet å initiere ekstra tiltak for å kunne saldere budsjettet. Det er PO/Intensiv-avdelingen og Prehospitalt senter Ambulansetjenesten og Pasientreiser som har den største utfordringen ved inngangen til 2016.

2. Status for utarbeidelse av tiltak

a. Beskrivelse av tiltak for å øke aktiviteten

Avdeling for smertebehandling planlegger å øke operasjonsaktiviteten på innsettelse av smerteelektroder og stimulatorer. 54 pasienter på 36 nye operasjonsøkter vil gi en økning på 457 DRG-poeng. Dette vil gi en netto inntektsøkning på 2,8 millioner kroner etter å ha trukket ut kostnader til implantater og for operasjons- og anestesistjenester. Inngrepene vil skje innenfor de tilgjengelige legeressurser i avdelingen. Akuttklinikken baserer seg på å serve økt kirurgisk aktivitet med 1,5 prosent innenfor dagens ressurser, med unntak av variable kostnader som medikamenter og medisinske forbruksvarer. Dette vil bety en driftseffektivisering i dagens drift. Ytterligere aktivitetsvekst vil antakeligvis kreve økt behov for nye operasjonsøkter som igjen medfører behov for økte ressurser på Operasjon, Anestesi, PO og Steril.

Innenfor de prehospitaltjenestene er ikke målet å øke aktiviteten, heller begrense den ved god drift og responstider, gode IKT-verktøy og en tidsmessig ambulansesflåte, samt samarbeid og samhandling mellom alle involverte parter (sykehus, fastlege/legevakt, pasient mm).

b. Beskrivelse av alle andre tiltak

Klinikkens største utfordring er å få styrt ressursbruken optimalt gjennom uken i forhold til aktiviteten og spesielt på natt og helg på den døgnbemannede driften inkl beredskap (24/7/365 – på AMK, Ambulansetjenesten, Akuttmottaket, PO/Intensiv, Operasjon og Anestesi). Dette inkluderer målet om å redusere antall AML-brudd. De fleste tiltakene er derfor knyttet til dette området. Det er en positiv utvikling på rekrutteringen av operasjonssykepleier og på intensivområdet gjennom en trainee-ordning. Dette betyr lavere innleiekostnader, reduksjon på overtid og vridning av variabel lønn/innleie mot faste stillinger. Utfordringen for avdelingene er at det fortsatt brukes mer enn budsjettet på personalkostnader og innleie. Turnuser vurderes løpende og er et lederansvar. Noen av tiltakene er knyttet til dette. Styrking av kunnskap og ferdigheter rundt sammenhengen mellom driftsplanlegging, bemanningsplaner, arbeidsplaner/turnuser og tjenesteplaner vil bli gjenstand for systematisk forbedringsarbeid i klinikken i 2016. Reduksjon i ekstra avlønning sommeren 2016 er innmeldt som tiltak på Avdeling for Anestesiologi. Samkjøring av pasienttransport innen Pasientreiser er estimert å øke noe; delvis knyttet til innføring av nytt IKT-verktøy mot slutten av året. I dag samkjøres det for 105 millioner kroner/år. Det er meldt inn noen tiltak på reduserte innkjøpskostnader inkludert lavere vedlikehold av ambulanser og på medikamenter.

3. Inntekts- og kostnadsramme for budsjett 2016

Inntektsrammen: Videre satsing på implantatkirurgi innen smertebehandling øker ISF-inntektene med 9,9 millioner kroner som er 70prosent av tidligere pris. Veksten innenfor kirurgi er satt til 1,9 prosent. Klinikken meldte 1,5 prosent innenfor eksisterende ressurser.

Kostnadsramme: Klinikken er kompensert med 21,8 millioner kroner i økt kostnadsramme for økt aktivitet på 1,9 prosent. Kostnadsreducerende tiltak er meldt inn med 33,4 millioner kroner. I tillegg er innsparinger i driften budsjettet i de aller fleste budsjettene, totalt 16-17 millioner kroner. Økte kostnader for økt aktivitet utgjør 10,8 millioner kroner. I tillegg øker kostnadene med helsårseffekt av nye forhold i 2015, ref. punkt 1 over. Pasientreiser har nye tilbud og økt aktivitet. Klinikken leverer et usaldert budsjett på 11,5 millioner kroner. Dette er fordelt prosentvis likt etter brutto kostnadsramme på alle avdelingene. I Prehospitalt senter er usaldert budsjett på 11,9 millioner kroner. Denne er dekket opp med tildelte midler på 7 millioner kroner til oppresentart av 2 nye ambulansenheter høsten 2016. Det resterende er hovedsakelig saldert på Ambulansetjenesten.

Deling av klinikk

Rammene mellom Akuttklinikken og Prehospitalt senter ble fordelt i 2011. I årets ramme er det pålagt klinikken et effektiviseringskrav på 3prosent som er fordelt prosentvis likt på de 2 klinikkene. Unntatt fra kravet er Pasienttransport med 200 millioner kroner.

4. Risikovurdering

a. Gjennomføringsrisiko

- Reduksjon i lønnskostnader m/overtid og innleie er basert på erfaringene hittil i år med bedre rekruttering av spesialsykepleiere på Operasjon og PO/Intensiv. Intern opplæring i en traineeordning på PO/Intensiv har også gitt positive resultater, men betyr økt opplæring, bemanning og kostnader for en periode. I tillegg er det fokus på bedre samsvar mellom driftsplaner, bemanningsplaner og arbeidsplaner.

- Samkjøring i Pasienttransport er ført opp med en forventet innsparing. Det er en risiko for at det nye IKT-verktøyet ikke er ferdigstilt som planlagt høsten 2016. Tiltaket på reduksjon av vedlikeholdskostnader på biler har middels risiko. Dette forutsetter at det blir anskaffet tilstrekkelig antall nye ambulanser slik at man kan avhende de eldste bilene som har størst vedlikeholdsbehov. Økt risiko for å opprettholde responstider i Ambulansetjenesten da det ikke er midler til nye ambulansenheter. De økte midlene til ny aktivitet er brukt til dekke opp innsparingskravet. Det er også betydelig usikkerhet knyttet til stengte tunneler i Oslo for både Pasientreiser og Ambulansetjenesten.
- Reduserte innkjøpskostnader. Risikoen ved å redusere medikamentkostnadene på Avd. for anesthesiologi er tilstede da medikamentbruken er aktivitetsavhengig. I tillegg er samarbeidende kollegaer ofte styrende i medikamentvalg. Det vil alltid ligge en risiko ved nye anbud, samt valutarisiko. Sambruk av hybler for vikarer er vurdert til lav risiko.
- Høy aktivitetsvekst innen operativ virksomhet kan medføre økt press på operativ kapasitet. Det er ikke budsjettet økt satsing på nye økter i dagkirurgi på Aker.

b. Risiko for pasientbehandling, omdømme og arbeidsmiljø

Delvis stengte tunneler som følge av omfattende oppgraderingsarbeider av tunellene i og omkring Oslo kan få en betydelig konsekvens for pasienter, omdømme og arbeidsmiljø. Reduksjon i brutto årsverk (bemanningsreduksjon, inkludert vakansvakter) i beredskapsbærende virksomheter innebærer en risiko for kvalitet og kapasitet i håndtering av øyeblikkelig hjelp og sekundært i elektiv virksomhet. Tiltak med bemanningsreduksjon i Akuttklinikken vil kunne bety en generell risiko for kvalitet i pasientbehandlingen. Dette kan føre til forsinkelser og strykninger i operativ virksomhet, sekundært utsettelse eller forlenget ventetid. Det er ventet at driftseffektvisering gjennom systematisk forbedringsarbeid, bedre koordinering av bemanningsressurser på tvers i PO/Intensiv og utflating av intensivdelen av virksomheten kan gjøre at vi kan bruke ressursene mer effektivt til elektiv virksomhet

Det meldes stadig avvik i pasientbehandlingen. Kapasitet i Prehospitale tjenester og særskilt svartider i AMK, responstider i Ambulansetjenesten og mangel på investeringsmidler til nye ambulanser har vært i fokus. Lange ventelister og forskyvning av ø-hjelp utfordrer operasjonskapasiteten og PO/Intensiv til tider som kan påvirke sykehusets omdømme.

God lederrekruttering og større kompetanse gir bedre mulighet til styring. Fortsatt en del ikke-funksjonelle arealer og lange byggeprosjekter påvirker arbeidsmiljø. Sykefraværet er ikke stigende. Men det er meldt om økende arbeidspress, spesielt på øyeblikkelig-hjelpssiden på Ullevål.

5. Medvirkning

Klinikken har gitt informasjon til tillitsvalgte /verneombud på klinikknivå om budsjettprosessen 2016. Disse har deltatt på ledermøter i klinikken hver måned hvor budsjettprosessen og budsjettet 2016 er behandlet. Prosessen og dialogen med tillitsvalgte /vernetjeneste og ansatte er noe ulikt håndtert i seksjonene og avdelingene i år. Tildeling av budsjetttrammer til klinikkene er vedtatt sent i budsjettprosessen denne høsten. Dette påvirker mulighetene for involvering og dialog med tillitsvalgte/vernetjeneste og ansatte både på seksjons- og avdelingsnivå i salderingen av budsjettet.

	Kostn-ramme 2015 rev2 2015	Progn fra klinikk	Krav til for- bedring mill kroner	Aktivitetsvekst i % (fra res til bud)	Aktivitetsvekst i % (fra bud til bud)	Tiltak meldt fra klinikk
KDI	2 133 300	22 000	-64 000	7,3 %	0,0 %	47 000

1. Vurdering av inngangsfart til 2016 og fordeling av krav til resultatforbedring til avdelingene

Klinikken har per oktober et positivt resultat på 23,5 millioner kroner. Resultatet består av et positivt avvik på inntektene på 29 millioner kroner og et negativt avvik på kostnadene på 5,5 millioner kroner. Det negative kostnadsavviket på 5,5 millioner kroner er sammensatt av et positivt avvik på lønn (13 millioner kroner), negativt avvik på varekostnadene (14 millioner kroner) og negativt avvik på andre driftskostnader (4,5 millioner kroner).

Forhold som påvirker inngangsfarten er primært at det positive avviket på lønn i 2015 er knyttet til forsinket oppbemanning og ubesatte stillinger. Dette vil være på plass tidlig i 2016 og skal ikke generere positive avvik.

Krav til forbedring er for klinikken satt til 3 prosent av kostnadsrammen. På inntektssiden er det satt et økt inntektskrav knyttet til positivt inntektsavvik i 2015. Hensyntatt inngangsfart og krav til forbedring er utfordringen vurdert til 64 millioner kroner.

Inntektskravet er fordelt basert på avdelingenes andel av positivt inntektsavvik i 2015. Kravet til forbedring er fordelt basert på avdelingenes andel av kostnadsramme for 2015.

Det er satt et aktivitetskrav til klinikken på 4 prosent vekst i 2016. For dette er klinikken kompensert med 37 millioner kroner.

Det er også andre forhold som påvirker kostnadsbildet til klinikken i 2016, men disse er nå forutsatt selvfinansiert og skal ikke påvirke utfordringen til klinikken.

2. Status for utarbeidelse av tiltak

Alle avdelinger har jobbet godt med tiltak og samlet er det levert tiltak for 50 millioner kroner. Etter en vurdering av gjennomføringsrisiko er verdien av tiltakspakken vurdert til 29 millioner kroner, 65 prosent av opprinnelig tiltaksverdi. I tillegg er det lagt inn en forventning om økt aktivitet i Avdeling for medisinsk genetik med et potensial på 10 millioner kroner som er tatt inn i de balanserte endringene.

Gitt forholdene ovenfor er kravet til resultatforbedring dekket. Det skal da være fristilt midler som må dekke økte kostnader knyttet til aktivitetsvekst. Det finnes et ytterligere mulighetsrom ved at avdelingene klarer å realisere de resterende 35 prosent av opprinnelig tiltakspakke. Oppsummert er det likevel slik at det meste av aktivitetsveksten må håndteres

innenfor eksisterende ressurser.

Enkelte prioriterte områder hvor en styrking av bemanningen er nødvendig har etter særskilt vurdering fra klinikkleder fått lov til å budsjettere med nye stillinger.

3. Inntekts- og kostnadsramme for budsjett 2016

Inkludert balanserte endringer øker inntektskravet til klinikken med 79 millioner kroner samtidig som kostnadsrammen øker med 51 millioner kroner.

Balanserte endringer innebærer at økte eksterne inntekter gjør at man kan budsjettere med økte kostnader. Medisinsk genetikk er fremdeles et satsingsområde og skal i 2016 prioritere implementering av HTS-teknologi og diagnostikk på føtalt DNA. Mange av våre tiltak er knyttet til inntektssiden og fører derfor til store balanserte endringer. I tillegg vil klinikken i 2016 ha en rekke forhold knyttet til aktivitet for eksterne aktører. For eksempel: Utlendingsdirektoratet skal finansiere aktivitet knyttet til obligatoriske helseundersøkelser av asylantene, økt leveranse til private rusinstitusjoner, tjenester til akutte døgnplasser i kommunen.

a. Deling av klinikk

I utgangspunktet er krav til resultatforbedring fordelt etter størrelse på avdelingenes kostnadsramme.

Avdeling for radiologi og nukleærmedisin har imidlertid fått kompensert for negativt avvik knyttet til varekostnader (intervensjon, PET) i 2015, samt en ytterligere prioritering på lønnsbudsjettet for å sikre nok kapasitet til å håndtere pakkeforløp.

Før avdelingenes egne balanserte endringer, er kostnadsrammen til ARN økt med 0,5 prosent fra budsjett 2015 mens øvrige avdelinger har en samlet reduksjon på 0,2 prosent. Klinikkestab og klinikkovergripende forhold er holdt utenfor i denne beregningen.

4. Risikovurdering

a. Gjennomføringsrisiko

De fleste av tiltakene vil la seg gjennomføre med lav til middels risiko i 2016, men det er knyttet usikkerhet til gjennomføringsgrad og gevinster. Usikkerhetsfaktorer er i stor grad knyttet til gjennomføring av investeringer innen medisinsk teknisk utstyr og IKT og servicekapasitet hos Sykehuspartner. Dersom et allerede knapt investeringsbudsjett for sykehuset blir redusert, vil gjennomføringsrisikoen øke betraktelig for klinikken sin evne til å levere tjenester på et nivå som er nødvendig for å nå helseforetakets sine aktivitetsmål. Klinikkestabens tiltaksoppløsning har de siste årene i gjennomsnitt ligget på ca 65 prosent av opprinnelig budsjettet verdi.

b. Risiko for pasientbehandling, omdømme og arbeidsmiljø

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

Det er stilt et stort krav til klinikken med tanke på å skulle håndtere en aktivitetsvekst på 4 prosent og det vil være risiko for at klinikken ikke klarer dette innenfor budsjettert bemanning. Det er en bekymring at større prosjekter, både regionale og lokale, skal trekke ressurser ut av driften uten at dette er tilstrekkelig kompensert. Eksempler på dette er regionalt LIMS og RIS/PACS samt at DIPS fremdeles vil trenge nøkkelressurser fra klinikken. Videre skal det gjennomføres en omfattende omstilling i Avdeling for patologi knyttet til flytting til OCCI-bygget og implementering av ny analyseplattform i Avdeling for medisinsk biokjemi.

5. Medvirkning

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

Avdelingene har hatt løpende dialog opp mot tillitsvalgte og verneombud frem mot endelig budsjettleveranse.

Det er gjennomført drøfting på klinikknivå 8.oktober og 25. november.

Klinikk	Oslo sykehusservice
---------	---------------------

	Kostn-ramme 2015 rev2 2015	Progn fra klinikk	Krav til for- bedring mill kroner	Aktivitetsvekst i % (fra res til bud)	Aktivitetsvekst i % (fra bud til bud)	Tiltak meldt fra klinikk
OSS	2 104 800	-5 000	-48 100			41 600

1. Vurdering av inngangsfart til 2016 og fordeling av krav til resultatforbedring til avdelingene

Prognosen for 2015 er et resultat samlet sett i balanse. De største utfordringene for budsjettåret 2015 har vært vaskeritjenester (internt og eksternt), overtagelse av ansvar for behandlingshjelpemidler fra kommunale institusjoner, drift av Compacs/Endobase og husleiekostnad august for OCCI uten tilførsel av midler i budsjettet. Momenter som bidrar positivt er lavere opptak i videreutdanning i sykepleie, forsinkede ansettelser, og engangsinntekter i fm utleie av arealer til Oslo kommune på Aker. De fleste av disse forholdene kanselleres for 2016 da de enten er engangsforhold, eller er prioritert med tildelte midler fra sykehusledelsen. Vaskeri, drift av Compacs/Endobase, samt forvaltning av DIPS og Metavision er ikke slike forhold.

2. Status for utarbeidelse av tiltak

Tiltak for om lag 42,7 millioner kroner ble drøftet med klinikktiltitsvalgte 8.oktober ifm forrige budsjettleveranse 9. oktober. Det var da tatt utgangspunkt i at Oslo sykehusservice ville få et effektiviseringskrav på 2 prosent, at vaskeriet representerte en utfordring også for 2016, samt at Oslo sykehusservice ikke ville bli tillagt nye oppgaver uten at det fulgte budsjettmidler.

9. november hadde økonomidirektør sin stab en felles gjennomgang av foreløpige rammer med økonomilederne. Her fremgikk det hvilke områder sykehuset prioriterer nye midler til for 2016. Det ble prioritert midler til flere av de nye oppgavene som er lagt til Oslo sykehusservice, samt til økt omfang av allerede eksisterende oppgaver. Det var noen områder det ikke var rom til å prioritere. Særlig tre av disse opplever Oslo sykehusservice som utfordrende:

- Det er ikke prioritert midler til drift av nye kliniske IKT-systemer som DIPS, Metavision, Digital samhandling med eksterne, Endobase/Pacs. Her ble det anslått et behov på 16 millioner kroner, mens det er prioritert 3 millioner kroner. Hvordan dette skal løses må nå direktørens stab for medisin, helse og utvikling (som representant for brukerne), IKT-avdelingen og driftsmiljøene i Oslo sykehusservice ha en dialog rundt. Direktør for Oslo sykehusservice vil ta initiativ til et møte med dette som tema.

- Det er ikke prioritert midler til å øke drift og vedlikeholdsbudsjettet til medisinsk teknologisk utstyr. Som følge av de økte investeringene i medisinsk teknologisk utstyr øker utstyrsparken. (Omfanget av utrangering av utstyr er kun 50 prosent av omfanget av anskaffelse av nytt utstyr). Konsekvensen av at det ikke er prioritert å øke budsjettet til drift av nytt medisinsk teknologisk utstyr er at utrangeringstakten på eldre utstyr må intensiveres betraktelig.

Det er ikke tildelt midler til å erstatte internfakturering av ekstravaktformidlings-tjenesten med rammefinansiering. Ekstravaktformidlingstjenesten er en oppgave som er sentralisert i Oslo sykehusservice for blant annet å sikre at autorisasjoner er i orden og at arbeidsmiljøloven etterfølges ved innleie av ekstravakter. Dette er en tjeneste som understøtter sentral HR-strategi, men hvor det ikke fulgte med rammefinansiering. At det ikke har latt seg gjør å prioritere midler til å rammefinansiere tjenesten, innebærer at tjenesten fortsatt må internfaktureres.

I gjennomgang av foreløpige rammer 9. november fremgikk det at Oslo sykehusservice får et krav om effektivisering på 3 prosent. Dette innebærer at utfordringen for 2015 er økt med ca 15 millioner kroner ut over det som ble hensyntatt i leveransen 9. oktober. Frem til drøftingsdokumenter skal sendes ut 19. november har det ikke vært mulig å ha en prosess for fordeling av det økte effektiviseringskravet eller utarbeidelse av tiltak med god involvering av tillitsvalgte og ledere på laveste nivå. Det er dermed ikke drøftet ytterligere tiltak for den økte utfordringen i forbindelse med innmelding 26. november.

3. Beskrivelse av alle tiltak

Tiltakene som ble drøftet 8. oktober knytter seg for det meste til aktivisering av anskaffelseskostnader, reduksjon i leieareal, reduksjon i frekvens renhold og reduksjon i utdeling av interne midler til intern utvikling av Oslo sykehusservice sine tjenester.

a. Risikovurdering

Risiko for at foreslåtte tiltak ikke lar seg gjennomføre i 2016 er vurdert som lav til medium.

Tiltakene som ble drøftet 8. oktober skal i utgangspunktet ikke påvirke pasientbehandling eller arbeidsmiljø i vesentlig grad. Tiltakene kan innebære økt risiko for negativt omdømme, men det vil gjennomføres risikoreduserende tiltak for å minimere risikoen (for eksempel gjennom kommunikasjon og forventningsavklaringer)

b. Medvirkning

Opplegg for involvering ble avklart og forankret med klinikktiltitsvalgte i juni og august. Alle ledere med flere enn ca. 30 ansatte skal ha invitert de ansatte til en felles gjennomgang av budsjettsituasjonen hvor ansatte skal gis anledning til å komme med innspill til hvordan oppgaveløsningen i egen enhet skal gjennomføres innenfor tildelte økonomiske rammer. I møtene har det blitt presisert at ansatte skal ha reell påvirkningsmulighet (til hvordan oppgaveløsningen i egen enhet skal gjennomføres innenfor tildelte økonomiske rammer). Det har også blitt presisert det er leder som er ansvarlig for gjennomføringen av budsjettet, og at det er leder som til slutt er ansvarlig for å beslutte hvilke tiltak som skal gjennomføres.

Leder på laveste nivå skal ha deltatt i møtene, og det er skrevet skrives referat.

Tilbakemelding fra klinikktilitsvalgte i forbindelse med første leveranse 9. oktober er at involveringen av ansatte har vært god.

I forbindelse med foreløpige rammer av 9. november som økte utfordringen med ca 15 millioner kroner har det ikke vært anledning til å involvere ansatte og ledere på laveste nivå. Til budsjettleveranse 26. november er det ikke utarbeidet eller drøftet ytterligere tiltak.

Tabeller til budsjettdokument 2016	
1.	Inntektsramme fra Helse Sør-Øst RHF 2016
2.	Økonomiske forutsetninger 2016
3.1	Aktivitetsmål for somatikk 2016
3.2	Aktivitetsmål for aktivitet innen psykisk helsevern og TSB 2016
4.1	Resultatbudsjett 2016 - Hovedtall
4.2	Resultatbudsjett 2016 - ØBAK-linjer
5.	Rammetildeling til klinikkene 2016
6.	Bemanningsbudsjett for 2016
7.1	Investeringsbudsjett for 2016
7.2	Finansiering av investeringer 2016

TABELL 1 - Inntektsramme 2016	
Beløp i tusen kroner	
	Ramme mottatt fra Helse Sør-Øst 09.12.2015
Basisramme til drift og investering foregående år	11 966 030
Nye forhold inn mot 2016:	
Uttrekk i basis sfa korrigering for feil i 2015- modellen	-21 237
Regional inntektsmodell, omfordelinger, som i ØLP, inkl pensjon 2015	49 013
Inntektsmodell- korrigeringer	-54 194
KBF: Tilbakelegging av uttrekk basis 2015	73 881
KBF: Uttrekk av bevilgning kvalitetsbasert finansiering 2015	-66 088
Overføring av AMK- sentral fra SØ til OUS	18 515
Sum endring	-110
Basisramme 2016 før statsbudsjettet	11 965 920
Pris- og lønnsvekst	264 434
Andre endringer fra Prop 1S (2015-2016):	
0,7% uttrekk sfa avbyråkratiseringsreformen	-71 747
Økt basis sfa avbyråkratiseringsreformen	63 189
Økte pensjonskostnader	226 623
Nukleærmedisin	13 961
Legemidler overført fra folketrygden	51 491
Uttrekk Ø-hjelp sfa samhandlingsreformen	-36 060
KBF: Uttrekk basis til kvalitetsbasert finansiering 2016	-76 220
KBF: Ny bevilgning til kvalitetsbasert finansiering 2016 (post 71)	54 002
Midler til økt aktivitet	73 106
Fritt behandlingsvalg	15 819
Egenandeler, komp. for manglende prisjustering	4 227
Uttrekk sfa økte egenandeler poliklinikk, pas. reiser, opptreningsinst og beh.reis	-8 709
Uttrekk sfa økt ISF (utvidelse helsepersonell) (659 DRG-poeng 50%DRG)	-13 884
Uttrekk sfa Rettsmedisinsk institutt og Folkehelseinstituttet	-1 745
Nasjonal inntektsmodell	4 095
Døgn-poliklinikk psykisk helsevern	-3 916
Narkotikaprogram med domstolskontroll	2 700
Nye nasjonale behandlingstjenester	825
Redusert apotekavanse	-849
Endring fra Helse Sør-Øst RHF	
Regional kompetansetjeneste for metodevurdering	1 000
PET- scan: omfordeling av midler	-1 800
Sum endring	560 542
Basisramme 2016	12 526 462
Fra post 78, øremerket fra HOD	252 817
Strategiske midler, post 72 (Basisramme)	116 449
Sum forskning	369 266
Nasjonale kompetansetjenester for sjeldne diagnoser, post 78	78 225
Øvrige nasjonale kompetansetjenester, post 78	89 663
Sum nasjonale kompetansetjenester	167 888
Skadelig bruk av doping	4 300
Arbeidsmedisinske avdelinger	5 130
Tilskudd til turnustjeneste	1 339
Kreftregistret	107 700
Behandlingsreiser til utlandet	123 148
Biobank CFS/ME	1 000
Særreaksjonsordning, dømt til behandling	1 600
Forsøksordning tannhelsetjenester i tverrfaglig miljø	1 200
Narkolepsi hos barn (Nasjonalt forskningsprosjekt)	3 300
Sum statlige tilskudd	248 717
Sum faste inntekter 2016	13 312 333
ISF- refusjoner (216.968 DRG-poeng x (kr. 42.081,00 x 50%))	4 565 115
Avrunding	0
Sum ISF- refusjoner	4 565 115
Sum inntekter 2016	17 877 448

TABELL 2 - Økonomiske forutsetninger 2016

Økonomiske forutsetninger 2016		
Enhets pris ISF 2016 (100% DRG, HSØ-skriv nr. 8)		kr 42.081
Refusjons sats ISF for aktivitet utført for pasienter fra HSØ		50 %
Tilleggsrefusjons sats ISF konserninternt gjestepasientoppgjør eksklusiv stråleterapi (innenfor Helse Sør-Øst RHF - utenfor Oslo sykehus område)		30 %
Tilleggsrefusjons sats ISF konserninternt gjestepasientoppgjør, kun stråleterapi (innenfor Helse Sør-Øst RHF - utenfor Oslo sykehus område)		50 %
Gjestepasientoppgjør fra andre helse regioner		80 %
Døgnpris utskrivningsklare pasienter		kr 4.505
Gjennomsnittlig lønns- og prisvekst (fra stats budsjettet)		2,7 %
Herunder lønnsvekst		2,7 %
Herunder prisvekst andre kostnader		2,7 %
Konserninterne gjestepasientpriser voksepsykiatri 2016:		
Kurdøgn / oppholds døgn (HSØ-skriv nr.7)		kr 6.351
Dagopphold og poliklinisk konsultasjon (HSØ-skriv nr.7)		kr 1.585
Konserninterne gjestepasientpriser TSB 2016:		
Avgiftning/utredning, tvang og dobbelt diagnoseproblematikk (HSØ-skriv nr.7)		kr 7.639
Øvrig døgnbehandling (HSØ-skriv nr.7)		kr 3.819
Priser s omatikk 2016:		
(Generelt: Alle 2015-priser er økt med 2,7%)		
Kurdøgn / SSE Voksne		kr 9.172
Kurdøgn / SSE Voksne, psykisk utviklingshemmede		kr 10.904
Kurdøgn / SSE Barn		kr 10.516
Kurdøgn / Solbergtoppen Rehabilitering		kr 5.994
Kurdøgn / Geilomo barnesykehus		kr 4.880
PET-scanning		kr 14.136
Beregning av pensjonskostnad: (ref NRS)		Benyttet i Budsjett 2016
Diskonteringsrente		2,30 %
Lønnsvekst		2,75 %
G-regulering		2,50 %
Pensjonsregulering		1,75 %
Forventet økning		3,20 %
Renteforutsetninger: (HSØ-skriv nr.7)		
Driftskreditt		1,10 %
Bundne bankkonti (renteinntekt)		2,40 %
Fordring på HSØ vedr. basisfordring		1,10 %
Langsiktige lån med flytende rente		1,10 %
Langsiktige lån med fast rente		1,29 % - 2,27 %

TABELL 3.1 - Aktivitetsmål for somatikk 2016

Pasientbehandling	Budsjett 2015	Estimat 2015	ØLP 2016	Budsjett 2016
Antall utskrevne pasienter - døgnbehandling	105 244	105 244	106 823	108 211
Antall liggedøgn - døgnbehandling	479 298	479 298	486 487	478 383
Antall dagbehandling	70 728	75 729	71 789	78 662
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner	756 463	756 463	767 810	788 795

DRG-poeng	Budsjett 2015	Estimat 2015	ØLP 2016	Budsjett 2016
DRG-poeng for pasienter fra Helse Sør-Øst	213 397	212 748		216 968
DRG-poeng for pasienter fra andre regioner mv	16 331	16 131		16 048
DRG-poeng totalt	229 728	228 879	232 226	233 016

TABELL 3.2 - Aktivitetsmål for aktivitet innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2016

Psykisk helsevern	Budsjett 2015	Estimat 2015	ØLP 2016	Budsjett 2016
Psykisk helsevern for voksne (VOP)				
Psykisk helsevern for voksne (VOP) Sum DPS og sykehus				
Antall liggedøgn døgntbehandling	73 322	69 946	73 322	67 834
Antall utskrevne pasienter døgntbehandling	1 701	1 770	1 735	1 744
Antall oppholdsdager dagbehandling	-	-	-	-
Antall polikliniske konsultasjoner	82 532	87 646	84 018	90 707
Barne - og ungdomspsykiatri				
Antall liggedøgn døgntbehandling	5 163	5 480	5 163	5 394
Antall utskrevne pasienter - døgntbehandling	131	132	131	142
Antall oppholdsdager dagbehandling	2 994	3 556	-	3 796
Antall polikliniske konsultasjoner	50 720	42 470	51 430	43 591
Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbrukere (TSB)				
Antall liggedøgn døgntbehandling	27 448	24 586	27 448	24 361
Antall utskrevne pasienter - døgntbehandling	2 999	2 987	2 999	3 052
Antall oppholdsdager dagbehandling	300	157	-	-
Antall polikliniske konsultasjoner	14 052	19 239	14 122	19 335

TABELL 4-1 - Resultatbudsjett 2016 (hovedtall)

Beløp i tusen kroner

10.12.2015

Resultatbudsjett	Budsjett 2015	Estimat 2015 Rapportert pr. oktober 2015	ØLP 2016 (2015-priser)	Budsjett 2016
Basisramme	12 411 298	12 411 298	12 394 633	12 642 911
Aktivitetsbaserte inntekter	7 620 706	7 623 752	7 735 016	7 914 201
Andre inntekter	1 913 409	2 154 463	1 925 162	2 045 059
Sum driftsinntekter	21 945 413	22 189 513	22 054 811	22 602 171
Varekostnader inkl. kjøp av helsetjenester	2 786 770	2 926 179	2 843 376	3 000 144
Lønn- og innleiekostnader	15 246 109	15 290 200	15 084 033	15 472 409
Avskrivninger/nedskrivninger	862 000	892 000	899 129	884 000
Andre driftskostnader	2 862 975	2 913 575	2 923 273	3 022 423
Sum driftskostnader	21 757 854	22 021 954	21 749 811	22 378 976
Resultat før finans	187 559	167 559	305 000	223 195
Netto finans	-12 559	7 441	-5 000	1 805
Driftsresultat	175 000	175 000	300 000	225 000

TABELL 4-2 - Resultatbudsjett 2016 (ØBAK - grunnlag for rapportering)

Beløp i tusen kroner

10.12.2015

Resultatbudsjett	Budsjett 2015	Estimat 2015 Rapportert pr. oktober 2015	ØLP 2016 (2015-priser)	Budsjett 2016	Kommentarer til endringer fra estimat 2015 til budsjett 2016
Basisramme	12 345 210	12 345 210	12 328 545	12 588 909	Iht tabell 1 - Inntektsramme fra Helse Sør-Øst RHF.
Kvalitetsbasert finansiering	66 088	66 088	66 088	54 002	Iht tabell 1 - Inntektsramme fra Helse Sør-Øst RHF.
ISF-refusjon dag- og døgnbehandling	3 586 627	3 587 023	3 640 426	3 740 243	50 % ISF-refusjon for pasienter fra regionen. Totalt 216.968 DRG-poeng, inkl budsjettet aktivitetsvekst fra 2015 og effekt av nye vektør 2016.
ISF-refusjon somatisk poliklinisk aktivitet	784 338	772 603	796 103	771 113	
ISF-refusjon pasientadm biologiske legemidler	40 882	42 561	41 495	41 492	
ISF-refusjon pasientadm kreftlegemidler	12 086	8 292	12 267	12 267	
Utskrivningsklare pasienter	1 580	3 080	1 604	1 903	
Gjestepasienter	607 647	587 647	616 762	624 367	Inntekter fra aktivitet for pasienter fra andre regioner og fra foretak innen HSØ. For priser innen regionen se tabell 2 - økonomiske forutsetninger. Salg avstemt mot andre HF.
Salg av konserninterne helsetjenester (gjestepasienter)	1 945 659	1 965 659	1 974 844	2 020 925	
Polikliniske inntekter	641 887	656 887	651 515	701 891	Det er budsjettet med en vekst i 2016 særlig innenfor laboratorie/radiologi.
Øremerket tilskudd "Raskere tilbake"	42 075	42 075	42 075	55 271	Inntekter fra Raskere tilbake er budsjettet ut fra sendte søknader for 2016.
Andre øremerkede tilskudd	1 087 828	1 087 828	1 087 828	1 114 101	Omfatter tilskudd til forskningsprosjekter fra regionen, Kreftregisteret mv
Andre driftsinntekter	783 506	1 024 560	795 259	875 687	Det er kun budsjettet med gevinst på 11 mill.kr fra salg av i 2016.
Sum driftsinntekter	21 945 413	22 189 513	22 054 811	22 602 171	
Kjøp av offentlige helsetjenester	64 164	74 164	64 164	35 863	Det er en reduksjon fra 2015 til 2016 fordi foretaket i 2016 ikke skal betale tilskudd til Oslo kommune for senger ved Kommunal akutt døgnetenhet (KAD).
Kjøp av private helsetjenester	223 948	263 948	223 948	252 932	Reduksjonen fra estimat 2016 knyttes til forventet nivå for kjøp av behandling fra utlandet.
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	2 429 523	2 518 932	2 486 129	2 643 431	Sum varekostnader er budsjettet med en økning på vel 125 mnok fra estimat 2015. Dette skal dekke både økt aktivitet og prisjustering samt kostnader til legemidler overført fra folketrygden.
Innleid arbeidskraft	141 296	221 296	141 296	160 560	Det er budsjettet med en reduksjon i bruk av innleid helsepersonell fra 2015.
Kjøp av konserninterne helsetjenester (gjestepasienter)	69 135	69 135	69 135	67 918	Kjøp av helsetjenester fra andre HF i regionen.
Lønn til fast ansatte	9 913 633	9 863 633	9 822 155	10 210 629	Samlet endring skyldes lønnsvekst og tiltak innenfor lønnsområdet.
Overtid og ekstrahjelp	980 417	1 097 509	948 674	1 059 316	
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	3 064 324	3 062 732	3 036 049	2 883 203	Pensjon er budsjettet ut fra pensjonskassenes budsjettberegninger fra juni 2015.
Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-548 932	-683 932	-543 867	-638 624	Budsjettet ut fra forventet sykefravær i 2016.
Annen lønn	1 695 371	1 728 962	1 679 726	1 797 325	Omfatter i hovedsak arbeidsgiveravgift, gruppevelforsikringer, opplæring mv.
Avskrivninger	862 000	852 000	899 129	884 000	Budsjettete avskrivninger for eksisterende anlegg, AUU og planlagte investeringer.
Nedskrivninger	0	40 000	0	0	Det er ikke budsjettet med nedskrivninger.
Andre driftskostnader	2 862 975	2 913 575	2 923 273	3 022 423	Hoveddelen av økningen er knyttet til IKT-området.
Sum driftskostnader	21 757 854	22 021 954	21 749 811	22 378 976	
Driftsresultat	187 559	167 559	305 000	223 195	
Finansinntekter	86 441	86 441	55 000	67 805	Omfatter bidrag fra AS'ene med 19 mnok, samt renteinntekter på skattetrekkkonto og basisfordring på HSØ.
Finanskostnader	99 000	79 000	60 000	66 000	Omfatter rentekostnader på langsiktige lån overfor Helse Sør-Øst RHF og driftskreditt.
Finansresultat	-12 559	7 441	-5 000	1 805	
Ordinært resultat	175 000	175 000	300 000	225 000	

TABELL 5 - Rammetildeling til klinikkene for 2016

Beløp i tusen kroner

Klinikk 1)	Eksterne inntekter			Utgiftsramme			DRG-poeng 2)			
	2016 Ordinær drift	2016 Øremerket	2016 Totalt budsjett	2016 Ordinær drift	2016 Øremerket	2016 Totalt budsjett	2016 Ordinær drift	2016 Øremerket	2016 Totalt budsjett	
A	Klinikk psykisk helse og avhengighet	286 687	69 143	355 830	1 900 660	69 143	1 969 803	0	0	0
B	Medisinsk klinikk	32 818	65 489	98 307	1 167 340	65 489	1 232 829	27 503	0	27 503
C	Klinikk for kirurgi og nevrofag	402 523	49 009	451 532	2 291 431	49 009	2 340 440	67 619	0	67 619
D	Kvinne- og barneklubben	90 609	160 492	251 101	1 575 771	160 492	1 736 263	38 168	0	38 168
E	Klinikk for kreft, kirurgi og transplantasjon	117 444	315 220	432 664	2 365 541	315 220	2 680 761	61 328	0	61 328
F	Hjerte-, lunge- og karklinikken	9 387	44 200	53 587	1 082 382	44 200	1 126 582	30 700	0	30 700
H	Akuttklubben	22 182	21 594	43 776	2 528 776	21 594	2 550 370	4 445	0	4 445
I	Klinikk for diagnostikk og intervensjon	768 619	210 012	978 631	2 201 780	210 012	2 411 792	161	0	161
J	Oslo sykehusservice	229 508	35 313	264 821	2 213 137	35 313	2 248 450	0	0	0
	Stab, eksklusiv IKT	14 066	145 975	160 041	337 087	145 975	483 062	0	0	0
	Stab, IKT	7 700	0	7 700	1 123 081	0	1 123 081	0	0	0
	Krefregisteret	0	168 018	168 018	0	168 018	168 018	0	0	0
	Fellesposter u/finans 3) 4)	19 334 867	0	19 334 867	2 231 229	0	2 231 229	1 972	0	1 972
	Fellesposter, grupper, pol.kons.samme dag mv	0	0	0	0	0	0	1 120	0	1 120
	Sum Klinikker mv	21 316 410	1 284 465	22 600 875	21 018 215	1 284 465	22 302 680	233 016	0	233 016

Noter:

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

TABELL 6 - Bemanning (årsverk)

Klinikk		Brutto årsverk 2015 1)			Brutto årsverk 2016 1)		
		Budsjett 2015	Faktisk i november 2015	Gjennomsnitt pr november 2015	Øremerkede midler	Ordinær drift	Budsjett 2016
A	Klinikk psykisk helse og avhengighet	2 197	2 232	2 240	50	2 081	2 131
B	Medisinsk klinikk	1 283	1 344	1 334	63	1 247	1 310
C	Klinikk for kirurgi og nevrofag	2 129	2 321	2 270	47	2 184	2 231
D	Kvinne- og barneklirikken	1 823	1 891	1 862	146	1 682	1 828
E	Klinikk for kreft, kirurgi og transplantasjon	2 619	2 678	2 652	356	2 214	2 570
F	Hjerte-, lunge- og karklinikken	806	894	876	36	820	856
H	Akuttlinikken	2 382	2 497	2 433	22	2 437	2 459
I	Klinikk for diagnostikk og intervensjon	2 269	2 313	2 275	218	2 091	2 309
J	Oslo sykehuservice	1 898	1 952	1 934	40	1 868	1 908
KRG	Kreftregisteret	169	164	162	174	0	174
STA	Staben	269	264	270	40	220	260
FPO	Ufordelt	151	1	0	0	100	100
	OUS Totalt	17 995	18 551	18 308	1 192	16 944	18 136
Noter:							
1) Brutto månedsverk, inkl eksternt finansierte							

TABELL 7-1 - Investeringsbudsjett for 2016

Beløp i mill kroner

Investeringsbudsjett (ekskl. byggelånsrenter)		Budsjett 2015	Estimat 2015	ØLP 2016	Budsjett 2016
Ordinære investeringer	MTU	57	114	231	222
	Bygg	138	166	64	111
	Annet	25	38	69	32
	Egenkapital pensjon	24		24	45
	IKT	25		35	35
	SUM	269	318	423	444
Fase 1 Omstilling (1 575 mill kroner)	MTU	50	50		35
	Bygg	175	80	181	128
	Annet				
	IKT				
	SUM	225	130	181	163
Fase 2 Tilsynsavvik og oppgraderinger (1 806 mill kroner)	MTU	50	50		
	Bygg (tilsyn og infr.)	150	150	451	450
	Annet				
	IKT				
	SUM	200	200	451	450
Nye finansielle leieavtaler	MTU	200	90	109	118
	Bygg	112		142	
	Annet	10	10		38
	IKT				
	SUM	322	100	251	156
TOTALT	MTU	357	304	340	375
	Bygg	575	396	838	689
	Annet	35	48	69	70
	Egenkapital pensjon	24	-	24	45
	IKT	25	-	35	35
	SUM	1 016	748	1 306	1 213

		Budsjett 2016
Regionale IKT investeringer ¹⁾	Prosjekter innenfor området klinisk, forskningsstøtte og samhandling	170
	Prosjekter innenfor området lab og radiologi med forskn.støtte og samhandl	10
	Prosjekter innenfor området administrative tjenester og LIS	90
	Prosjekter innenfor området infrastruktur	140
	SUM	410

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

TABELL 7-2 - Finansiering av investeringer 2016

Beløp i mill kroner

Finansieringskilde	Budsjett 2015	ØLP 2016	Budsjett 2016
Tildelt basislikviditet til investeringer	345	345	355
Pålagt sparing av investeringsmidler 2015	-46	23	30
Regnskapsmessig resultat 2015 (ekskl. eiendomsalg og nedskrivninger)		175	95
Regnskapsmessig resultat 2016			100
Basisfordring på HSØ RHF	200		
Nye finansielle leieavtaler	322	251	156
Fase 1 - Omstilling (eiendomsalg og lån)	195	196	163
Fase 2 - Tilsynsavik og oppgraderinger (70 pst. låneandel)		316	315
Total finansiering	1 016	1 306	1 213

**Områdeplan IKT for OUS HF
2016-2020**

**Områdeplan IKT for
Oslo universitetssykehus HF
Perioden 2016 - 2020**

GODKJENT AV:

Navn	Rolle	Stilling	Dato
		Administrerende direktør	



**Områdeplan IKT for OUS HF
2016-2020**

Referanser til andre dokumenter

Nr.	Dokumentnavn	Dato
	<i>IKT strategi og handlingsplan (Helse Sør-Øst RHF)</i>	25. okt. 2012
	<i>Regional Gjennomføringsplan for IKT området</i>	
	<i>Nasjonal helse- og sykehusplan (lenke)</i>	

**Områdeplan IKT for OUS HF
2016-2020**

**Områdeplan IKT for
Oslo universitetssykehus HF
Perioden 2016 - 2020**

GODKJENT AV:

Navn	Rolle	Stilling	Dato
		Administrerende direktør	

**Områdeplan IKT for OUS HF
2016-2020****INNHOLDSFORTEGNELSE**

1. INNLEDNING/FORMÅL	6
2. OVERORDNET MÅLBILDE	7
3. RAMMEFAKTORER	9
3.1 EIERSTYRING OG LOVVERK	9
3.2 FØRINGER FRA HELSE SØR-ØST	9
3.3 SYKEHUSPARTNER SOM FELLES TJENESTELEVERANDØR.....	9
3.4 LANGTIDSPLANEN FOR OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS.....	9
3.5 GJENNOMGANG OG UTVIKLING AV ORGANISERINGEN AV OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS	10
3.6 SIKKERHETSTRENDER FREM MOT 2020.....	10
3.7 UTVIKLING I MEDISIN.....	10
3.8 UTVIKLING I TEKNOLOGI.....	11
4. RESULTATER FREM MOT 2020	12
4.1 KLINISK OMRÅDE MED FORSKNING	12
4.2 ADMINISTRATIVT OMRÅDE.....	14
4.3 FORSKNING OG INNOVASJON.....	14
4.4 INFRASTRUKTUR.....	15
5. PRIORITERT AKTIVITET OG PROSJEKTER I 2016	15
6. SAMLET OVERSIKT OVER ØKONOMISKE KONSEKVENSER	25
6.1 BRUK AV LOKALE INVESTERINGSMIDLER I 2016	25
6.2 BRUK AV LOKALE DRIFTSMIDLER I 2016.....	25
6.3 ESTIMERT BRUK AV REGIONALE INVESTERINGSMIDLER I 2016	25
6.4 ESTIMERT BRUK AV INVESTERINGSMIDLER I 2016 – 2020 (TALL I MNOK).....	26
6.5 ESTIMERT BRUK AV LOKALE DRIFTSMIDLER I 2016 – 2019 (TALL I MNOK)	26
7. RISIKOBILDE	26
7.1 KORTSIKTIG RISIKOBILDE	26
7.2 LANGSIKTIG RISIKOBILDE	27
8. AKTIVITET GJENNOMFØRT I 2015	28
8.1 KLINISK OMRÅDE.....	28
8.2 ADMINISTRATIVT OMRÅDE.....	29
8.3 FORSKNING OG INNOVASJON.....	30
8.4 INFRASTRUKTUR.....	30
9. TABELLARISK OVERSIKT OVER PROSJEKT/AKTIVITET I 2016	32
10. FORELØPIG PLAN PROSJEKT/AKTIVITET RESTERENDE 2016 - 2020	36

**Områdeplan IKT for OUS HF
2016-2020**

Referanser til andre dokumenter

Nr.	Dokumentnavn	Dato
	<i>IKT strategi og handlingsplan (Helse Sør-Øst RHF)</i>	25. okt. 2012
	<i>Regional Gjennomføringsplan for IKT området</i>	
	<u>Nasjonal helse- og sykehusplan</u> (lenke)	

**Områdeplan IKT for OUS HF
2016-2020**

1. INNLEDNING/FORMÅL

Områdeplan IKT for Oslo universitetssykehus HF for 2016 – 2020 viser planer og leveranser på IKT området. Resultatene skal bidra til å realisere Helse Sør-Øst sin IKT-strategi og ivareta Oslo universitetssykehus' behov.

Planen viser målbildet for bruk av teknologi i sykehuset frem mot 2020 og hvordan aktivitetene som er planlagt skal bidra til å nå dette målet. Dokumentet fokuserer spesielt på aktiviteten som er prioritert og planlagt for 2016, og arbeidet knyttet til å ta i bruk teknologien på en god måte.

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

Prinsipper for prioritering

De prioriteringene som er gjort i arbeidet med denne planen er i tråd med de regionale prinsipper for prioritering som ble vedtatt 21. august 2013 av Fornyingsstyret i Helse Sør-Øst. Det innebærer at det er lagt vekt på følgende forhold:

- Økt effektivitet i sykehuset og optimaliserte arbeidsprosesser
- Økt kvalitet i pasientbehandlingen
- Økt grad av sikker og stabil drift
- Økt understøttelse av regionens målbilde
- Økt kvalitet i styringsinformasjon
- Understøtte forskning i sykehuset

**Områdeplan IKT for OUS HF
2016-2020**

2. OVERORDNET MÅLBILDE

Målbildet for teknologiområdet i Oslo universitetssykehus frem mot 2020¹:

Helse Sør-Øst RHF har innført felles, regionale systemer på en rekke områder som radiologi, laboratoriefag. Dette betyr mer koordinerte prosesser for videre utvikling og endringer av systemene gjennom Regionalt senter for kliniske IKT løsninger.

Det vil i løpet av perioden være felles regionale systemer for EPJ, føde, medikamentell kreftbehandling, pasienttjenester, multimedia, økonomi, HR, laboratoriesystemer og radiologi med flere.

DIPS PAS/EPJ
PARTUS fødesystem
METAVISION kurve
MKB medikamentell kreftbehandling
MINJOURNAL
LVMS felles laboratoriesystem inkl. Digital patologi
Carestream felles RIS/PACS
Multimedia
Økonomi, HR og saksbehandling

Oslo universitetssykehus ønsker større standardisering og vil prioritere gjenbruk av eksisterende løsninger, fremfor å ta i bruk enda et nytt system.

I 2020 deltar pasientene i egen behandling på en helt annen måte enn i dag. De har innsyn i egen journal, gir tilbakemeldinger, kommuniserer og oppdaterer egne data. De utfører selvbetjeningsoppgaver og deltar aktivt i e-konsultasjoner, både som forberedelse til og oppfølging etter behandling. Blodgivere registrerer selv avtale for blodgivning via Webbooking, og registrerer blodgiverinformasjon på elektroniske spørreskjemaer før konsultasjonen. Nye pasienttjenester utvikles i MinJournal i nært samarbeid med klinikere og pasienter, og deretter migreres utprøvde tjenester over i en nasjonal drakt i helsenorge.no.

I 2020 har Oslo universitetssykehus en gjennomgående kurve i alle pasientbehandlernde avdelinger. Kurveløsningen håndterer store datamengder fra medisinskteknisk utstyr (MTU) og andre typer sensorer. All legemiddelbehandling foregår også her. Forordningene er generiske og legene får ferdige doseringsforslag og varsles ved medikamentallergier eller uheldige medikamentkombinasjoner. OUS bruker lukket medikamentsløyfe der nøkkelinformasjon skannes og overføres elektronisk til kurveløsningen. Arbeidet med doseveiledning basert på pasienters farmakogenetiske egenskaper er startet. Dette gir økt pasientsikkerhet og kvalitet, samtidig som det gir unike muligheter for gjennomføring av kvalitetsstudier og forskning.

I 2020 vil strukturert EPJ basert på DIPS Arena være innført og tett integrert med kurvesystemet. Registreringsarbeidet er mer automatisert, og det er mindre behov for dobbeltregistreringer. Datakvaliteten øker, og Oslo universitetssykehus kan håndtere store datamengder både til primærbruk og sekundærbruk. IKT-løsningene støtter opp under enhetlig pasientbehandling basert på retningslinjer (pakkeforløp og nasjonale retningslinjer). Utveksling av data til samarbeidende helseinstitusjoner og pasienter vil forenkles, fordi innholdet er mer standardisert. Dette bidrar til mer effektive pasientforløp. Tett samarbeid med DIPS har gitt

¹ Forutsetninger for målbildet som er beskrevet er; finansiering fra eier og kapasitet hos felles tjenesteleverandør,

**Områdeplan IKT for OUS HF
2016-2020**

bedre støtte til det pasientadministrative arbeidet, som sammen med gode arbeidsrutiner, har ført til færre fristbrudd. OUS oppfyller dermed kvalitetsindikatorerne beskrevet av «Glemt av sykehuset»-prosjektet.

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

Klinisk datavarehus er innført i løpet av perioden, og inneholder strukturerte data for demografi, opphold, diagnoser/prosedyrer og kurve/medisineringsdata, laboratoriedata samt patologi- og radiologidata. Løsningen er skalert for å håndtere store datamengder. Uthenting av data til kvalitets- og forskningsregistre håndteres her, slik at produksjonsmiljøer som EPJ avlastes og personvernet ivaretas. I tillegg gir klinisk datavarehus mulighet for beslutningsstøtte og analyse på tvers av alle data, for eksempel for smittevern.

Det er etablert et nasjonalt system for Prehospitaltjenester med sammenhengende journal, beslutningsstøtte og flåtestyring av ambulanser og helikoptre.

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

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

Frem mot 2020 skal sykehuset ha startet prosjekter for utvikling og etablering av løsninger for klinisk beslutningsstøtte basert på stordata. Disse løsningene forutsetter en infrastruktur beregnet for tungregning og lagring av store datamengder

Oslo universitetssykehus HF er tildelt flere oppdrag fra regionen om å opprette og drifte regionale sentre knyttet til IKT. Regionalt servicemiljø for nasjonale kvalitetsregistre er etablert ved Oslo universitetssykehus, og understøtter nasjonale registre basert på nasjonale standardplattformer (eReg og MRS).

Regionalt senter for kliniske IKT-løsninger er etablert og operativt. Senteret har ansvaret for utvikling og standardisering av de regionale kliniske IKT-løsningene som er i drift. Arbeidet med utvikling av arketyper² og standardisering av kliniske arbeidsprosesser vil være en sentral oppgave for senteret, i samarbeid med regionens fagmiljøer. Innen feltet digitale pasienttjenester vil senteret være en spyspiss.

Oslo universitetssykehus arbeider med å effektivisere og kvalitetssikre arbeidsprosesser med fokus på kvalitetsindikatorer som er beskrevet av det regionale prosjektet "Glemt av sykehuset". I dette ligger også arbeid med tilrettelegging av PAS/EPJ. I tråd med føringer fra eier, skal flere sentre knyttet til bruk av ny teknologi etableres.

² ² Nasjonalt pågår det et løp for å strukturere klinisk informasjon som ikke er strukturert i andre kodeverk (f.eks. ICD10). Metoden som er valgt er å definere Arketyper, som er en modell for klinisk informasjon.

**Områdeplan IKT for OUS HF
2016-2020**

3. RAMMEFAKTORER

I perioden frem mot 2020 vil flere forhold påvirke behovet og prioriteringene innen teknologi og IKT ved Oslo universitetssykehus, som eierstyring, eksisterende strategier og endringer innen medisin og teknologi.

3.1 Eierstyring og lovverk

Viktige faktorer for utviklingen innen teknologiområdet vil være føringer fra eier, fra det politiske miljø, samt eksisterende strategier både på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå. Det er en helsepolitisk målsetning om at pasienter må få mer makt og i større grad ansvarliggjøres i egen helse- og behandlingsoppfølging (St.meld 9 og 10 (2012-2013)).

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

3.2 Føringer fra Helse Sør-Øst

Helse Sør-Øst forutsetter at lokale områdeplaner for IKT skal bygge på vedtatt regional "IKT strategi og Gjennomføringsplan", slik at planverkene henger sammen. I den regionale IKT-strategien legges det vekt på regional standardisering samt, over tid nasjonale standarder og løsninger. Dette skal bidra til å realisere Helse Sør-Østs overordnede strategiske mål innenfor rammene i økonomisk langtidsplan.

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

3.3 Sykehuspartner som felles tjenesteleverandør

Sykehuspartners leveransekapasitet vil sette klare rammer for hvilken utvikling det er mulig å oppnå innenfor teknologiområdet. Det er avgjørende for utviklingen i Oslo universitetssykehus at leveransekapasiteten økes, og det er satt i gang flere tiltak for å bidra til dette. Frem mot 2020 forventes det at Sykehuspartner vil endre fokus fra å være en tjenesteprodusent til å bli en tjenesteleverandør³.

3.4 Langtidsplanen for Oslo universitetssykehus

Langtidsplanen for Oslo universitetssykehus (Fremtidens OUS) peker på en rekke områder der teknologi er en vesentlig faktor for suksess. Økt bruk av telemedisin og nye, interaktive e-helseløsninger kommer til å bli viktig. Frammøte til kontroll vil kunne erstattes av elektronisk kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient, og pasientens perspektiv vil bli stadig viktigere.

Det forventes effekter av gjennomgående nye IKT-løsninger, som gir enkel og sikker tilgang til nødvendige opplysninger knyttet til det aktuelle pasientforløp. Informasjonen er tilgjengelig uavhengig av hvor i landet pasienten blir syk, eller på hvilket nivå i helsetjenesten han eller hun blir utredet og behandlet.

I fremtidens OUS vil nye forskningsresultater og ny klinisk kunnskap bli omsatt og integrert som en del av medisinsk praksis. Det vil bli gjennomført kliniske behandlingsstudier, både i hvert HF

³ Det siste innebærer å vri fokus fra å produsere tjenester på egne eide produksjonsmidler til å kjøpe tjenester ute i markedet.

Områdeplan IKT for OUS HF 2016-2020

og på tvers av helseforetak. Det betyr å ta i bruk ny teknologi, drive aktiv kunnskapsoverføring og dele erfaringer nasjonalt. Sykehuset kan utvikle et "laboratorium" for uttesting og for å dele kunnskap på tvers av fagområder, tjenestenivåer og yrkesgrupper, samt samspill med næringslivet.

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

3.5 Gjennomgang og utvikling av organiseringen av Oslo universitetssykehus

Det pågår et prosjekt for å gjennomgå og utvikle organisasjons- og ledelsesstruktur i Oslo universitetssykehus. Hovedformålet med prosjektet er å sikre at helseforetaket har en hensiktsmessig organisering som er i samsvar med vedtatt strategi, og som tydelig inkluderer brukermedvirkning. Prosjektet skal fremme forslag til organisasjonsendringer som kan gjelde fra 2016 og fremover. Dette gjelder også organiseringen av IKT- og teknologiområdet.

3.6 Sikkerhetstrender frem mot 2020

Utviklingen i trussel- og sårbarhetsbildet innen teknologi og infrastruktur viser et økende antall avanserte angrep. I det illegale markedet for handel med identitet, og informasjon knyttet til dette, er det en økende interesse for helseopplysninger. Vi kan forvente at sykehusets informasjonssystemer i stadig større grad vil bli utsatt for forsøk på inntrengning og uthenting av opplysninger. Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) påpeker i "Nasjonalt risikobilde 2015" at bortfall av IKT-tjenester er en av hendelsene med størst konsekvenser for samfunnet. Sårbarheten ved bortfall av IKT tjenester er økende.

3.7 Utvikling i medisin

De siste tiårene har gitt en betydelig utvikling innen medisinsk teknologi, som har åpnet for nye metoder innen diagnostikk og behandling. Bruken av bildediagnostikk og bildeveiledet behandling fører til mer bruk av minimalt invasive prosedyrer som erstatning for større operative inngrep. For tradisjonelle modaliteter som MR, CT og PET/CT vil datamengden per undersøkelse bli større med økende romoppløsning, større anatomisk dekning og flere 3D-opptak. Hybridteknologi som PET/CT, PET/MR øker i omfang og får større utbredelse. Videreutvikling av programvare for bildeanalyse og rekonstruksjoner vil generere nye datasett og et stadig større behov for lagringskapasitet og raske nettverkløsninger. Utveksling av bilder og annen pasientrettet informasjon (radiologi/nukleærmedisin, endoskopi, patologi, labdata osv) vil øke. Også utenfor sykehus vil det i større grad etterspørres tilgang til relevant informasjon for både pasient, henvisende lege og bildediagnostiker, uavhengig av geografiske plassering.

Fremskrittene innen bioteknologi og medisinsk genetikk materialiserer seg i form av nye diagnostiske undersøkelser og behandlingsmetoder. Genetisk farmakologi gjør persontilpasset behandling mulig og nanoteknologi vil gi nye muligheter for bruk av implantater og trådløse biosensorer in vivo. Dette vil på flere områder erstatte bruken av tradisjonelle metoder som blodprøver og vevsprøver.

Stor befolkningsvekst og krav til effektivisering, sammen med bruk ny teknologi, fører til en forskyvning av pasientene til lettere omsorgsnivåer: Fra innleggelse til dagbehandling, fra

Områdeplan IKT for OUS HF 2016-2020

dagbehandling til poliklinikk og fra poliklinikk til fjernbehandling (behandling av pasienten i primærhelsetjenesten, kommunehelsetjenesten eller i hjemmet med kommunikasjon mot spesialist i sykehuset). Flere undersøkelser og behandlingsformer vil kunne gjøres hjemmefra, hos fastlegen, på sykehjem eller på pasienthoteller. Eksempler på dette kan være cytostatika i sensorer som måler fysiologiske eller biokjemiske parametre, eller screeninger i form av piller som sender signaler/data til sykehusets fagsystemer via apper på mobiltelefonen og MinJournal.

Disse trendene fører til en sterk økning i datamengdene som genereres og prosesseres i helseforetaket, og det forventes en økning med faktor på 1000 i forhold til dagens datamengde. Dette stiller store krav til IKT-systemene og infrastrukturen (nettverk, servere og lagringsløsninger). Slike datamengder er menneskelig umulig å navigere i, og krever en overgang fra ustrukturert til strukturert journal med mulighet for beslutningsstøtte. Flere av disse trendene utløser altså behov for en IKT infrastruktur som krever kompetanse som i dag ikke er tilgjengelig verken på Oslo universitetssykehus, i Helse Sør-Øst eller nasjonalt innenfor helseområdet. Det er spesielt behovene for kompetanse innen tungregning og tunglagring som peker seg ut. Et videre samarbeid med Universitetet i Oslo vil være viktig på dette området.

3.8 Utvikling i teknologi

Løsninger som tidligere var forbeholdt store datasentre med supercomputere er nå tilgjengelig som en "app" på smarttelefon eller som webtjenester på internett. Små datamaskiner er innebygd i alle mulige slags forbruksartikler. Medisinsk teknisk utstyr leveres nå med innebygde datamaskiner i alt fra infusjonspumper til røntgenapparater. Denne teknologiutviklingen gir nye muligheter innen medisinsk diagnostikk og behandling. Innbyggere vil ha en forventning om at helsetjenesten kan ta imot og behandle de helsedata som de sender inn. Utfordringen for klinikerne vil være å skille mellom relevant og irrelevant informasjon. Teknologiutviklingen i årene framover vil preges av følgende stikkord: Skytjenester, stordata, mobilitet og sosiale medier.

3.8.1 Skytjenester

Skytjenester (engelsk: cloud computing) er betegnelsen på en IT-infrastruktur hvor store grupper av servere er koblet sammen i nettverk for å tillate sentralisert datalagring og elektronisk tilgang til datatjenester. Skyer kan klassifiseres som offentlig, privat eller hybrid. Det finnes ulike modeller for tjenesteleveranser via skyen, fra enkle "app'er" på smarttelefoner som benytter servere i skyen til å kjøre programvaren, til hele datarom (Infrastructure as a Service (IaaS) og Platform as a Service (PaaS)). Ideen er at bedrifter eller personer skal kunne benytte seg av avanserte IKT-løsninger uten å måtte investere i all nødvendig maskinvare og programvare, men kan leie det som en tjeneste. Denne teknologien kommer til å gjøre seg gjeldende også i helsesektoren. Den norske personvernlovgivningen vil gi utfordringer for framveksten av offentlige skytjenester, men det vil med stor sikkerhet utvikles private (les: lukkede og sikre) løsninger.

3.8.2 Stordata

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

Områdeplan IKT for OUS HF 2016-2020

3.8.3 Mobilitet

Fremtidens helsemedarbeidere, pasienter og publikum vil forvente tilgang til IKT-tjenester uavhengig av tid og sted. Denne utviklingen er allerede til stede gjennom stadig større tilbud av tjenester for mobile enheter (smarttelefoner og nettbrett) innenfor alle deler av samfunnet, også helsesektoren. Det er allerede mulig å kjøpe sensorer for måling av ulike biokjemiske og fysiologiske parametre som enkelt knyttes til mobiltelefonen. Samtidig fører dette til behov for sikre løsninger som både helsepersonell og publikum kan ha tillit til.

3.8.4 Sosiale medier

Helserelaterte emner er blant de hyppigste søkene i Google. En utfordring for både helsepersonell, pasienter og pårørende er å finne medier som har kvalitetssikret og pålitelig informasjon. Det vil i årene framover bli en betydelig etterspørsel etter medier som kan garantere pålitelig informasjon. For Oslo universitetssykehus er MinJournal er stort skritt videre når det gjelder tilstedeværelse på internett, og gir pasient direkte tilgang til egne helseopplysninger.

4. RESULTATER FREM MOT 2020

For å realisere målbildet vil det i neste femårsperiode være nødvendig med en betydelig mengde aktivitet både i form av regionale og lokale prosjekter.

4.1 Klinisk område med forskning

De store prosjektene med foreslått tidsplan i tråd med regionale planer vises nedenfor. I tillegg vil nye, mindre behov i klinikkene som understøtter målbildet, eller som bidrar til redusert risiko knyttet til stabil og sikker drift, prioriteres ved inngangen av hvert år.

Område	2016	2017	2018	2019	2020
Klinisk datavarehus					
Strukturert og prosesstøttende journal					
Gjennomgående kurve, lukket legemiddelsøyfe					
Multimedialt lager					
Infrastruktur for forskning					
Felles labsystem inkl. digital patologi					
Felles radiologisystem					
Pasienttjenester					
Prehospitale tjenester					

4.1.1 Økt kvalitet i pasientbehandlingen

For å nå målbildet må flere av prosjektene gjennomføres parallelt. Elektronisk kurve- og medikasjonsløsning er nødvendig for å møte nasjonale kvalitetskrav til dokumentasjon, legemiddelhåndtering og for å forbedre behandlingsforløpet for den enkelte pasient. Elektronisk oversikt over medisiner med beslutningsstøtte, vil gi økt pasientsikkerhet. Gjennomgående kurve er et område som binder medisinsk teknologi tett sammen med IKT i hele sykehuset.

**Områdeplan IKT for OUS HF
2016-2020**

Ved strukturering av klinisk informasjon som tidligere ikke har vært strukturert, vil man enklere kunne følge utviklingen over tid på informasjon som er viktig for behandling av pasienten. Arketyper må utarbeides for å dekke de mange spesialiteter som finnes ved sykehuset. Arbeid med konsolidering og strukturering av funksjonalitet inn i elektronisk pasientjournal, vil forenkle bruken og gi bedre kvalitet i grunndata. Dette er et stort arbeid som vil strekke seg over hele planperioden.

Videreutvikling og forbedring av prosessstøtte i EPJ må gjennomføres for på kort sikt å understøtte myndighetskrav om standardiserte pakkeforløp. På lengre sikt skal det etableres avansert prosessstøtte for alle arbeidsprosesser som inngår i et pasientforløp.

Selv om persontilpasset medisin ennå bare er i startgropen, kommer det stadig ny kunnskap som gjør det mulig å differensiere behandling på bakgrunn av gener. For pasienter betyr dette riktig behandling fra oppstart, med mindre bivirkninger og raskere resultater.

4.1.2 Økt grad av sikker og stabil drift

Oslo universitetssykehus har fremdeles parallelle løsninger innenfor både laboratoriefag og radiologi med de driftsmessige utfordringer det gir. Prehospitaltjenester er et annet område som trenger bedre og mer moderne IKT-støtte. For dette området er det imidlertid nødvendig med regionale eller nasjonale løsninger, og Oslo universitetssykehus vil bidra i dette arbeidet. Et spesielt fokus på infrastruktur på forskning er viktig for å sikre at den store forskningsvirksomheten ved sykehuset understøttes.

4.1.3 Økt effektivitet i sykehuset og optimaliserte arbeidsprosesser

Å etablere klinisk datavarehus vil gjøre kvalitetssikrede grunndata tilgjengelig for elektronisk gjenbruk i kvalitetsregistre og i forskning. Ved å ta i bruk regionale løsninger innenfor både laboratorie- og radiologiområdet, vil OUS få en løsning for et behov og ikke som i dag med forskjellige løsninger avhengig av lokalisasjon.

God billedkvalitet som tillater sammenligning med tidligere undersøkelser bidrar til økt kvalitet i pasientbehandlingen og, i akutte tilfeller, til raskere oppstart av riktig behandling. Å etablere løsninger for multimedia vil forenkle lagring og gjenfinning av informasjon og bidra til nøyaktige målinger og tilgjengelighet til bilder og video på tvers i og utenfor sykehuset. Samtidig vil sikkerheten ivaretas bedre. Bilder og video fra MTU må lagres med tilstrekkelig datakvalitet og være tilgjengelig for senere bruk. Grensesnittet mellom MTU og IKT må her fungere sømløst. For OUS er en løsning for EKG svært viktig. Helse Sør-Øst har startet et prosjekt for multimedialøsning. Forutsatt at EKG generelt, og OUS spesielt prioriteres, vil OUS vente til en regional EKG-tjeneste kan leveres. Dette vil sannsynligvis skje i 2017.

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

4.1.4 Økt understøttelse av regionens målbilde

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

**Områdeplan IKT for OUS HF
2016-2020**

4.2 Administrativt område

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

4.2.1 Økt kvalitet i pasientbehandlingen

Videreutvikling av virksomhetens kvalitetsløsninger, slik at disse til enhver tid understøtter klinikkenes behov. Dette gjelder både tilgang til styrende dokumenter, løsninger for håndtering av avvik og oppfølging av tiltakene knyttet til disse. Kvalitetsløsningene må gjøre det enklere å dele kunnskap mellom avdelinger og klinikker, samt ta i bruk internasjonale og nasjonale kodeverk for diagnoser, prosedyrekoder og legemidler. Et annet viktig område for å sikre god pasientbehandling, er sikker vareflyt for medisinske forbruksvarer, slik at de riktige produktene leveres på rett sted til avtalt tid. Dette håndteres ved å videreutvikle eksisterende løsninger og prosesser.

4.2.2 Økt grad av sikker og stabil drift

For å øke graden av sikker og stabil drift, må eksisterende systemportefølje på administrativt område fortløpende oppgraderes. Dermed vil det også bli mulig å ta i bruk nye tjenester.

4.2.3 Økt effektivitet i sykehuset og optimaliserte arbeidsprosesser

Løpende videreutvikling av eksisterende systemportefølje og tilhørende arbeidsprosesser, slik at løsningene til en hver tid understøtter virksomhetens eksisterende og fremtidige behov på en hensiktsmessig måte. I tillegg må løsningene tilrettelegges slik at brukerne på en enkel måte får god oversikt over sitt ansvarsområde.

4.2.4 Økt kvalitet i styringsinformasjon

Økt kvalitet i styringsinformasjonen oppnås ved systematisk forbedring av styringsverktøyene. Utvikling av gode indikatorer skal gjøre det mulig for ledere på ulike nivåer i virksomheten å gjennomføre styring på både taktisk og strategisk nivå. En annen forutsetning for å øke kvaliteten i styringsinformasjonen, er at kvaliteten på grunndata og kodeverk er så god at dataene i løsningene representerer det som faktisk skjer i virksomheten. Dette løses ved å arbeide videre med forvaltningsløsninger for organisasjonsstruktur og andre typer kodeverk, samt ved å ha fokus på hvordan løsningene faktisk brukes og hvordan bruken kan forbedres.

4.3 Forskning og innovasjon

Helse Sør-Øst har etablert et eget program med fokus på IKT for forskning. Oslo universitetssykehus vil spille inn forslag til prosjekter som vil understøtte den omfattende forskningsvirksomheten.

Sykehuset trenger erfaring med ulike måter å understøtte arbeidsprosesser som involverer pasienten direkte. Pasientene forventer å kunne ha en dialog med sykehuset via sikre elektroniske løsninger. Dette betyr det må utvikles løsninger i MinJournal for innovasjon og utprøving, før en eventuell bredding til nasjonale tjenester i helsenorge.no kan gjennomføres. Regionalt senter for kliniske IKT-løsninger vil være en sentral bidragsyter i dette arbeidet.

**Områdeplan IKT for OUS HF
2016-2020**

4.4 Infrastruktur

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

Når den planlagte aktiviteten for 2016 er gjennomført, vil Oslo universitetssykehus ha en oppgradert og moderne teknologisk plattform, som kan tilby mulighet for mobilitet i klinikken. Den nye infrastrukturen vil være vesentlig lettere å holde oppgradert og forsvarlig over tid, og gjør sykehuset i stand til å håndtere nye krav og tjenester innen administrative, medisinske og diagnostiske tjenester.

I tillegg til nye aktiviteter, vil det i løpet av 2016 jobbes med å ferdigstille restaktiviteter fra 2015. Neste versjon av operativsystem på klientsiden (Windows 10) skal etter planen bli tatt i bruk på sykehuset i løpet av neste år. I tillegg vil det bli gjennomført og startet opp prosjekter innen neste generasjons nettverk (IPv6), tilpasning til nye telefoniløsninger og implementering av nye sikkerhetsløsninger.

I løpet av planperioden vil det gjennomføres et prosjekt for å implementere tungregne- og tunglagringskapasitet for brukerne på Oslo universitetssykehus.

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

5. PRIORITERT AKTIVITET OG PROSJEKTER I 2016

Nr	Aktivitet i 2016 knyttet til regionale prosjekter
1	Regional løsning for medikamentell kreftbehandling Prosjektet har som oppgave å anskaffe og implementere en standardisert løsning for medikamentell kreftbehandling ved alle helseforetak i Helse Sør-Øst, med bruk av en database som inneholder kurdefinisjoner og pasientopplysninger. Løsningen skal håndtere dosering, rekvirering, produksjon på apotek, administrasjon og dokumentasjon gjennom hele behandlingsforløpet. Løsningen skal også ivareta nødvendige integrasjoner med DIPS, muliggjøre integrasjon med kurve- og medikasjonsløsning, samt automatisere innrapportering til Kreftregisteret. Arbeidsprosessene standardiseres på tvers av helseforetakene. Prosjektet vil gjennomføres i perioden 2014-2017, og i 2015 er målet å anskaffe løsningen (signert 29/4-15) og forberede løsningen for pilot ved tre foretak tidlig i 2016. OUS er pilot.
2	Regional endoskopiløsning tatt i bruk på OUS Regional EPJ ved Oslo universitetssykehus har innført den regionale løsningen, Endobase, innenfor mage/tarmområdet på OUS. Prosjektet i 2016 vil innføre den løsningen innenfor lungeområdet, ØNH, urologiområdet, lapraskopi og arthroscopi.
3	Regional fødejournal/fostermedisinløsning 2016 OUS har tatt i bruk regional løsning, Partus og Astraia (fostermedisin) med en delvis integrasjon med andre systemer og uten at fostermedisinløsningen er ferdig utviklet.

**Områdeplan IKT for OUS HF
2016-2020**

Nr	Aktivitet i 2016 knyttet til regionale prosjekter
	Det regionale prosjektet er avsluttet, og den regionale drifts- og forvaltningsorganisasjonen holder i det videre arbeidet. OUS har bestilt talegjenkjenning, kontekstintegrasjon og ADT-integrasjon til Partus.
4	Regional tjeneste for automatisk tildeling av fødselsnummer Prosjektet vil innføre en løsning som sender forespørsel om nytt fødselsnummer til Skatteetaten mens DIPS mottar dette og formidler det videre til Partus.
5	Regional stråleterapiløsning med nytt doseplansystem OUS, Radiumhospitalet tok i bruk ny regional stråleterapiløsning i 2013. Et av doseplansystemene som benyttes i løsningen har leverandøren nå stoppet å videreutvikle (EOL). Systemet må erstattes. Planlagt aktivitet 2016 er foranalyse og anskaffelse.
6	Logistikkverktøy Prehospitalt senter (Ressursstyring ambulanser) AMK i Oslo håndterer medisinsk nødmeldings- og kommunikasjonstjeneste for fylkene Oslo, Akershus og Østfold. Operasjonsområdet omfatter en variert geografi og demografi. AMK Luftambulans opererer i hele Helse Sør-Øst og har også funksjon som Regional AMK ved ekstraordinære hendelser. AMK-sentralen koordinerer opp mot 90 akuttressurser i tre fylker og har et operasjonsområde på 9554 kvadratkilometer med en befolkning på om lag 1,5 millioner innbyggere. Forvaltning av denne oppgaven foregår uten databaserte støtteverktøy og ressursene dirigeres manuelt. Prosjektet vil i 2016 implementere en foreløpig lokal prediksjonsløsning for OUS og være en del av det nasjonale prosjektet.
7	Elektronisk logistikk og kvalitetsstyringssystem for Sterilavdelingen Sterilavdelingen har seksjoner ved fire hovedlokasjoner i OUS for repressering av flergangsinstrumenter og levering av sterilt utstyr til operasjoner. Rikshospitalet har siden 2001 utviklet og hatt i bruk et elektronisk logistikk – og dokumentasjonssystem, kalt OUS –doc. Dette systemet finnes i dag på Rikshospitalet og Ullevål, og har vært driftet lokalt av en ansatt som nå går av med pensjon. Prosjektet vil erstatte dagens sterilsystem med et system som tilfredsstillende alle funksjonelle krav og kan driftes og forvaltes på en trygg måte. Da flere andre HF har samme behov, arbeides det nå for å kjøre dette som et samarbeidsprosjekt mellom flere sykehus, eller etablere en fellesregional tjeneste. Prosjektet vil i 2016 ferdigstille foranalyse og gjennomføre en anskaffelse.
8	Regional kurveløsning – bredning av MetaVision ved OUS 2016 Arbeidet med pilotering og innføring av elektronisk kurveløsning har vært pågående ved OUS i ulike faser siden anskaffelsen i 2005. Kurveløsningen er i dag i bruk ved cirka 190 senger innenfor anesthesi-, intensiv- og operasjonsområdet i foretaket. Målet om gjennomgående elektronisk kurve er forankret i vedtatte styrende dokumenter. Prosjektet vil innføre regional løsning for elektronisk kurve i resterende AIO enheter og til samtlige sengeposter i OUS i 2016.
9	Regional MinJournal - vise hele journal og logg i MinJournal Regionalt senter utvikler funksjonalitet i DIPS og MinJournal som gjør det mulig for pasienten å lese alle sine dokumenter fra DIPS. Det utvikles funksjonalitet for å kunne vise pasientene en logg over hvem som har arbeidet i journalen hans/hennes. Prosjektet vil gjennomføre nødvendig informasjon og opplæring i OUS slik at sykehuset kan ta det i bruk 1. april 2016.
10	Infrastrukturmoderniseringsprogrammet (IMP) I 2016 vil programmet ferdigstille Omlegging OUS fase 2 – klientomlegging (herunder

**Områdeplan IKT for OUS HF
2016-2020**

Nr	Aktivitet i 2016 knyttet til regionale prosjekter
	MTU) og starte på et teknologiskifte innen telefoni med overgang til SIP-nett og pilotering av det på Aker.
11	<p>Regional LIMS - GAP analyse for OUS I arbeidet med å etablere en regional LIMS-løsning er det nødvendig å gjennomføre en GAP-analyse for å se behovene til OUS opp imot installert løsning i SØ-HF og tilgjengelig funksjonalitet i valgt laboratorieløsning. Problemstillinger knyttet til håndtering av historiske data for OUS må tas som en del av dette.</p> <p>Oppgradering og utvidelse av laboratoriearkivdatabasen (LADB) LADB ble opprettet som langtidsarkivdatabase i 2007, da Unilab ble innført som felles LIMS for MBK, IMM og FAR ved RH, RA og SSE. For å kunne fortsette å benytte LADB må denne utvides, feilrettes og oppgraderes. Alternativt må OUS få en annen lagringsløsning som tilfredsstillende kravene til langtidsarkiv for analyseresultater og kvalitetskontroller. Det vil i 2016 foretas en foranalyse, inkludert en GAP-analyse til regional arkivdatabase som er etablert ved innføring av regionalt laboratoriesystem i SØ-HF.</p>
12	<p>Regional RIS/PACS løsning - GAP analyse for OUS Ny RIS/PACS løsning til Sykehuset Innlandet HF er nå utsatt. Dette har betydning for oppstart av arbeid ved AHUS og OUS. Det regionale prosjektet vil starte en GAP-analyse sammen med OUS i 2016.</p>
13	<p>Digital samhandling Prosjektet vil integrere sentrale systemer ved laboratorier og røntgen med Adresseregisteret. Da det er begrensede midler som er prioritert til dette, må systemer prioriteres innenfor tildelt ramme. OUS vil i 2016 motta flere regionale kliniske løsninger</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elektronisk HF-HF kommunikasjon • IHR • E-resept • Kjernejournal <p>Prosjektet bistår med å implementere disse i OUS i 2016</p>
14	<p>Regional multimedialøsning Det har i mange år vært etterspurt en multimedialøsning. Denne har vært i regionale strategier/planer, men stadig blitt skjøvet i tid. Regionalt prosjekt vil i 2016 starte en anskaffelsesprosess.</p>
15	<p>Regional løsning for digital patologi Det pågår et arbeid med en regional løsning for digital patologi hvor ressurser fra OUS deltar. Patologisk avdeling ved OUS ønsker å kunne være tidlig ute og pilotere digital patologi.</p>
16	<p>Regional ambulansejournal Arbeidet med en regional ambulansejournal vil startes i 2016. Det er ennå ikke avklart om det vil bli en nasjonal eller en regional ambulansejournal.</p>
17	<p>Regional ERP løsning Det pågår en foranalyse som utreder muligheten av at OUS blir det neste helseforetaket som innfører regional ERP-løsning. Det gjøres også en GAP analyse som del av foranalysen. Foranalysen ferdigstilles desember 2015.</p>
18	<p>Regional organisasjonsforvaltningsløsning Videreutvikling av organisasjonsforvaltningsløsningen og bruken av denne i OUS.</p>

**Områdeplan IKT for OUS HF
2016-2020**

Nr	Aktivitet i 2016 knyttet til regionale prosjekter
19	<p>Innføring av regional sakarkivløsning Det pågår en foranalyse (inkl. GAP analyse) for innføring av regional sak-/arkivløsning ved OUS. Innføring av regional sakarkivløsning i tråd med anbefalinger gjort i foranalyse i 2015.</p>
20	<p>Regional PAS/EPJ Prosjektet vil i 2016 ha fokus på å standardisere DIPS-installasjonene ved helseforetakene (slik at de blir lik regional standard som er implementert ved OUS) og lukke avvik som er dokumentert av Riksrevisjonen (OUS har i EPJ-prosjektet kravstilt og fått implementert de kravene som ligger til grunn for Riksrevisjonens merknader). HSØ ønsker å konsolidere alle DIPS databasene. Modellen som er valgt er at de andre databasene skal konsolideres inn i OUS sin database. For OUS spesielt vil prosjektet ha fokus på å ferdigstille manglende regionale integrasjoner.</p>
21	<p>Arenautvikling, videreutvikling av regional EPJ, bruk av DIPS Arena for å erstatte spesialistsystemer Utvikling av strukturert journal vha DIPS Arena og Arketyper. DIPS skal levere første versjon av DIPS Arena som kan erstatte DIPS Classic i 2016. Noen få moduler av DIPS Arena er likevel i drift i sameksistens med DIPS Classic ved OUS, bl.a. ved skadelegevakten og Olafiaklinikken. På bakgrunn av erfaringene med å konsolidere Hippokrates ved Olafiaklinikken inn i DIPS Arena, ønsker OUS å gå videre å se på noen andre behov ved OUS.</p> <p>Følgende behov ønsker OUS skal behandles som delprosjekter. OUS ønsker å benytte DIPS Arena og Arketyper for å erstatte og redusere behovet for nye spesialistsystemer:</p> <p><u>IKT støtte for in vitro fertilisering</u> Reproduksjonsmedisinsk seksjon ved Oslo universitetssykehus er Nordens største klinikk for utredning og behandling av ufrivillig barnløshet. Avdelingen utfører ca ¼ (ca 15000 pasientkonsultasjoner per år) av landets IVF-behandlinger. I tillegg har OUS en rekke spesialfunksjoner på regionale (androgisk laboratorium), fler-regionale (sædbank) og nasjonalt nivå (ovarialvevsbank). OUS har et gammelt og ustabil system som må erstattes. Planlagt aktivitet i 2016 er å konsolidere Androlab inn i et av de store laboratoriesystemene ved OUS og derved redusere antall labsystemer med enda ett.</p> <p><u>Databasert fagsystem for nefrologi (nyremedisin)</u> Prosjektet vil innføre et databasert fagsystem for nefrologi (nyremedisin) som kvalitetssikrer og dokumenterer oppfølgingen av nyrepasienter, både polikliniske, predialytiske og transplanterte samt dialysepasienter. Forenkler rapportering til nasjonale registre og kan danne basis for epidemiologisk forskning (Dialyseregisteret ved OUS, Ullevål).</p> <p><u>DIPS Arena FødeGynMottak</u> Avdelingen har utfordringer knyttet til at de bruker to hovedsystemer, både Partus og DIPS, er både sengepost og poliklinikk som ikke DIPS støtter på en god måte slik DIPS Classic er implementert. I tillegg har avdelingen manuelle rutiner som de ønsker å erstatte, forbedre rapporter, støtte for å forbedre intern logistikk.</p> <p><u>Pleiekategorisering</u> «Sykehusets ledere står i dag overfor en utfordrende oppgave med å sikre riktig bemanning og kompetanse til pasientene. Både behandling og pleie til pasienter blir mer kompleks og intens, og langt flere pasienter behandles poliklinisk.</p>

**Områdeplan IKT for OUS HF
2016-2020**

Nr	Aktivitet i 2016 knyttet til regionale prosjekter
	Riktig bemanning bidrar til god kvalitet på pasientbehandlingen Relevant og pålitelig styringsinformasjon gir bedre budsjettkontroll og bidrar til riktig fordeling av ressurser innenfor budsjetttrammen» Prosjektet vil implementere et verktøy for pleiekategorisering i OUS
22	Løsning for kompetanse og sertifiseringsforvaltning Medisisk biokjemi ved OUS har en egenutviklet løsning for kompetanse og sertifiseringsforvaltning (kjent som OAK). Denne er på utrangert teknologi og ressursene som har utviklet løsningen har sluttet. Løsningen må nå erstattes. Både andre miljøer ved OUS og andre HF har signalisert tilsvarende behov. OUS vil gjennomføre en foranalyse i 2016

Nr	Prosjekter/aktivitet i 2016 knyttet til lokale prosjekter
31	MTU-leveranseprosjekt 2016 Integrering av MTU i OUS infrastruktur, innmeldte behov fra mange klinikker OUS har mye medisinskteknisk utstyr (MTU) som ennå ikke er integrert med andre IKT-systemer, men står som selvstendige enheter som ikke er knyttet til infrastrukturen på en hensiktsmessig måte og kun kan nås fra PC direkte tilknyttet MTU-enheten. MTU-leveranseprosjektet har i 2015 håndtert mange slike saker. Regionalt EPJ-prosjekt har i 2014 og 2015 integrert noen slike, hovedsakelig gjelder dette demografidata til IKT-systemer knyttet til MTU og svarrapporter tilbake. Regionalt EPJ ved OUS, Fase2 har identifisert nesten 600 integrasjoner som vil gjenstå til 2016. Behov som er innmeldt sjekkes mot denne listen, og evt. integrasjoner som ikke er med legges til. MTU leveveranseprosjekt 2015 ble utvidet med integrasjonene fra Konsolidering og integrasjon av bildelagring øye, fase 2 og nye behov knyttet til MTU. Prosjektet vil ferdigstille disse og bli utvidet med nye MTU-behov i 2016.
32	TKAbase v2.0 Videreutvikle funksjonalitet for etablert internt kvalitetsregister for TKA og IVS. Ny løsning vil forbedre muligheter til å ytterligere knytte kvalitetsdata til effektivisering gjennom nye rapporter. Periodiske rapporter og rapporter ved spesielle problemstillinger (driftsavvik eller lavdriftsperioder). Kan utarbeides og gi avdelings – og klinikkledelse oversikt over driftsituasjon og resultater, identifisere ”flaskehalsproblematikk” mv. Prosjektet vil utvikle ny funksjonalitet/rapporter i TKAbase.
33	Elektronisk EKG EKG danner en viktig basis for diagnostisering av hjertelidelser, både i sykehus, på vei til og utenfor. Endringer i EKG fra time til time eller år til år, og kvaliteten på opptaket er vesentlig for tolkning. I enkelte tilfeller er det vesentlig for behandlingen at det ikke er forsinkelser i taking, tolkning og sammenlikning av EKG. Dette stiller store krav til opptak, lagring og håndtering av EKG i sykehusmiljøet. I dagens system skrives EKG ut på papir, følger pasient kurven, arkiveres og skannes EKG. Denne prosessen kan ta lang tid. Kvaliteten på det innskannede EKG blir klart forringet og viktig informasjon blir tapt. Prosjektet vil gjennomføre et forprosjekt og kartlegge EKG-apparater og arbeide videre med standardisering av EKG apparatene slik at det støtter opp under et gjennomføringsprosjekt.
34	Klinisk datavarehus (utvide dataintegrasjon med nye systemer, pakkeforløp kodeverk, levere data til eksterne lokale og nasjonale kvalitetsregistre)

**Områdeplan IKT for OUS HF
2016-2020**

Nr	Prosjekter/aktivitet i 2016 knyttet til lokale prosjekter
	<p>Videreføre klinisk datavarehusløsning i 2016 med fase 2.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Utvide bruken av data fra Metavision, ytterligere laboratoriedata (patologi, mikrobiologi), røntgen, operasjonsdata, genetikdata ○ Pakkeforløp kodeverk ○ Kvalitetssikringsrutiner for data etableres og iverksettes ○ Uttrekk skal være levert av leverandør og basert på standardiserte uttrekk ○ Løsningen skal inneholde staging med identifiserbare data for fordeling til klinisk og administrativt datavarehus ○ Løsningen skal inneholde et klinisk datavarehus med aidentifiserbare data ○ Løsningen skaleres med tanke på økt bruk og datavolum <ul style="list-style-type: none"> • Operasjonalisere organisasjonsenheten som skal håndtere "ærlig mellommann" mekanismer og rutiner • Videreutvikle mekanismer for leveranse av kvalitetssikrede pasientdata til lokale kvalitetsregistre og forskningsregistre • Masterdata skal gjenbrukes på tvers av organisasjonen og det skal være lett å følge dataflyt fra kilde system til database (datamart) • Det tas sikte på å kunne levere tilsvarende løsning for Sykehuset Østfold og andre HF med samme systemportefølje • Løsningen skal levere data til eksterne kilder som lokale og nasjonale kvalitetsregistre, etter hvert automatisere innrapportering samt hente data fra systemer brukt i helseforetaket.
35	<p>Implementering av pakkeforløpsmodul i DIPS Arena DIPS har laget en ny modul for å håndtere pakkeforløp. Modulen er en del av DIPS versjonen som OUS driftssatte medio november. Prosjektet skal bistå avdelingene i å ta i bruk den nye DIPS Arena modulen på de 28 nasjonale pakkeforløpene.</p>
36	<p>Optimalisering operasjonsplan Optimaliseringsprosjekt etter prosjekt "Regionalt EPJ delprosjekt operasjonsplan".</p>
37	<p>Optimalisering KDS – Behandlingsplan Prosjektmidlene vil bli brukt for å støtte klinikkene ved å etablere gode prosesser innenfor undervisning og oppdatering av VBP-er og analysering og prosessering av rapporter.</p>
38	<p>Funksjonalitet for tablet-visning for røntgenbilder utenfor OUS Sikre leger innen bildediagnostikk og intervensjon raskere tilgang til egenproduserte og tilsendte bilder når de er utenfor OUS. Dette gjelder i all hovedsak overleger i bakvakt og knyttet til akutte kasus, og for hjerneslag-pasienter spesielt. Vi forventer at vi vil få færre feiltransporterte pasienter til OUS enn ved eksisterende løsninger. Prosjektet vil innføre funksjonalitet som muliggjør rask tilgang til undersøkelser også utenfor OUS lokaliteter. Da infrastrukturprosjektet vil levere slik funksjonalitet i Q1 2016, avventes test av dette for å se om det også tilfredsstillende klinisk behov.</p>
39	<p>Overvåking antibiotikaresistens Resistens mot bakterier er økende trussel mot effektiv behandling av infeksjonssykdommer. Det er behov for et system for løpende overvåking på daglig basis av visse resistente bakterier, enkel utarbeidelse av faste rapporter, f.eks kvartalsvis og/eller årlig, og rask utarbeidelse av ad hoc rapporter på etterspørsel fra Avdeling for smittevern og de kliniske avdelingene innen OUS. Løpende overvåking er viktig for å oppdage utbrudd av resistente bakterier. Rapportering er nødvendig for å følge med i endringer i resistensforhold over tid.</p>

**Områdeplan IKT for OUS HF
2016-2020**

Nr	Prosjekter/aktivitet i 2016 knyttet til lokale prosjekter
	<p>Begge deler etterspørres både av kliniske avdelinger, sykehusledelsen, Helse Sør-Øst og på nasjonalt nivå av Regjeringen.</p> <p>Prosjektet vil etablere løsning for overvåking av anitbiotikaresistens hvor også WHO-standard SW for dette vil bli benyttet.</p>
40	<p>Elektronisk blodgiverskjema (EBS)</p> <p>ProSang inneholder et elektronisk blodgiverskjema som ønskes innført ved Blodbanken i Oslo for å bedre effektivitet, øke datakvalitet og beholde etablerte blodgivere.</p> <p>Prosjektet vil etablere nødvendig infrastruktur for å kunne ta i bruk et elektronisk blodgiverskjema.</p>
41	<p>Web-booking i ProSang</p> <p>ProSang inneholder modul for Web-booking som ønskes innført ved Blodbanken i Oslo for å bedre service for blodgivere som hindrer frafall, øker oppmøtefrekvensen og bedrer forsyningsstabiliteten for blodgivere. Med et frafall av blodgivere på over 3000 per år, må blodbanken bruke mye ressurser på å rekruttere blodgivere og har ikke klart å nå målet om å være selvforsynt med blod fra sine blodgivere. For blodbanken er det også viktig å kunne redusere tid brukt til innkommende telefoner for å endre timeavtaler. Prosjektet forutsetter at det er funnet en sikker påloggingsløsning for blodgiveren til løsningen.</p> <p>Prosjektet vil innføre web-booking ved Blodbanken i Oslo.</p>
42	<p>Innføring av barkodemerking og elektronisk overføring av pasient ID på pasientprøver, patologi</p> <p>Formålet er å bedre pasientsikkerheten ved at pasientprøver, som sendes til avd for patologi blir barkodemerket og at pasient ID overføres elektronisk mellom de mange delprosesser som hver prøve gjennomgår. I dag overføres pasient ID manuelt og minimum 6x per pasient. Det skjer ca 10 feilmerkinger/forbyttinger daglig ved vår avdeling. Vi avdekker de fleste under veis, men det er ressurskrevende. Barkodemerking og elektronisk overføring er en forutsetning for å bedre prøveflyt og få forutsigbare svartider som klinikere kan forholde seg til.</p> <p>Det gjennomføres en foranalyse i 2016.</p>
43	<p>Analyseplattform aCGH</p> <p>Det er ønskelig å erstatte deler av tolkningen av data fra aCGH-analyse med analyseprogramvare. Programvaren vil gjøre tolkning av data mer standardisert og dokumentert og gi en økt pasientsikkerhet i form av bedre prøvesvar.</p> <p>Prosjektet vil etablere en løsning med støtte av analyseprogramvare til tolkning i aCGH analysene.</p>
44	<p>ID-skannere tilknyttet prøvetaking ved Avdeling for medisinsk biokjemi</p> <p>Det har i mange år vært et sterkt ønske å innføre mobile håndholdte registreringsenheter (ID-scannere) for sikrere pasientidentifikasjon og dermed bedre pasientsikkerhet. Dette gjelder mange funksjoner i sykehuset i møte med pasientene, prøvetaking, transfusjon av blodprodukter, medikamentutdeling som eksempler. Dette vil også gi dato og klokkeslett for handlingen og personen som utførte handlingen blir identifisert. Bruk av ID-scannere vil effektivisere driften som eksempelvis innregistrering i laboratoriedatasystemene. Dette gir samlet en raskere analysering når prøven ankommer laboratoriet fordi arbeidsoppgaver blir eliminert.</p> <p>Prosjektet vil innføre og pilotere skannere til bruk i prøvetaking ved Avdeling for medisinsk biokjemi ved Ullevål og Rikshospitalet.</p>
45	<p>SMS-påminnelser til pasienter for Sectra RIS</p> <p>Sikre at polikliniske pasienter i størst mulig grad møter til time. Vil sikre refusjoner.</p> <p>Prosjektet vil anskaffelse og implementere SMS-varsling til alle pasienter som får time i</p>

**Områdeplan IKT for OUS HF
2016-2020**

Nr	Prosjekter/aktivitet i 2016 knyttet til lokale prosjekter
	Sectra RIS.
46	Helsemail og IRX til samhandling med private aktører Politisk føring på at samhandling av bilder og svar med private aktører skal økes. Prosjektet vil etablere sikker samhandling ved å ta i bruk IRX og Helsemail mellom ARN og private aktører
47	Konsolidere Androlab inn i Unilab Prosjektet vil konsolidere spesiallaboratoriesystemet Androlab (sædanalyser) til Unilab samt konvertering av historiske data. Dette er en del av anbefalingene i Foranalyserapport Invitro (2014) for å stabilisere og modernisere systemene knyttet til In vitro fertilisering (Androlab og InVitro) som begge er fra 90-tallet.
48	Bredning av Swisslab til alle labenheter i medisinsk genetikk Medisinsk genetikk er samlet i en organisasjon ifbm fusjonen, men benytter flere systemer selv om alle kan samles i Swisslab. Prosjektet vil gjennomføre foranalyse og deretter konvertere data til Swisslab slik at de andre systemene kan fases ut.
49	Felles billedarkiv for angiobilder på US og RH For å effektivisere arbeidsprosesser og bedre pasientsikkerheten ønsker avdelingen å ta i bruk IKT-løsningen som benyttes på RH også på US for lagring av angiobilder. Foranalyse gjennomføres.
50	Oppgradering Siemens RIS/PACS på Ullevål Sykehuspartner har varslet at OUS må dekke investeringene ved å oppgradere eksisterende tjeneste på US selv om dette er en SLA tjeneste og løsningen er varslet EOL/EOS. Kun investering.
51	Felles Fakturaløsning Migrere eksisterende rapporter fra Discoverer til OBIEE samt fase ut og ivareta data fra fakturaløsninger som tidligere er tatt ut av produksjon.
52	Felles innkjøp og logistikk Ta i bruk tidligere anskaffet funksjonalitet for bedre understøttelse av foretakets interne forsyningsprosesser. Migrere innkjøps og logistikkrapporter fra Discoverer til OBIEE. Fase ut og ivareta data fra innkjøpsløsninger som tidligere er tatt ut av produksjon.
53	Aktivitet og ressursstyring Bistå klinikkene i implementering av tiltaksliste for bedre ressursbruk som beskrevet i styresak 54/2015. Kartlegge hva det vil kreve å etablere en integrasjon mellom GAT og DIPS for OUS. Bistå en fyrtårnsenhet med styringsverktøy som gjør det enklere å se sammenhengene mellom ressursbruk og aktivitet.
54	Achilles - videreutvikling 2016 Videreutvikle bruken av Achilles som effektiv plattform for samlet håndtering av risikoområder og systematisk forbedringsarbeid i OUS. <ul style="list-style-type: none"> • Etablere funksjonalitet rettet mot både ledere og klinikkens pasientsikkerhetsutvalg for deling av avidentifiserte hendelser / tiltak for bedre erfaringsoverføring mellom avdelinger og klinikker. • Forbedringer i Mortalitetsregisteret. • Brukerundersøkelse fase 3. Differensierte spørreskjemaer til ulike pasientkategorier (psykisk helse / somatikk, poliklinikk / innlagte, barn / voksne, enkeltforløp / gjengangere). To-veis SMS for avmelding. • Ta i bruk strukturer ICD-10 (diagnoser), NCSP (prosedyrekoder) og ATC (legemidler) i Achilles. • Identifisere og definere KPIer, gjennomføre måling og verifisering av løsningens

**Områdeplan IKT for OUS HF
2016-2020**

Nr	Prosjekter/aktivitet i 2016 knyttet til lokale prosjekter
	<p>bruk i ulike arbeidsprosesser.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dynamisk avviksskjema: samle dagens 3 skjemaer til ett felles. <p>Prosjektet vil ferdigstille de prioriterte leveransene innenfor redusert ramme. Prioriteringen gjøres i forprosjektet.</p>
55	<p>OUS Intranett</p> <p>Utvide driftsplattformens kapasitet i tråd med behov som følge av økt bruk i virksomheten. Implementere forbedringer som anbefalt i foranalyse i 2015: Forbedring av teknisk plattform.</p> <p>Modernisering av intranettet i tråd med mulighetene som følger av overgangen til IE11:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Opprydding og redesign av forsida på intranettet, blant annet bedre abonnements- og feedløsninger, og mer plass til person-, avdelings- og lokalisasjonsspesifikk informasjon. • Innføre responsivt design slik at layouten tilpasser seg ulike skjermbredder. • Modernisering/forenkling av publiseringsflatene, slik at terskelen for å publisere blir lavere for flere. • HTML5 gir muligheter for inline-redigering • Sosiale intranettfunksjoner som kan bidra til mer samhandling mellom ansatte via intranettet (videreutvikling av diskusjonsforum og arbeidsrom, vurdere chattefunksjon, tiltak for å bedre personprofilkortene) <p>Håndtering av fellesbruker-identer (funksjonsbrukere): Funksjonaliteten på intranettet er i dag bygget rundt personlige brukere (dvs enkeltansatte) og deres tilhørighet i organisasjonsstrukturen. I mange kliniske enheter er det vanlig å arbeide på fellesbruker-pc'er med fellesbruker-identer, som ikke blir gjenkjent av intranettet. Disse brukerne går dermed glipp av blant annet «nytt fra min klinikk». Flere av disse enhetene har ønsket at fellesbruker-pc'ene skal ha lett tilgang til informasjon for sin enhet, noe som vil bedre informasjonsflyten internt i avdelingene. Intranett på Forskernett (avhenger av Forskernetts fremtid). Forskernettbrukerne har per i dag ikke fullverdig tilgang til intranettet via Forskernett, noe som blant annet begrenser bruken av intranettet ved enhetene som har mange ansatte tilknyttet Forskernett.</p> <p>Prosjektet vil ferdigstille de prioriterte leveransene innenfor redusert ramme. Prioriteringen gjøres i forprosjektet.</p>
56	<p>Erstatte RH-fakt</p> <p>Få på plass en robust løsning for fakturering av laboratorieanalyser fra alle laboratoriesystemer og for andre områder med spesielle behov (bl.a. tannlege og pasienthotell) som kan erstatte RH-fakt.</p>
57	<p>Sikre pasientjournaler lagret på mikrofilm</p> <p>500.000 pasientjournaler filmet ned på mikrofilm må sikres. Selve filmen er i ferd med å forvitne, spesielt de hvor man faktisk må gjenfinne journaler på (blir utsatt for lys, blir sprø etc). Avlesningsutstyret er også gammelt og dårlig, så både service, vedlikehold og evt gjenanskaffelse er svært vanskelig Anskaffe skanner.</p>
58	<p>Løsningsendring OUS LIS 2016</p> <p>Innføre nytt verktøy for styring av oppdatering og innlesing av data (batchkjøringer). Nødvendig for fortsatt å kunne tilby ett oppdatert LIS ved arbeidshagens begynnelse.</p>

**Områdeplan IKT for OUS HF
2016-2020**

Nr	Prosjekter/aktivitet i 2016 knyttet til lokale prosjekter
	Hente ut gevinsten ved overgang til windows 7 og en mer moderne nettleser. Videreutvikle funksjonalitet og grunnlag for distribuerte rapporter og brukervennlighet
59	Ny NPK, tilpasning av rapporter og analysegrunnlag Endring og tilpasning av alle rapporter og analysegrunnlag som omhandler innsatsstyrt finansiering/DRG som følge av nytt nasjonalt grupperingsprogram, Norsk pasientklassifisering (NPK)
60	Visual Analytics, ibrukstakelse og utvikling Utvikle og implementere hensiktsmessige analysescenarier og rapporter i analyseverktøyet Visual analytics.

Nr	Forsknings og utviklingsprosjekter i 2016 Uavhengig av om prosjektet er finansiert regionalt, lokalt eller har annen finansiering
71	PasApp Et innovasjonsprosjekt som skal etablere et generalisert rammeverk for forenklet utvikling og forvaltning av "apper" for mobile enheter (nettbrett og smarttelefoner) som tilfredsstiller helsevesenets sikkerhetskrav. Løsningen muliggjør produksjon og distribusjon av apper for skjembasert informasjonsinnhenting samt overføring av sensordata uten behov for programmering.
72	Medical Cloud for Cancer Diagnostics In this innovation project we aim to use the second generation PillCam with EKG and pulse 24oximeter sensors to design and develop a Colon Cancer Diagnostic App. The business model is based on that the user downloads the App from an App store and gets the PillCam and a recorder belt from a pharmacy (or the reference hospital) with bowel cleansing medication. The uploaded video and sensor data along with other medical data already available in the medical cloud will be used to make diagnosis. If anomalies detected, the user will be contacted by the hospital for further investigations and follow up.
73	Personalized and cost-effective healthcare through innovative use of "big data" and cognitive computing. Det søkes støtte fra IKTPLUS-programmet I Norges Forskningsråd om et fyrtårnprosjekt for personifisert medisin basert på stordatateknologi. Prosjektet er planlagt å starte i 2016 dersom søknaden innvilges. Prosjektet ledes av Intervensjonsenteret og har en rekke samarbeidspartnere fra industri og forskningsmiljøer. Fra søknaden: Personalized medicine is a new and transformative approach to health care aimed at improving diagnostic and treatment decisions through an understanding of the individual patient's biological characteristics. Novel high throughput health care technologies together with sophisticated use of the vast amounts of data, big data , from diverse data sources, such as genomics, laboratory data, imaging and medical libraries represent an enabler for personalized medicine. Many medical regimens lack adaptability to the individual patient. Efficacy and side effects of today's treatments can be severe and non-predictable. This can to a large extent be explained by "one size fits all" practices that fail to identify the uniqueness of the individual patient and the need to tailor treatments accordingly. The emerging new paradigm is that each patient is becoming a unique "research" project. Through personalized medicine enabled by a big data approach will be researched and

**Områdeplan IKT for OUS HF
2016-2020**

Nr	Forsknings og utviklingsprosjekter i 2016 Uavhengig av om prosjektet er finansiert regionalt, lokalt eller har annen finansiering
	clinically verified in this project. We expect a higher success rate of treatments, reduction of adverse events and increased ability to manage treatments local to the patient.

6. SAMLET OVERSIKT OVER ØKONOMISKE KONSEKVENSER

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

Tabellene under oppsummerer de viktigste økonomitall for IKT området for 2016. Endelig prioriteringer innenfor disse foreløpige rammene foreligger ikke pt. Det er spesielt knyttet usikkerhet til følgende forhold:

- Avklare forholdet til regional ERP løsning – utfallet av foranalyse
- Avklare forholdet til finansiering av regional kurveløsning dvs bredding av elektronisk kurveløsning Metavision ved OUS 2016 til sengeposter og resten av AIO-enheter
- Avklare gjennomføringsmakt på innføring av regional løsning for medikamentell kreftbehandling

6.1 Bruk av lokale investeringsmidler i 2016

Prosjektområder	Investeringsmidler 2016
Prosjekter innenfor området klinisk, forskningsstøtte og samhandling	18 000 000
Prosjekter innenfor området lab og radiologi med forskningsstøtte og samhandling	3 000 000
Prosjektområde administrative tjenester og LIS	6 000 000
Nødvendige tjenesteendringer (driftsendringer)	10 000 000
Sum investeringer i lokale finansierte prosjekter	35 000 000

6.2 Bruk av lokale driftsmidler i 2016

Driftsbudsjett til prosjekter, lokale prosjekter og regional andel regionale prosjekter	50 000 000
Driftsbudsjett OUS Stab IKT	56 000 000
Total driftskostnad til Sykehuspartner IKT	1 009 400 000

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

6.3 Estimert bruk av Regionale investeringsmidler i 2016

Prosjekter innenfor området klinisk, forskningsstøtte og samhandling	170 000 000
Prosjekter innenfor området lab og radiologi med forskningsstøtte og samhandling	10 000 000

**Områdeplan IKT for OUS HF
2016-2020**

Prosjekter innenfor området administrative tjenester og LIS	90 000 000
Prosjekter innenfor området infrastruktur	140 000 000
Sum Regionalt finansierte prosjekter	410 000 000

Tabellen refererer til planer kjent 1.12.2015.

6.4 Estimert bruk av investeringsmidler i 2016 – 2020 (Tall i MNOK)

	2016	2017	2018	2019	2020
Lokale investeringer	35	35	35	35	35
Regionale investeringer	410	450	440	430	300
Totalt IKT investeringer OUS	445	485	475	465	335

IKT langtidsbudsjettet er i stor grad en videreføring av budsjettet fra 2015

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

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

	2017	2018	2019	2020
Driftsbudsjett til prosjekter	50	50	50	50
Total driftskostnad IKT, utenom prosjekt	1168	1258	1310	1604
Totalt IKT investeringer OUS	1218	1308	1360	1654

7. RISIKOBILDE

7.1 Kortsiktig risikobilde

Risiko	Konsekvens	Tiltak
Manglende leveranseevne hos tjenesteleverandør (Sykehuspartner (SP))	Påvirker leveranseevnen til det enkelte prosjekt Påvirker leveranseevnen og kvaliteten på daglig drift	SP deltar på foranalyser SP kundeansvarlig involveres i planlegging av hvordan leveransekapasiteten kan

**Områdeplan IKT for OUS HF
2016-2020**

		sikres
Manglende økonomiske ressurser	Stanser pågående og planlagte prosjekter (midlertidig eller permanent) Regionale anskaffelser gjøres ikke og prosjekter som er avhengige av anskaffelsen kan ikke ferdigstilles.	Sikre realistiske planer og nyttige leveranser også om omfanget må nedskaleres og forankre dette hos prosjektets eier
Avhengigheter til løsning eller ressurser mellom prosjekter eller fagområder løses ikke	Prosjekter forsinkes, fordyres eller leveres med redusert kvalitet om ikke <ul style="list-style-type: none"> • Riktige ressurser er tilgjengelige • Fysisk IKT-infrastruktur ikke blir bygd ut raskt nok til å understøtte IKT-behov • Løsninger som prosjektet er avhengige av kommer på plass 	Etablerer avhengighetsmatrise både på prosjekt og porteføljenivå
Manglende avklaringer av finansieringen av prosjekter som involverer regionale løsninger	Regionale løsninger skal finansieres regionalt. Hvis regionen ikke ønsker å prioritere videreutvikling av regionale løsninger i tråd med OUS' behov vil det være vanskelig å finansiere disse utviklingsbehovene lokalt.	Sikre realistiske planer definere tydelige leveranser som kan forankres hos HSØ RHF og foretaksgruppen for øvrig.
Manglende avklaringer av hvilke regionale løsninger som skal tas i bruk, samt hvilke konsekvenser en ibrukstagelse medfører.	Enkelte regionale prosjekter medfører så store økonomiske, organisatoriske og praktiske konsekvenser at ibruktagelse vil få svært store konsekvenser for resten av aktiviteten i sykehuset (eksempelvis regional ERP). Dette inkluderer også hvilke andre prosjekter i områdeplanen som kan gjennomføres i 2016.	Gjennomføre realistiske konsekvensanalyser av hva prosjektgjennomføring/ibruktagelse vil innebære for resten av foretaket. Vurdere og hensynta samtlige konsekvenser ifm. beslutning om gjennomføring

7.2 Langsiktig risikobilde

Risiko	Konsekvens	Tiltak
Manglende evne til å tilpasse seg endring i OUS	Klarer ikke å hente ut planlagte effekter	En sterk ledelsesmessig vilje til å drive gjennom endring

**Områdeplan IKT for OUS HF
2016-2020**

Manglende økonomiske ressurser	Stanser pågående og planlagte prosjekter (midlertidig eller permanent) OUS får ikke konsolidert til et system innenfor en rekke fagområder Flere utrangerte IKT-løsninger (bl.a. EndOfLife problematikk)	Sikre realistiske planer og nyttige leveranser også om omfanget må nedskaleres og forankre dette hos prosjektets/ programmets eier
Manglende koordinering av fagområder i OUS som totalt sett skal understøtte teknologiutvikling i sykehuset	Suboptimalisering innen hvert fagområde i stedet for at 1 + 1 er mer enn 2 Redusert læring på tvers av fagområdene	Ses på i pågående organiseringsprosjekt i OUS
Høy kompleksitet i det regionale målbildet gjør at løsninger ikke realiseres	Prosjekter igangsettes uten at avhengigheter er kartlagt og forstått/ håndtert Prosjekter igangsettes uten at behov eller ønskede effekter er tilstrekkelig utredet/kartlagt	Foranalyser gjennomføres regionalt på programnivå
Regionssykehuset prioriteres ikke høyt nok i arbeidet med å realisere regionale løsninger	Regionale løsninger dekker ikke behovene til alle sykehusene i regionen (feil løsning velges ved anskaffelser; standardisering tar ikke hensyn til alle behovene)	Regionale løsninger utvikles og realiseres først ved regionssykehuset for å sikre at de mest komplekse behovene også er dekket
Manglende kompetanse til å håndtere ny teknologi og nye krav Manglende forståelse og til å håndtere teknologiperspektivet i utvikling av fremtidens sykehus	Ny teknologi blir ikke tatt i bruk på en hensiktsmessig måte i behandling og diagnostikk Muligheter i og krav fra (ny) teknologi blir ikke kommunisert ved utvikling av fremtidens sykehus	Et faglig sterkt og samlet kompetansemiljø tilknyttet regionssykehuset som også omfavner forsknings-/innovasjonsaspektet

8. AKTIVITET GJENNOMFØRT I 2015

Det skisserte målbildet er en videreføring av det målbildet det er jobbet mot de siste årene og det er i 2015 gjennomført aktivitet som støtter opp under dette målbildet.

8.1 Klinisk område

I 2015 har Oslo universitetssykehus videreført arbeidet med en regional elektronisk pasientjournal (EPJ) basert på DIPS. Prosjektet har gjennomført målinger av forventede gevinster fra fase 1 og gjennomført 0-linjemåling for fase 2 funksjonalitet. Oslo universitetssykehus kan nå motta elektroniske henvisninger fra alle legekantor tilknyttet Norsk helsenett. Elektronisk henvisning til radiologi og mikrobiologi er innført. Behandlingsplan i DIPS

**Områdeplan IKT for OUS HF
2016-2020**

er gjennom året innført ved samtlige klinikker. DIPS operasjonsplan er tatt i bruk og Albert er faset ut. Olafiaklinikken har tatt i bruk DIPS Arena med arketyper (strukturet journal), som erstatter spesialtilpasset funksjonalitet i Hippokrates. Hippokrates kan nå fases ut. DIPS vekstkurve er tatt i bruk, men vekstkurven fra PCPal må fremdeles beholdes for spesialiserte brukere. Selv om det er innført mange nye integrasjoner mellom DIPS og sykehusets øvrige systemer, gjenstår fremdeles mange integrasjoner som OUS har behov for. Oslo universitetssykehus har flyttet alle meldingene bort fra gammel meldingsløsning, Igloo, og over på regional meldingsløsning. Igloo er skrudd av.

Oslo universitetssykehus har tatt i bruk regional løsning for diabetesjournal. TKA-base har erstattet DataCore på Thoraxkirurgisk avdeling. Kreft- kirurgi- og transplantasjonsklinikken har tatt i bruk elektronisk løsning for celleterapi. HLA-lab, Benmargsgiverregisteret og Nyrebase er faset ut og erstattet av tilsvarende løsning fra Steiner. Den første versjonen av et klinisk datavarehus er etablert og tatt i bruk.

MinJournal har i 2015 fått nytt grensesnitt som tilfredsstillende kravene til universell utforming og med mobiltilpasset visning. 20 % av alle epikriser ved Oslo universitetssykehus leses nå elektronisk i MinJournal. Det er utviklet preoperativskjema i MinJournal som er pilotert ved Urologisk poliklinikk og Dagkirurgisk enhet, Aker Det preoperative skjemaet er nå klart til å innføres ved alle klinikker ved sykehuset.

Radiologene ved Radiumhospitalet har fått en bedre arbeidshverdag etter at de tok i bruk Sectra RIS/PACS i sommer. Det er et stort prosjekt som nå er gjennomført og som gjør det enklere å ta imot den regional RIS/PACS løsningen når den kommer. Også et par andre mindre, frittstående RIS/PACS løsninger er nå flyttet over på de to store gjenværende RIS/PACS løsningene, screening av asylsøkerne er flyttet til Siemens RIS/PACS og mammografiscreeningen til Sectra RIS/PACS. Teknisk løsning for elektroniske henvisninger er etablert og pilot er påbegynt. Også på Aker er nødvendig oppgradering for å sikre trygg og stabil drift håndtert ved å ta i bruk et av de eksisterende, store laboratedatasystemene (LIMS). I juni ble Flexlab faset ut og erstattet av Unilab. I tillegg vil flere små egenutviklede løsninger nå bli erstattet med tilsvarende funksjonalitet som etter hvert også er utviklet i LIMS. Løsning for pasientnære analyser (PNA) og elektronisk prøvetakingstavle (EP-tavle) er to slike løsninger. På denne måten blir laboratedriften mindre sårbare ved at løsningene håndteres av en leverandør. På mikrobiologisk avdeling er det etablert et system for produksjonsplanlegging av skåler til laboratorievirksomheten. IKT-analyseplattform for helgenomsekvensering er etablert i samarbeid med Universitetet i Oslo, og vil gi mulighet for nye analyser i den kliniske virksomheten.

Sammen med Sykehuspartner har OUS startet et prosjekt for å ta unna køen av MTU-saker som har hopet seg opp. Prosjektet har i løpet av året håndtert alle de 50 sakene det startet med, i tillegg er det lagt til flere saker i løpet av året som er håndtert.

8.2 Administrativt område

Aker sykehus har tatt i bruk Oslo universitetssykehus felles løsning for innkjøp og logistikk, slik at hele foretaket nå bruker én felles løsning for økonomi-, innkjøp og logistikk. Overgangen til ny løsning bidrar til å redusere foretakets totale risikoeksponering.

Regionalt fullmaktsregime er etablert for hele sykehuset med automatisk oppdatering fra personalsystemet og administrasjon fra en egen løsning for forvaltning av organisasjonsstruktur og fullmakter. Økonomi-, innkjøps og logistikk-løsningen samt avviksløsningen Achilles og OUS

Områdeplan IKT for OUS HF 2016-2020

intranett henter organisasjonsdata fra den nye forvaltningsløsningen, og flere løsninger vil over tid bli integrert.

Prosjekt Aktivitets- og virksomhetsstyring har utviklet en protoyp på et styrings- og informasjonsverktøy for mellomledere på Øyeavdelingen. Prototypen er utviklet i excel og ferdigstilles i løpet av 2015.

8.3 Forskning og innovasjon

Det er etablert en uttrekksmekanisme i EPJ-prosjektet for å hente ut demografi- og laboratoriedata fra DIPS. Disse mekanismene brukes i Klinisk datavarehus, slik at det skal bli mulig å hente ut data til kvalitets- og forskningsregistre. I MinJournal og MedInsight er det nå etablert en løsning for håndteringen av alle samtykkeerklæringer knyttet til forskningen ved sykehuset. Forskning på persontilpasset medisin vil styrkes ved at forskningsmiljøet på Kreftklinikken i løpet av året kan ta i bruk en ny tjenermaskin.

To innovasjonsprosjekter med støtte fra Helse Sør-Øst pågår. Prosjektene PASAPP og Medical Cloud understøtter aktiv pasientmedvirkning via mobil teknologi og tjenester for sikker kommunikasjon.

- PASAPP: En prototype er utviklet. Produksjonsversjon planlegges ved utgangen av 2016.
- Medical Cloud for Cancer Diagnostics: En prototype er utviklet. Første versjon planlegges i 2016 og et klinisk utprøvningsprosjekt i 2017.

8.4 Infrastruktur

I 2014 ble det påbegynt flere store prosjekter som er starten på en større oppgradering av hele foretaket for å sikre en infrastruktur som støtter fremtidens behov innen medisin og diagnostikk. Dette arbeidet er en del av det regionale programmet for infrastrukturmodernisering (IMP), som skal fornye og forenkle infrastrukturen i hele foretaksgruppen. For OUS har dette pågått i hele 2015, og vil strekke seg godt inn i 2016.

Oppgradering av nettverket til en moderne plattform med vesentlig høyere kapasitet, sikkerhetsnivå og tilgjengelighet er ferdigstilt, selv om det fortsatt gjenstår en del lokale koblingsrom. Som en del av dette prosjektet er det også sørget for større båndbredde på alle lokasjoner. Når de nødvendige oppgraderingene i strøm og kjøling er gjort, gjør den nye nettverkløsningen at det er lettere å bredde trådløse nettverk for ansatte og pasienter på sykehuset.

Den andre store leveransen fra dette prosjektet, er oppgraderingen av store deler av sykehusets PC-er til Windows7. Her har utplassering av mange nye PC-er vært en del av prosjektet, da mange av de gamle måtte byttes for å kunne håndtere den nye softwaren. Dette øker kapasiteten på klientsiden og gir vesentlig bedre støtte til tjenester som krever mye regnekraft, for eksempel bildediagnostikk. Sammen med denne oppgraderingen, er «Sikker print» innført på multifunksjonsskrivere. Dette vil bidra til at ikke sensitive opplysninger kommer på avveie i forbindelse med utskrifter. I 2015 er ca en tredjedel av sykehuset oppgradert, resten tas i 2016.

Den tredje store leveransen fra prosjektet er todelt. Mange av applikasjonene er oppgradert for å kunne gå på Windows 7, men minst like viktig har oppryddingen og konsolideringen av applikasjonssporteføljen vært. Forskjellige versjoner av samme system er erstattet av en versjon, og forskjellige løsninger som har dekket en funksjon er blitt konsolidert inn i et system. Totalt antall applikasjoner er redusert fra ca 2200 i 2013 til omtrent 600 når prosjektet er ferdig neste

**Områdeplan IKT for OUS HF
2016-2020**

år. Dette har vært et enormt løft for sykehuset, og sykehuset har en klar forventning om at dette vil resultere i lavere kostnader til Sykehuspartner for de tjenestene som her er berørt.

**Områdeplan IKT for OUS HF
2016-2020**
9. TABELLARISK OVERSIKT OVER PROSJEKT/AKTIVITET I 2016

Nr	Prosjekt/aktivitet	For- ana- lyse	Gjennom- føring Periode	Finansie- ring (RHF, HF)	Investering totalt	Driftsmidler totalt	Investe- ring 2016	Drifts- midler 2016	Årlig drifts- kostnad *)
1	Regional løsning for medikamentell kreftbehandling ***)	2014	2014-2017	RHF/OUS	0	5 000 000	0	5 000 000	Ingen endring
2	Videre utrulling av regional endoskopiløsning	2016	2016	OUS	10 000 000	1 500 000	10 000 000	1 500 000	2 000 000
3	Regional fødejournal/fostermedisin-løsning 2016 (Konsolidering/ forbedring Partus) ***)	2013	2016	RHF/OUS	1 600 000	0	1 600 000	0	500 000
4	Regional tjeneste for automatisk tildeling av fnr	2015	2015 - 2016	RHF					200 000
5	Regional stråleterapiløsning med nytt doseplansystem Radiumhospitalet	2016	2016-2017	RHF	12 000 000	2 700 000	7 000 000	2 300 000	Ingen endring
6	Logistikkverktøy prehospitalt senter	2015	2016	RHF/OUS	20 000 000	2 600 000	3 000 000	500 000	3 000 000
7	Elektronisk logistikk og kvalitetsstyringsystem for Sterilavdelingen	2015 - 2016	2016 -2017	RHF/OUS	30 000 000	5 000 000	0	0	4 000 000
8	Regional kurveløsning - bredning av Metavision ved OUS 2016		2016	RHF/OUS	11 700 000	10 100 000	11 700 000	10 100 000	3 000 000
9	Regional MinJournal - vise hele journal og logg i MinJournal	2015	2016	RHF/OUS	1 800 000	1 500 000	1 800 000	1 500 000	200 000
10	Infrastrukturmoderniseringsprogram met IMP 2016 ***)		2016	RHF		15 000 000		15 000 000	Ingen endring

**Områdeplan IKT for OUS HF
2016-2020**

11	Regional LIMS - GAP analyse for OUS (***)	2016		RHF/OUS	0	0	0	0	0
12	Regional RIS/PACS løsning - GAP analyse for OUS (***)	2016		RHF/OUS	0	0	0	0	0
13	Digital Samhandling 2016	2016		RHF/OUS	2 000 000	1 000 000	2 000 000	1 000 000	500 000
14	Regional multimedialøsning	2016		RHF	0	0	0	0	0
15	Regional løsning for digital patologi	2016		RHF	0	0	0	0	0
16	Regional ambulansejournal	2016		RHF	0	0	0	0	0
17	Regional ERP (***)	2015	2016	RHF/OUS	10 000 000	30 000 000	10 000 000	30 000 000	Ingen endring
18	Regional organisasjonsforvaltningsløsning		2016	OUS	1 000 000	500 000	1 000 000	500 000	0
19	Innføring av regional sakarkivløsning (***)	2015	2016	RHF/OUS	7 000 000	150 000	7 000 000	150 000	Ingen endring
20	Regional PAS/EPJ (***)	2015	2016 - 20	RHF	22 400 000	100 000	22 400 000	100 000	5 000 000
21	Videreutvikling av regional EPJ. Bruk av DIPS Arena og Arketyper for å erstatte spesialistsystemer (***)	2016	2016	RHF/OUS		1 000 000		1 000 000	0
22	Løsning for kompetanse og sertifiseringsforvaltning (OAK)	2016		RHF/OUS	0	0	0	0	0
31	MTU-leveranseprosjekt 2016	2016	2015 - 2016	OUS	7 250 000		3 300 000		1 000 000
32	TKAbase	2015	2016	OUS	1 000 000	500 000	1 000 000	500 000	150 000
33	Elektronisk EKG	2015	2016 - 2018	RHF/OUS	20 000 000	5 000 000	0	0	2 000 000
34	Klinisk datavarehus		2015 - 2016	OUS	3 000 000	6 000 000	2 000 000	4 000 000	1 000 000
35	Implementering av pakkeforløpsmodul i DIPS Arena		2016	OUS	1 150 000	1 600 000	1 150 000	1 600 000	300 000
36	Optimalisering operasjonsplan		2016	OUS		1 750 000		1 750 000	0
37	Optimalisering KDS - Behandlingsplan		2016	OUS		1 525 000		1 525 000	0

**Områdeplan IKT for OUS HF
2016-2020**

38	Funksjonalitet for tablet-visning for røntgenbilder	2016	2016	OUS	500 000	0	500 000	0	300 000
39	Overvåking anitbiotikaresistens	2016	2016	OUS	550 000	425 000	550 000	425 000	100 000
40	Elektronisk blodgiverskjema (EBS)	2016	2016	OUS	800 000	0	800 000	0	0
41	Web-booking i ProSang	2016	2016	OUS	325 000	150 000	325 000	150 000	50 000
42	Innføring av barkodemerking og elektronisk overføring av pasient ID på pasientprøver, patologi	2016		OUS	0	0	0	0	0
43	Analyseplattform aCGH	2016	2016	OUS	400 000	400 000	400 000	400 000	500 000
44	ID-skannere tilknyttet prøvetaking	2015	2016	OUS	1 000 000	300 000	300 000	300 000	300 000
45	SMS-påminnelser til pasienter for Sectra RIS	2016	2016	OUS	300 000	0	300 000	0	40 000
46	Helsemail og IRX til samhandling med private aktører	2016	2016	OUS	500 000	0	500 000	0	40 000
47	Konsolidere Androlab inn i Unilab	2014	2016 - 2018	OUS	12 500 000	2 000 000		300 000	Ingen endring
48	Bredning av Swisslab til alle labenheter	2016	2016	OUS	500 000	700 000	500 000	700 000	Ingen endring
49	Felles billedarkiv for angiobilder på US og RH	2016		OUS	0	0	0	0	0
50	Oppgradering Siemens RIS/PACS på Ullevål		2016	OUS	4 000 000	0	4 000 000	0	0
51	OUS - Felles fakturaløsning		2016	OUS		2 000 000		2 000 000	0
52	OUS - Felles innkjøp og logistikk-løsning		2016	OUS	0	1 600 000	0	1 600 000	0
53	OUS - Aktivitet og ressursstyring 2016		2016	OUS		2 000 000		2 000 000	0
54	Achilles - videreutvikling 2016		2016	OUS	200 000	200 000	200 000	200 000	0
55	OUS Intranett 2016		2016	OUS	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	300 000

**Områdeplan IKT for OUS HF
2016-2020**

56	Erstatte RH-fakt	2016	2016	OUS	4 000 000	0	4 000 000	0	Ingen endring
57	Sikre pasientjournaler lagret på mikrofilm	2016	2016	OUS	1 200 000	0	1 200 000	0	0
58	Løsningsendring OUS LIS 2016	2016	2016	OUS		400 000		400 000	0
59	Ny NPK, tilpasning av rapporter og analysegrunnlag	2016	2016	OUS		200 000		200 000	0
60	Visual Analytics, ibrukstakelse og utvikling	2016	2016	OUS		400 000		400 000	0
71	PasApp				**)				
72	Medical Cloud for Cancer Diagnostics				**)				
73	Personalized and cost-effective healthcare through innovative use of "big data" and cognitive computing				**)				

*) Årlig driftskostnad eksklusive avskrivningskostnader

***) Annen finansiering gjennom forsknings og utviklingsmidler

***) Kun OUS finansiering er tatt med i tabellen. Prosjektet er i tillegg avhengig av regional finansiering

**Områdeplan IKT for OUS HF
2016-2020**
10. FORELØPIG PLAN PROSJEKT/AKTIVITET RESTERENDE I PLANPERIODEN 2016 - 2020

Nr	Prosjekt/aktivitet	For-analyse	Gjennomføring periode	Finansiering (RHF, HF)	Investering totalt	Drifts-midler totalt	Årlig drifts-kostnad *)
101	Regional klinisk løsning (RKL), alle prosjekter **)	div	2017 - 2020	RHF	600 000 000		
102	Virksomhetsstyring (VIS) **)		2017 - 2019	RHF	50 000 000		
103	Infrastrukturmodernisering (IMP) **)		2017 - 2020	RHF	400 000 000		
104	IKT-støtte for forskning**)		2017 - 2020	RHF	75 000 000		
105	Videreutvikling av prehospitale tjenester **)		2017 - 2020	RHF	150 000 000		
106	Digitalisering av patologi **)		2017 - 2020	RHF	80 000 000		
107	Tungregning og tunglagring med multimedia og personifisert medisin (genetikk, bioinformatikk) **)		2017 - 2020	RHF	500 000 000		
108	Klinisk datavarehus ***)		2017 - 2020	RHF/OUS			
109	Pasienttjenester **)	div	2017 - 2020	RHF			

*) Årlig driftskostnad eksklusive avskrivningskostnader

***) Estimert ut fra «Innspill til økonomisk langtidsplan 2016 – 2019» mottatt fra HSØ våren 2015. Oppdaterte planer og tall er etterspurt fra HSØ september 2015. Driftskostnader for å motta tjenestene ved OUS er ikke estimert av de regionale programmene

***) Driftskostnader for å motta tjenestene ved OUS er ikke estimert av OUS.

Bygginvesteringer 2016

Det planlegges investeringer i bygg for 690 millioner kroner i 2016. I hovedsak dreier investeringsprosjektene i bygg i Oslo universitetssykehus HF seg om to typer; omstillingsprosjekter og vedlikeholdsprosjekter.

Omstillingsprosjekter

Omstillingsinvesteringer er oppfølging av etableringen av Oslo universitetssykehus HF i 2009 og er i hovedsak knyttet til prosjekter som omhandler utflytting av døgn og akuttfunksjoner fra Aker, eller samling av regionale funksjoner ved Rikshospitalet og konsekvenser av dette. Det gjenstår ca 350 millioner kroner i udisponerte midler i de såkalte omstillingsmidlene (samlet 1 575 millioner 2012-kroner). Det arbeides med å lage en endelig anbefaling om bruk av resterende midler til samling av fagmiljøer innen karkirurgi, urologi, brystkreft og psykisk helsevern samt understøttelse av allerede overflyttet virksomhet til Rikshospitalet. Det er i tillegg lagt til grunn bruk av midler til nødvendig utvidelse av kapasitet for Regional sikkerhetsavdeling(RSA). Innen Samhandlingsarena Aker gjenstår det ca 5 millioner kroner som ikke er bundet opp i vedtatte prosjekter.

Vedlikeholdsprosjekter

Bygningsmassens samlede tilstandsgrad er en betydelig utfordring for Oslo universitetssykehus HF. Det arbeides derfor med en idefase for å realisere nye bygg. Det vil imidlertid ta mange år før eventuelle nybygg av noe vesentlig omfang vil kunne være tilgjengelig for driften av sykehuset.

Bygningenes tilstand reflekteres blant annet i avvik fra ulike tilsyn (brann, elektro og arbeidstilsyn i hovedsak). Bare for ventilasjon er det samlede avviket på 1,5 milliarder kroner. Utfordringsbildet er større enn sykehuset selv klarer å finansiere med egne disponible midler.

Etter behandling og godkjenning i Oslo universitetssykehus HF styresak 67/2014 og Helse Sør-Øst RHF styresak 045-2015 ble det søkt om, og foreslått i St. prop 1 2015/2016, et 4 års lån på inntil 1,3 milliarder kroner for å lukke de største og mest alvorlige avvikene i bygningsmassen.

Fra Oslo universitetssykehus HF's styresak 67/2014: Modifisert konseptrapport

”Oppdraget omfatter lukking av tilsynsavvik og andre helt nødvendige tiltak for å ivareta pasientsikkerheten før nybygg eller rehabilitering (0-alternativet)er ferdigstilt. Forventet gjennomføringsperiode er maksimum 8-10 år. Kostnaden knyttet til nødvendig infrastruktur og rokeringsareal for å kunne gjennomføre tiltak/oppgradering skal inkluderes.

Oppdraget omfatter ikke ordinære vedlikeholdskostnader, forebyggende vedlikehold, tiltak for å forbedre kvalitet, levetid eller funksjonalitet eller tiltak for å bedre eller øke pasientbehandlingen.”

I Helse Sør-Øst RHF's styresak 045-2015 sto bl.a. følgende:

”For å lukke gjenstående pålegg og fornye virksomhetskritisk infrastruktur, framkommer det i konseptrapporten at det er behov for investeringer på om lag 3,35 milliarder 2012 kroner, hvorav 1,67 milliarder kroner i den omsøkte tiltakspakken, som tilsvarer i overkant av 1,8 milliarder kroner i

2015-priser. Den omsøkte tiltakspakken omfatter de mest kritiske tiltakene som haster mest og som også er mest krevende å gjennomføre. Disse tiltakene må gjennomføres uavhengig av fremtidige nye bygg, og omfatter bygg på Ullevål (bygg 3,6,7 og 8) og Radiumhospitalet (bygg A, B og C), samt noe på Aker (bygg 4). I disse byggene er det omfattende klinisk aktivitet, med mange pasienter og ansatte.

Ca 200 millioner kroner av den omsøkte tiltakspakken er avsatt til virksomhetskritisk infrastruktur.”

Vedtak i HSØ styre sak 045-2015:

1. Basert på Oslo universitetssykehus HFs konseptrapport ”Ekstraordinær avvikssituasjon i OUS bygningsmasse – midler til å lukke myndighetspålagte tiltak” fra 20.10.14 søkes det i Helse og omsorgsdepartementet om lån på i alt 1 265 millioner kroner for tiltakspakken som er forutsatt gjennomført i perioden 2016-2019. Lånet tilsvarer 70 % av kostnadene for tiltakspakken. Den resterende del av tiltakspakken finansieres av egne midler fra Oslo universitetssykehus HF. Det legges videre til grunn at eventuelle økte likviditetsbehov i prosjektet finansieres av Oslo universitetssykehus HF.
2. Styret forutsetter at enkelttiltakene i tiltakspakken blir tydelig identifisert og avgrenset, og at igangsetting godkjennes av Helse Sør-Øst RHF. Videre skal enkelttiltakene rapporteres i et avtalt format med Helse Sør-Øst RHF. Hvert enkelttiltak vil inngå i investeringsporteføljen til Oslo universitetssykehus HF.
3. Styret forutsetter videre at Oslo universitetssykehus HF følger opp kravet til utarbeidelse av tilstandsbaserte vedlikeholdsplaner for sitt ordinære vedlikehold i tråd med den regionale eiendomsstrategien. Disse må samordnes med den ekstraordinære tiltakspakken.
4. Låneutbetalinger vil skje i henhold til utførte arbeider og ut fra avtalt dokumentasjon og rapportering.
5. Styret tar til etterretning at den økonomiske bæreevnen er basert på fremtidig resultatforbedring i Oslo universitetssykehus HF.
6. Styret forutsetter at Oslo universitetssykehus HF benytter Sykehusbygg HF i planlegging og gjennomføring av prosjektet, og samarbeider tett med Helse Sør-Øst RHF i gjennomføring av investeringsprogrammet.

Forutsetning for lånet er at sykehuset egenfinansierer 30 pst. Sammen med lånet utgjør dette en ramme på 451 millioner årlig. Utover dette er det avsatt om lag 111 mill til bygginvesteringer i sykehusets budsjett for 2016 slik at samlet investeringsramme for disse bygginvesteringer blir på 561 mnok. Disse er kalt vedlikeholdsinvesteringer.

Prosjekter og grupperinger av disse

Sammensetningen av vedlikeholdsinvesteringer er delt inn i ulike grupper som beskrevet under;

- Sengeposter og klinikkarealer (brann, elektro og ventilasjon)
- Rene Branntiltak (sikring og varsling)
- Rene HMS tiltak (Avtrekksbenker, ventilasjon)
- Elektro (avvik DSB, i hovedsak gruppe 2 rom (rom der pasienter får strøm direkte eller indirekte i kropp og nødstrøm)

Alle overnevnte er knyttet til avvik og avvikshåndtering

Utover dette er det en annen gruppe investeringer som ikke er knyttet til lukking av avvik som omfatter:

- MÅ tiltak
 - i denne gruppen inngår det tiltak man ikke kan la være. Eksempel på dette er reparasjoner av tak/ fasader med mer
- Havari
- Byggkostnader som følge av investeringer i MTU eks (MR og CT uskiftinger o.l)
- Byggkostnader som følge av investeringer i IKT (spredernet og kjøling m.m)
- Byggkostnader som følge av virksomhetsendringer i klinikkene (eks nye krav eller endret sammensetning)

Planlegging og gjennomføring

Prosjektene knyttet til tilsynsavvik planlegges og skal gjennomføres i tråd med forutsetningene for bevilgningen fra Stortinget.

I årene som kommer og i 2016 antas en årlig samlet portefølje på vel 150 prosjekter litt avhengig av størrelse og gruppering. Alle prosjektene vil følge tidligfaseveileder og der det ikke allerede er gjort, vil det utarbeides forprosjekter. Hensikten med forprosjekter er å få større sikkerhet for kostnader og for omfang av selve prosjektgjennomføringen. Det er derfor etablert godkjenningsstrukturer som tar stilling til forprosjekt før endelig godkjenning av investeringene. Oslo universitetssykehus HF har utarbeidet lister over enkeltprosjekter innen hver kategori som vil behandles i tråd med fullmaktsstrukturen og Helse Sør-Øst RHF sine krav. Prosjektene er sortert i relevante grupperinger i tråd med lånesøknaden og skal planlegges, gjennomføres og rapporteres i samarbeid med Sykehusbygg HF. Rapporteringen av prosjektene vil gjøres per prosjekt og kilden vil være utgangspunkt for grupperinger. På denne måten vil det komme tydelig frem hvilke prosjekter som er finansiert av lånemidler samt egenandel (30 pst) og hvilke som er finansiert av sykehusets øvrige investeringsmidler.

Krav til dokumentasjon, metodikk og rapportering

Hvert prosjekt vil være underlagt dokumentasjonskrav og følge vedtatte standarder ihht tidlig faseveileder for byggprosjekter. All dokumentasjon om beslutninger om hvert prosjekt skal kunne gjenfinnes på en tydelig og forutsigbar måte.

I utgangspunktet legges det til grunn at rapportering skal følge dagens ordinære rapportering av investeringsprosjekter. Dette er en samlet rapport over alle investeringer i Oslo universitetssykehus HF, enten det er bygg, MTU eller IKT. Rapporten er inndelt etter kilder slik at det er enkelt å lese ut de prosjekter man evt er spesielt interessert i enten det er omstillingsprosjekter, IKT prosjekter eller andre.

Bruk av Sykehusbygg HF

HSØ sin styrebehandling forutsetter involvering av Sykehusbygg HF i planlegging og gjennomføring av prosjektene. I den forbindelse er det allerede avholdt to møter for å avklare på hvilken måte og i hvilket omfang dette er mulig. Det er foreslått at Sykehusbygg HF utlyser og bemanner stilling til prosjektcontroller som skal være med på å tilrettelegge for en riktig og hensiktsmessig rapportering i tråd med eiers behov. Sykehusbygg HF planlegger også å engasjere/ansette en person med

kompetanse på porteføljestyring av mange og komplekse prosjekter og prosjektledere til selve gjennomføringen av prosjektene.

Det har vært og vil være jevnlig dialog med Helse Sør-Øst RHF om porteføljen og oppbyggingen av dette.

Prioriteringer mellom bygg og lokalisasjoner

Behovet for investeringsmidler er større enn tilfanget. Dette fører til prioriteringer mellom grupper og mellom lokalisasjoner. Så lenge målbildet om nye bygg ikke er vedtatt, så må man som hovedregel legge til grunn at samtlige bygg der det i dag er full drift også skal benyttes i fremtiden. Den konkrete gjennomføringen vil imidlertid bli tilpasset status for Idéfase Oslo universitetssykehus HF og de vedtak som fattes der.

Ikke prioriterte områder

I lånesøknaden er det investeringer på Radiumhospitalet, Ullevål sykehus og Aker sykehus som er eksplisitt omtalt. Investeringer på andre lokalisasjoner må derfor finansieres med andre midler enn det aktuelle lånet og tilhørende egenandel.

Prioriteringer mellom år og forskyvning av tiltak fra ett år til et annet

I enkelte deler av bygningsmassen og innen samme kategori, gjøres det systematiske prioriteringer. Det er mange eksempler på dette, men f.eks innen planlagte sengeposter er det laget flerårige planer for en rekke bygg. Bygg 3 og 7 på Ullevål har vært og vil bli systematisk oppgradert med formål å lukke de største og mest alvorlige avvikene. I begge disse byggene har det vært planlagt oppgraderinger av 1-2 sengeposter per år. Det er store utfordringer for driften i å få gjennomført dette uten såkalte rokadebygg.

En omfattende "underinvestering" i bygg gjennom flere år, har medført at man har skjøvet investeringsutfordringen foran seg. En konsekvens av dette er at sannsynligheten for havarier øker. Det vil derfor kunne inntreffe havarier innen bygningsdeler hvor det er planlagt investeringer fram i tid, men hvor disse må framskyves. Dette vil være særlig kunne være aktuelt innen gruppen strømprosjekter (DSB avvik). Her foreligger det også flerårige planer og en streng prioritering mellom de ulike lokalisasjonene, men havarier vil altså kunne endre på rekkefølgen.



Investeringsplan for MTU anskaffelser ved OUS HF 2016

Kort versjon

Medisinsk-teknologisk virksomhetsområde

Oslo sykehuservice



Innledning, formål og bakgrunn

Formålet med denne investeringsplanen er å beskrive forutsetninger for å få kontroll over forholdet mellom anskaffelser etter sammenbrudd av utstyr, og elektive (planlagte) anskaffelser i 2016. Perspektivet er underliggende også årene frem til 2019. Sannsynlig utvikling innenfor noen sentrale utstyrsområder i de nærmeste årene er beskrevet.

OUS har en MTU-utstyrsark på ca 44.000 aktive enheter (status «normal») til en akkumulert anskaffelseskostnad på ca 3,7 mrd kr inkl MVA, gjennomsnittsalder uvektet for pris er 11,0 år og prisvektet gjennomsnittsalder er 9,2 år (datasett fra 1.1.2015). Dette er det høyeste aldersgjennomsnitt i HSØ RHF. Avhengig av registreringspraksis anser vi at det foreligger en usikkerhet på +/- 10 % i gjennomsnittsalderen.

Senere års investeringsbudsjetter for MTU (gjennomsnittlig 350 mill kr), har vært dominert av en akselererende mengde MTU-sammenbrudd. Sammenbrudd så langt i 2015 svarer til ca 63 % av totalt tilgjengelig utstyrsbudsjett på 357 mill kr. Kort sagt går nå 2/3 av tilgjengelig budsjett – eller 2 av 3 kr - til reanskaffelse etter sammenbrudd.

Konklusjonen i områdeplanen 17. april 2015 er at de årlige MTU-investeringene må økes opp til minst 500 mill kr for å gi en tilsiktet nedgang i utstyrsarkens gjennomsnittsalder til et mål bilde på 7,4 år, innen år 2025. Den relativt store nyanskaffelsen som MTU-investeringene 2015 representerer, viser seg faktisk å ha vært tilstrekkelig til å stoppe den tradisjonelle veksten av gjennomsnittsalderen.

1.0 Overordnet mål bilde

Overordnet ligger en forutsetning om å ha tilgjengelig nok - og kvalitativt tilstrekkelig godt MTU - for å sikre en faglig fundert produksjon og pasientsikkerhet i sykehuset.

- *Å få kontroll over utstyrs-situasjonen ved å gjøre planlagte anskaffelser iht. faktiske behov. Dette betinger en økning av de årlige investeringsrammene for MTU.*
- *Å optimalisere anskaffelsesprosessene.*
- *Å gjennomføre «business-caser» der investeringene i nytt utstyr tjenes inn på kort tid.*

Dette målbildet er i tråd med Helse Sør-Øst RHF: «I perioden 2015-2018 bør helseforetakene forsterke sin prioritering av midler i medisinskteknisk utstyr... samt dokumentere hvilke effekter dette får på gjennomsnittlig alder på utstyrsark». ¹ I samme dokument omtales effekten av de totale innmeldte MTU-investeringer i HSØ, ved at gjennomsnittsalderen for MTU i foretaksgruppen da vil gå ned til 7,4 år.

2.0 Avgrensninger

- Forskningsutstyr (MTU som brukes i forskning) er av historiske årsaker i hovedsak med noen unntak *ikke* registrert i FDV-databasen. ² Det pågår en prosess mellom OUS og UiO med sikte på å få på plass en avtale om registrering av forskningsutstyr.
- Behovet for introduksjon av systemer for omsorgsteknologi er ikke analysert i denne sammenhengen.
- Behandlingshjelpemidler (BHM) er for tiden ikke en del av MTV, og BHM er derfor ikke omfattet av denne analysen.
- Telemedisin og videokonferanse-utstyr (TVK) er ikke direkte omfattet av denne rapporten.

¹ Meddelelse fra Steinar Marthinsen; Referat fra direktørmøte i Helse Sør-Øst RHF avholdt 3. mars 2014.

² FDV: Forvaltning, Drift og Vedlikehold. Ved OUS MTV er dette i dag programsystemet *Merida*, som etter planen skiftes til *Medusa* i 2016. Det gjennomføres samtidig en grunnleggende storkontroll av databasen og registrerte data.

- Kostnader ved ombygning av eksisterende arealer ved nyanskaffelser er ikke medtatt i kostnadsbildet.
- Virkningen av svak krone mot valutaene euro og dollar ved utgangen av 2015 er ikke analysert i detaljer. Virkningen er allerede merkbar høsten 2015 med betydelige kostnadsøkninger.
- Virkninger av arbeidet med idefase OUS er ikke forsøkt innkalkulert i MTU-behovene.

3.0 Rammebetingelser

3.1 Medisinsk og teknologisk utvikling

Vi gir her noen få eksempler på områder der vi kan forvente at nytt utstyr må anskaffes i løpet av få år.

En velkjent og dokumentert utvikling av veksten i MTU-behov er mengden av infusjonsutstyr som i dag benyttes ved behandling av kritisk syke. For ti år siden var det normalt med sprøytepumper med én infusjon (væskeløp). I dag benyttes ofte hele rack med typisk 10 pumper, for presise infusjoner av potente medikamenter.

Innenfor transplantasjonskirurgi har man i de seneste år tatt i bruk maskiner som er i stand til å holde hjerte, lunger og lever viable (levende) utenfor kroppen i mye lenger tid enn tidligere. Disse maskinene er allerede kommersielt tilgjengelige, men de faktiske kostnadene for de nærmeste årene er ennå ikke beregnet.

3D-printing av materialer er i veldig rask utvikling (gradvis oppbygning av 3D-komponenter av tynne segmenter i ulike materialer). Det brukes allerede aktivt innenfor tilpassing av proteser, og det her blitt gjort vellykkede forsøk med å erstatte deler av skjelettet. I løpet av de neste årene forventer man også at man vil bruke disse til å lage «stativ» for biologisk vev som kan erstatte organer i kroppen. Det vil kreves utstyr både for CT-scanning, 3D-avbildning, modellering og printing. Det pågår allerede nå ved OUS og IVS pilotforsøk der barnehjarter i plastmateriale skrives ut 3-dimensjonalt³, og der kirurgene kan trene på å sy de små strukturene. Intervensjonssenteret (IVS) har fått en bevilgning på 0,5 mill kr fra Helse Sør-Øst for oppstart av et prosjekt, med total kostnadsramme er trolig mer enn 4 mill kr (ikke finansiert ennå). Basert på dagens utviklingstakt vil 3D-printing trolig være klart for regulær klinisk bruk i løpet av perioden frem til 2019.

Implanterbar teknologi. Det gjøres stadig fremskritt med teknologi som enten blir en del av eller en forlengelse av menneskekroppen. Proteser som styres av nervesignaler, øyeimplantater som festes på netthinnen og kunstige hjerter kan bli de nye standardene.

Vi vil med all sannsynlighet oppleve økt bruk av det som blir kalt for «personalized medicine». Dette innebærer behandling tilpasset den enkelte pasient basert på analyser av gener eller celler. Veldig mange medisingrupper (medikamenter) virker i realiteten bare på en mindre gruppe av pasienter. Å identifisere de pasientene som vil kunne ha nytte av medisinen vil kunne spare andre pasienter for unødige bivirkninger, og samfunnet for kostnader til medisinbruk. Behovet for maskiner (laboratorieutstyr) som gjør mange og raske gensekvenseringer og andre biokjemiske analyser vil formodentlig øke sterkt.

Utviklingen i medisin og medisinsk teknologi er nå i det tredje millennium spesielt rask innenfor områdene:

- videre utvikling av minimal- eller non-invasiv kirurgisk intervensjon, inklusive skopi-teknikker
- 3-D og høyoppløselig avbildning og visualisering (UHD, ultra high definition 4 K, se også kap.3.3.2)
- utvikling av nye materialer og nye typer engangsutstyr, nye sensortechnologier
- bioteknologi, nanoteknologi og medisinsk genetikk gir nye metoder for diagnose og behandling
- rask global utvikling av informasjonsteknologi
- videreutvikling av funksjonell avbildning, for eksempel av cellenes stoffomsetning
- større og større grad av automatisering av laboratorieutstyr

³ I piloten blir konstruksjonen sendt til en leverandør for printing til en pris av typisk 15.000 kr for et komplett barnehjerte.

Et typisk trekk ved medisinsk og teknologisk utvikling er at utstyret blir faglig utdatert før det teknisk er klart for utrangering eller kassasjon. Eksempler er bl.a. billeddannende ultralyd og DNA-sekvens analyser (PCR), der generasjonslevetiden for utstyret (faglig sett) er mye kortere enn den tekniske levetiden. Til og med strålemaskiner (Linac) som lenge har hatt en avskrivningstid på 12 år, har et faglig fundert press mot en kortere levetid på 10 år (se kommentarer i kap.3.3.4). I vedlegg 10.1 finnes en utdypning av forhold omkring medisinsk og teknologisk utvikling.

3.2 Regionale forhold Helse Sør-Øst RHF

I tidsrommet 2013 – 2015 ble det gjennomført en pilot innen samarbeid i anskaffelse mellom HSØ RHF, OUS MTV og brukergrupper ved RAD Montebello og Sykehuset Sørlandet Kristiansand. Målet var en felles anskaffelse av strålemaskiner (Linac'er). Det ble på vegne av HSØ anskaffet 4 maskiner med en opsjon på ytterligere 2 maskiner ved Strategi- og anskaffelsesavdelingen ved MTV. Resultatene var i utgangspunktet entydig positive både med hensyn til prosess og økonomi for sykehusene.

OUS ved MTV fikk derfor i 2015 i oppdrag å etablere et Regionalt senter for samordning av anskaffelser av MTU finansiert av HSØ. Det arbeides nå med en områdeplan og kategoribasert innkjøp for MTU i HSØ.

Det er høsten 2015 etablert et nytt nasjonalt innkjøpssamarbeid i et nytt helseforetak NSSIL, «Nasjonal Samhandling og Standardisering, Innkjøp og logistikk» (basert på erfaringene fra gamle HINAS).

MTVs aktiviteter på vegne av OUS vil naturlig bli tett samkjørt med de regionale prosessene. Målet er å få forbedrede prosesser og bedre priser ved samordnede innkjøp. Det er en utfordring at de ulike helseforetakene i regionen har ulike tidsplaner og finansieringsbeslutning.

3.3 Utvalgte MTU-typer, status og antatt utvikling

I dette kapitlet presenteres en del utvalgte utstyrstyper som MTV har analysert status til, og som det påregnes til dels betydelige nødvendige utskiftninger med kort horisont (1 – 3 år). Dette er imidlertid langt i fra en komplett oversikt over alt MTU i OUS sitt eie.

3.3.1 Billeddannende utstyr, oversikt radiologisk og nukleærmedisinsk utstyr

OUS har et stort behov for høyteknologisk medisinsk-teknisk utstyr for å kunne gi den service som er forventet lokalt, regionalt og nasjonalt. Avdelinger/klinikker med radiologisk utstyr er inkludert i oversikten i vedlegg 10.4: Avdeling for Radiologi og nukleærmedisin (ARN), Hjerne-Lunge-Klinikken (HLK), Intervensjons-senteret (IVS) og Dyreforskning. Radiologisk utstyr knyttet til stråleterapi er omtalt i vedlegg 10.5. Det er et stort spekter av billeddannende utstyr (modaliteter):

- Radiologi: Digital radiografi, Gjennomlysning, Angiografi/intervensjon, CT, MR og Ultralyd
- Nukleærmedisin: PET/CT og Spect/CT (bildeopptak ved bruk av radioaktive isotoper i kombinasjon med røntgenstråler), Gamma-kamera (radioaktive isotoper)

Deler av utstyrsparken er foreldet, og det benyttes modaliteter på flere lokasjoner som er EOL (End-of-life). Eksempelvis kan nevnes at 3 stk gjennomlysningslaboratorier som ble anskaffet i forbindelse med innflytting til nytt Rikshospital i år 2000 fortsatt er i drift.

Avskrivningstid for billeddannende utstyr (radiologi og nukleærmedisin) er 10 år, ultralyd har kun 7 år⁴. Det er faktisk teknisk tilstand og felles faglige vurderinger fra fagavdeling og ingeniører fra Medisinsk-teknologisk virksomhetsområde som ligger til grunn for analysene, i tillegg til alder. Billeddannende utstyr forvaltes i et samspill mellom MTVs serviceingeniører og kontraktsbasert vedlikehold fra leverandørene.

⁴ SHD-grupper, se vedlegg 10.3. Da kodene og levetidene ble dannet i 1998, ble betegnelsen røntgenutstyr benyttet.

Tilstanden for utstyrsparken i ARN, som har ca 70 % av det billeddannende utstyret ved OUS, karakteriseres av følgende grunndata innmeldt Prioriteringsutvalget (PRU):

1. Per november 2015 er det innmeldt 5 havarisøknader og truende sammenbrudd, kostnad ca. 29 mill CT 2 RH – 13 mill, 2 stk UL apparat US – 1,4 mill, SPECT/CT RAD – 6,5 mill (godkjent av KGI, men mangler PRIBU midler - ombygningskostnader), Gjennomlysning AS – 8 mill (Avslått av KGI).
2. 9 maskiner er i kritisk tilstand, kostnad ca. 84 mill kr: 2 stk CT, 2 stk MR, 1 Gjennomlysning, 1 stk SPECT/CT, 3 stk Gamma-kamera kan erstattes med 2 stk SPECT/CT.
3. 10 maskiner er utdatert pga. alder og tekniske, faglige utfordringer, kostnad ca. 57 mill kr.
4. Leiekontrakt for 2 stk PET/CT utløper september 2016 Eies av NMS, Norsk medisinsk syklotronsenter). For reanskaffelse av utstyret er kostnaden ca. 42 mill kr.
5. Leiekontrakt for 2 stk CT utløper april 2017. For reanskaffelse av utstyret er kostnaden ca. 26 mill kr.
6. Behov for nyetablering av 2 stk MR p.g.a. underkapasitet. Kostnad ca 30 mill.

Listen foran over pågående og nært forestående havarisaker/truende sammenbrudd, kritisk tilstand, utdatert pga. alder, utløp av leiekontrakter og behov for nyetableringer i ARN alene summeres til 268 mill kr. Kostnadene er *ikke* korrigert for mulig valutautvikling høsten 2015 og våren 2016.

Effekten av stadig flere utstyrssvikt og press på det eksisterende utstyret forsterkes av nye behandlingsforløp, dvs. *pakkeforløp* som definerer rekkefølge av diagnostikk, biopsi med ultralyd med mer. Trender viser at en stor del av pakkeforløpene må utføres i ARN, dette viser viktigheten av å unngå ikke-planlagt driftsstans.

Det er ett dokumentert tilfelle av at alle 3 CT-maskiner på Rikshospitalet ⁵ stoppet p.g.a. en ikke-planlagt driftsstans. Det foreligger også et behov for økning av maskinparken (for eksempel nytt MR og angio/intervensjons-laboratorium på Rikshospitalet).

En PET/MR ⁶ i OUS har også blitt foreslått som et tiltak for å bedre muligheten for avansert bildediagnostikk og behandling. Det er en nedgang i bruk av generelle røntgenlaboratorier og trendene viser at CT, MR og ultralyd øker. Flere konvensjonelle laboratorier er ombygget for å ivareta dette.

Ingen av Angio/intervensjons-laboratoriene har avbruddsfri strømforsyning (UPS), estimert kostnad ca. 50 mill kr.

3.3.2 Skopi-utstyr

Skopi-utstyr omfatter både stive og fleksible skop (også kalt opptikker), og systemrack (videoprosessor og kontrollenhet). Standard levetider (SHD-gruppe) for skopi-utstyr er satt til 4 år. Modellutviklingen av for eksempel fleksible skop forutsetter ofte at også at rackene skiftes fordi nye skop-modeller ikke nødvendigvis er kompatible med tidligere rack. Typiske fleksible skop har en kostnad på 50.000 kr til 200.000 kr, komplette rack fra typisk 200.000 kr til 400.000 kr. Temaet vil bli belyst i områdeplanen som planlegges ferdigstilt i april 2016.

Skjermopløsning med såkalt UHD – ultra high definition - eller 4K - har fire ganger så høy oppløsning som Full HD⁷. Teknologien har en tid vært i modning i TV-systemer, og kommer nå også inn i endoskopmarkedet. Det antas en samlet kostnad på 4K fleksibelt skop, 4K kamerabrikke og nye rack på minst 800.000 kr per

⁵ CT'ene ble levert i årene 2004, 2005 og 2010), dvs. to av tre på normert EOL.

⁶ En PET/MR har et kostnadsomfang på trolig 50 mill kr.

⁷ HD er 1920 x 1080 piksler (full HD). Minimumskravet til UHD er en oppløsning på 3840 x 2160 piksler. 4K refererer til en avrunding av antall horisontale piksler (3840).

enhet. Kostnadsøkning skyldes både bedre og dyrere bildebrikke, og at system-rackene er mer avanserte og ikke kompatible med gamle, konvensjonelle rack.

3.3.3 Laboratorieutstyr

Laboratorieutstyr består av mange typer instrumentering. Vi har i denne områdeplanen tatt for oss de største gruppene innenfor laboratorieutstyr i forhold til anskaffelseskostnad. Gjennomsnittlig levetid for analyse og laboratorieutstyr er 9 år i følge SHD-gruppene som benyttes (vedlegg 3).

Gjennomgangen i dette kapitlet omfatter utstyrsgupper for en samlet akkumulert anskaffelseskostnad på 316 mill kr inkl MVA. For mange av utstyrsguppene er gjennomsnittsalder høy, eller utstyret utdatert. Utskiftninger vil være påkrevet innen de nærmeste årene.

3.3.3.1 Mikroskoper (90 mill kr)

Det er registrert 930 ulike typer mikroskoper i OUS med en gjennomsnittlig levetid på 23,2 år. Antall mikroskoper som er mer enn 9 år er 830. Det vil si at 89 % av det registrerte utstyret er over 9 år. Gjennomsnittspris er 32.000 kr, total anskaffelseskostnad er ca 90 mill kr. Det vil bli behov for innkjøp av nye mikroskop som kan kobles opp mot digital patologi for å redusere tid fra en biopsi til prøvesvaret foreligger.

3.3.3.2 Pipetteringsroboter (49 mill kr)

Det er registret 47 pipetteringsroboter med en anskaffelseskostnad mellom 200.000 kr til 2,7 mill kr, totalt 49 mill kr. Gjennomsnittsalderen på dette utstyret er 5,1 år. 9 av disse 47 enhetene, eller 19 %, er over 9 år gammel utstyr. Dette er utstyr som har sin hovedfunksjon i å fordele prøvemateriale, og således har utstyret mange bevegelige deler. Mye av dette utstyret vil derfor ha en kortere levetid en de 9 år som er normert.

3.3.3.3 Sekvenseringsutstyr DNA/RNA (39 mill kr)

I OUS er det registrert 25 forskjellige sekvenseringsutstyr. Dette er viktig utstyr for å analysere DNA og RNA. Det er 12 utstyr som er over 9 år. Det vil si at 48 % av utstyret har da en levetid på over 9 år. Det totale antall utstyr har en gjennomsnittlig levealder på 8,9 år. Gjennomsnittlig anskaffelseskostnad er ca 1,6 mill kr totalt. Anskaffelseskostnad for utstyr til DAN/RNA-sekvensering er på ca 39 mill.

Mye av det sekvenseringsutstyret som er i bruk i dag i OUS er basert på gammel teknologi. Ny teknologi som «Next generation sequencing (NGS)» er viktig for det videre arbeid i OUS.

3.3.3.4 UHPLC MS/MS - Massespektrometri (38 mill kr)

I OUS er det registrert 22 ulike UHPLC MS/MS-systemer. Dette er viktig utstyr for å analysere medikamenter, proteiner, peptider osv. Det er 6 utstyr som er over 9 år. Det vil si at 27 % av utstyret har en levealder på over 9 år. Gjennomsnittlig levealder på det registrerte utstyret er over 5,3 år. Gjennomsnittlig anskaffelseskostnad er ca 2,0 mill kr og den totale utstyrsgruppen har en anskaffelseskostnad på ca 38 mill kr. Væskekromatografi tandem - massespektrometri (LC-MS / MS) har hatt enorm vekst i kliniske laboratorier i løpet av de siste 10-15 årene. Det gir analytisk spesifisitet som er overlegen i forhold til konvensjonelle immunoassays eller høy ytelse / trykk-væskekromatografi (HPLC) for lavmolekylære analytter, og har høyere gjennomstrømning enn gasskromatografi-massespektrometri (GC-MS).

3.3.3.5 Laboratorieautomasjon (8 + 10 mill kr)

I OUS er det registrert 4 systemer, et på hvert av de 4 lokasjonene. Disse er igjen oppdelt i totalt 21 underenheter og det er kun på Ullevål det er etablert en fullautomatisert laboratorielinje. I denne utstyrskategorien er det 43 % av utstyret er over 9 år. Gjennomsnittlig levealder for det totale registrerte

utstyret er 10,7 år. Gjennomsnittlig anskaffelseskostnad er ca 312.000 og det totale utstyret har en anskaffelseskostnad på ca 8,0 mill kr. I 2015 vil ny Lab-automasjonslinje bli installert på Rikshospitalet.

3.3.3.6 realtime-PCR (21 mill kr)

I OUS er det registrert 44 enheter for realtime-PCR for DNA/RNA-analyse. 50 % av utstyret er over 9 år. Gjennomsnittlig levealder for det totale registrerte utstyret er 9,1 år. Gjennomsnittlig anskaffelseskostnad er ca 335.000 kr og det totale utstyret har en anskaffelseskostnad på ca 21 mill kr.

3.3.3.7 HPLC (20 mill kr)

I OUS er det registrert 44 HPLC systemer. Det er 73 utstyr som er over 9 år. Det vil si at 74 % av utstyret er over 9 år. Gjennomsnittlig levealder for det totale registrerte utstyret er 15,2 år. Gjennomsnittlig anskaffelseskostnad er ca 90.000 kr og det totale utstyret har en anskaffelseskostnad på ca 20 mill kr.

3.3.3.8 Fargemaskiner (19 mill kr)

I OUS er det registrert 42 fargemaskiner, 40 % av utstyret er over 9 år. Gjennomsnittlig levealder for det totale registrerte utstyret er 10,1 år. Gjennomsnittlig anskaffelseskostnad er ca 320.000 kr og det totale utstyret har en anskaffelseskostnad på ca 18,5 mill kr.

3.3.3.9 CO₂ inkubatorer (14 mill kr)

I OUS er det registrert 159 CO₂ inkubatorer for celledyrkning, 70 % av utstyret er over 9 år. Gjennomsnittlig levealder for det totale registrerte utstyret er 12,9 år. Total reanskaffelseskostnad er på ca 14,4 mill kr.

3.3.3.10 Blodgass analysatorer (8 mill kr)

I OUS er det registrert 76 blodgassanalysatorer, 30 % av utstyret er over 9 år. Gjennomsnittlig levealder for det totale registrerte utstyret er 8,0 år. Total reanskaffelseskostnad er på ca 8,0 mill kr.

3.3.4 Stråleterapi

I dette kapittelet brukes betegnelsen stråleterapiapparat om: Linac'er, MR/CT-maskiner til doseplanlegging og brachyterapi, etterladningsapparater for brachyterapi (strålekilden plasseres internt i pasienten) og datasystemer for stråleterapiplanlegging og prosessstyring.

OUS har 18 rom (såkalte bunkere, STRB) for ekstern terapi (Linac), hvorav 7 på US (6 Linac i drift) og 11 på RAD (11 Linac i drift). I tillegg er det ved RAD to rom for brachyterapi og ett for lavenergi røntgen. OUS har fem CT-maskiner (3 RAD/2 US) og to MR-maskiner (1 RAD/1 US) dedikert til stråleterapi. Den tradisjonelle teknologiutviklingen for stråleterapiutstyr har vært nokså stabil, og iht. nasjonal og internasjonal praksis har SHD-levetiden (lik EOL/EOS, med påfølgende anbefalt utrangering) for Linac'er vært fastlagt til 12 år, trenden i Vest-Europa nå er en kortere utrangeringsalder på 10 år⁸. Årsaken til en kortere utrangeringsalder er i hovedsak ikke teknisk slitasje, men en raskere teknologiutvikling enn tidligere. Nye metoder og nye behandlingsalgoritmer i strålenhetene er mye mer effektive enn tidligere, og de eldste Linac'ene lar seg ikke oppdatere adekvat. Eldre utstyr lar seg ofte enten ikke oppgradere til ny teknologi, eller oppgradering vil være uforholdsmessig kostbart sammenlignet med nyinnkjøp av apparatur.

Det gjøres årlig 105.000 pasientbehandlinger i OUS (opp til 470 behandlinger per dag). Gamle strålemaskiner med tekniske problemer får umiddelbare virkninger på produksjonslinjene.

⁸ Ref, f.eks: «Radiotherapy: developing a world class service for England. Report to Ministers from National Radiotherapy Advisory Group, 2007» og «Rapport fra Dansk Selskap for Onkologis Acceleratorudvalg, 2004».

MR/CT (eventuelt PET/CT) -maskiner og datasystemer for simulering og doseplanlegging har med analogi i radiologisk MTU en antatt levetid/utrangeringstid på 10 år. Fysisk simulering av behandlingene på stråleterapisimulatorene er på vei ut som planleggingsverktøy, da nye Linac'er integrerer denne funksjonen med bildeopptak direkte i Linac'en. Gjenværende simulatorutstyr vil ikke bli erstattet når det fases ut (OUS har to slike simulatorene i dag). Den ene CT-maskinen tilknyttet brachyterapi i STRB 7 RAD er fra 2001, og den er fra stråleterapimiljøet foreslått byttet til en MR.

Det ble anskaffet 1 Linac for budsjett i 2013 og 1 Linac for budsjett i 2014 (begge installert i 2014). På budsjett i 2015 er det vedtatt 1 Linac, som ennå ikke er montert ferdig.

Insidensen av kreft i befolkningen øker. Bare bidraget fra insidens økningen svarer for OUS sitt dekningsområde av ståleterapi til om lag 0,5 Linac per år. Innen planens nære horisont vil denne økningen kunne håndteres ved bruk av en ledig strålebunker og ved utnytting av skiftkapasitet.

Stråleterapimiljøet ved OUS har fremlagt detaljerte utredninger som viser nødvendigheten av å skifte 2 Linac'er per år, pluss 1 CT/MR for stråleterapiplanlegging⁹. En slik utskiftningstakt vil i 2023 eller tidligere lede til en faktisk alder i utstyrsparke av stråleterapiapparat som ikke overstiger 12 år. Utredningsgruppen tiltrer denne begrunnelsen ut i fra det eksisterende utstyrets alder og tekniske stand. I den siste områdeplanen og forslag til ØLP lå det inne 6 Linac'er i årene 2015 – 2019, til sammen 177 mill kr, dvs. 35,6 mill kr per år.

Det er 6 linac'er på UUS og 5 linac'er på RAD som er i «gul» eller «rød» klasse (vedlegg10.4)¹⁰, dvs. bør skiftes innen 1 – 2 år fra 2016. Dette beskriver til fulle omfanget: 13 stk linac'er til en antatt kostnad på $13 \times 30 = 390$ mill kr er i kritisk gul fase og må skiftes innen 2 år. Byggkostnader estimeres til $13 \times 5 = 65$ mill kr avhengig av den faktiske tilstanden i bunkerne.

Vår målvurdering er at det i perioden 2015 – 2019 anskaffes to Linac per år og en CT/MR for stråleterapiplanlegging per år, dvs. estimert 70 mill kr per år pluss ombyggningsomkostninger.

3.3.5 Partikkelsenter

Det pågår utredninger av et nasjonalt enhetlig eller delt partikkelsenter for stråling. Utredning, lokaliseringalternativer og finansiering er fortsatt på et tidlig stadium, og er ikke tatt med i analysene.

3.3.6 Monitorering (Pasientovervåking)

Monitorering-utstyrsparkeens tilstand på Gaustad beskrives godt av bildet i fig. 2 av en pasientovervåkningsmonitor. Monitoren ble i hovedsak kjøpt i utstyrsprosjektet Nytt RH i 1998, skjermene er nå utslitte og nesten ikke lesbare. Karosseriet i den konkrete monitoren vist i fig. 2 er lappet sammen med «gaffatape». Dette er nå 17 år gamle enheter med status End-Of-Life, utstyret lar seg ikke reparere og antallet meldte avvik er stort. Dersom monitoren skal skiftes må alle skiftes samtidig ettersom dette er «tverrgående utstyr».

Det ble i budsjettet 2014 satt av 20 mill kr for oppstart av utskiftningsprosjektet. Budsjettet er i hovedsak benyttet til oppgradering av monitorer på Aker og RAD. Det gjenstår en post på ca 8 mill kr som vil inngå i finansiering av hovedutskiftningen på Gaustad. Totalt inngår 250 store monitorer, og 200 små. Det ble ved prosjektoppstart estimert et gjenstående behov på 65 mill kr. Etter at alle faglige prosesser og



⁹ I tillegg er det fremkommet et forslag om en ny dedikert PET/CT for stråleterapi.

10 Vår klassifisering; gul er alder 9 – 10 år, rød er alder 12 år eller mer.

anbudsrunder er ferdige fremkommer det entydig at med en konfigurering som medfører at alle nødvendige parametere er dekket og at alle systemer kommuniserer, ender innstillingskostnaden på ca 90 mill kr (dvs. netto kostnad på 2016/17-budsjettet 82 mill kr).

Det er etter utredningsgruppens oppfatning nødvendig å sette inn netto 82 mill kr til anskaffelse av monitoreringsutstyr i 2016 (eventuelt med en hale inn i 2017).

3.4 IKT og MTU

MTV har analysert tilknytning av dagens MTU til datanett eller IKT-systemer, og vekselvirkning mellom disse. I dag har bare om lag 10 % av MTU-enhetene kontakt med IKT-systemer. I fremtiden vil mange flere MTU-enheter være tilknyttet IKT-systemer som avgivere av pasientnære data til kurvesystemer eller lignende. Selv om innsiden av mange MTU i dag har prosessorer eller små datamaskiner, er IT/IKT og MTU forskjellige fagområder, lovverket beskrevet i kap. 3.7 skiller klart mellom MTU og IKT-utstyr. Det pågår et samarbeid mellom MTV, IKT/Sykehuspartner og Helse Sør-Øst RHF for å inkludere IKT-perspektivene i utstyrsanskaffelser.

3.5 Informasjonssikkerhet

Medisinsk teknisk utstyr blir i større og større omfang koblet inn i sykehusets IT nettverks- infrastruktur. Dette stiller blant annet krav til mer standardiserte kommunikasjonsprotokoller for enklere integrasjon og samhandling mellom modaliteter og applikasjoner, eksempelvis RIS/PACS. (Referansene under er aktive klikkbare i det elektroniske dokumentet). En annen dimensjon er kravet til personvern og informasjonssikkerheten som også må ivaretas. For et behandlingsrettet helseregister vil kravene i pasientjournalloven, samt person-opplysningsloven og forskrift være sentrale. Dette innebærer krav til identifisering og autentisering/tilgangskontroll, logging og mulighet for å etterkomme krav om sperring.

Et nytt regime for MTU-anskaffelser innføres av MTV i 2016. Dette vil omfatte avsjekking av at informasjonssikkerheten ivaretas.

3.6 Spring av MTU ved hjelp av RFID-teknologi

I sykehusene medgår daglig mye tid for å finne ledig utstyr som for eksempel pumper og overvåkningsmonitører. Et system som gir oversikt over hvor utstyret befinner seg vil ha umiddelbare effekter på en mer effektiv og smidigere pasientbehandling (og trolig redusert nødvendig mengde MTU). RFID (Radio Frekvens Identifikasjon) er en teknologi som nå har blitt modnet og som er tatt i bruk i ulike store forsyningssystemer, også i sykehus i Europa. Det pågår et pilotprosjekt med RFID-merking av MTU ved St. Olavs hospital.

3.7 Lovverk medisinsk utstyr

Det foreligger et omfattende lovverk og forskrifter om medisinsk utstyr, som regulerer produksjon, merking, anskaffelse og vedlikehold gjennomført av eier. Norsk lovgivning forvaltes av Helsedirektoratet og Direktoratet for samfunnssikkerhet og Beredskap (DSB). I vedlegg 10.2 er det gitt en mer utførlig oversikt.

4.0 Nåsituasjon, analyse

Detaljer for status i viktige deler av utstyrsparken er beskrevet i kap. 3.3. Det presiseres at dette *ikke* er en fullstendig analyse av utstyrsparkens tilstand, men et utvalg der MTV vet at det oppstår forsinkelser hvis utstyret bryter sammen eller der mangel på utstyr medfører forverring av pasientforløpene. Data for billedannende UL og endoskopisk utstyr er ikke presentert. Disse vil bli en del av den store analysen i april 2016.

I denne investeringsplanen for 2016, med *perspektiv* for utviklingen de nærmeste årene 2017 og 2018, er det gjennomgått «tunge» utstyrsområder med status som vi vurderer innenfor hovedkategorier havari, kritisk og utdatert, til en estimert kostnad 928 mill kr. Dette er: Laboratorieutstyr (316 mill kr), Radiologisk utstyr (268 mill kr), Avbruddsfri strømforsyning angiografi (50 mill kr), Telemedisinsk utstyr over 2 år (2 mill kr), Stråleterapeutisk utstyr over tre år (210 mill kr), Monitoreringsutstyr 2016 – 2017 (82 mill kr).

5.0 Behov

Summeres de akutte behovene opp fra hovedkategoriene av utstyr fra kapittel 3 som nærmer seg sammenbrudd, beløper det seg til 928 mill kr. I tillegg er det en rekke innmeldte behov innenfor andre utstyrsgrupper som ikke er dekket av de nevnte hovedgruppene, disse er enn så lenge ikke summert. Det er antatt at MTU som betjener pasienter på tvers av avdelinger er særlig viktig, ettersom stans i dette utstyret vil kunne bli en flaskehals for ulike pasientforløp. Av den grunn vil det være viktig å prioritere disse flaskehalsene for å sikre en effektiv produksjon, særlig vil dette gjelde laboratorie-, radiologiområdene og tverrgående utstyr som pasientmonitorering.

6.0 Anskaffelses-strategi

MTV sin overordnede strategi er at det skal anskaffes best – mest – og riktigst MTU for hver utstyrskrone tilgjengelig.

- OUS MTV sin strategi er dermed som beskrevet i kap. 2, å klare å komme i en situasjon der OUS er proaktive og planmessig skifter ut MTU før det bryter sammen.
- Alle anskaffelser må ha forutsigbare prosesser og frister for beslutning som alle aktører i OUS må slutte opp om, jfr. ekstrakostnader ved anskaffelse av siste Linac i 2015.
- Alle større planlagte anskaffelser skal samordnes med det regionale kompetansesenteret for anskaffelser og andre konkrete større regionale anskaffelser, hvis mulig og praktisk gjennomførbart.
- Ved anskaffelser (spesielt av større radiologiske og laboratorieenheter) utformes kontraktene med opsjoner som gjør det enkel og raskt å reanskaffe utstyr ved nye sammenbrudd.
- Monitører og mange andre typer MTU har en stadig økende grad av integrasjon og IKT-kontakt. Ved anskaffelsen av nytt MTU som kan tenkes «å komme på nett» blir kompatibiliteten mellom MTU og IKT sjekket spesielt av MTVs «Strategi- og anskaffelsesavdeling» sammen med IKT-organisasjonen.
- Enkelte utstyr som vi forventer skal bryte sammen i nær fremtid løftes inn i elektiv prosess for å få en bedre og mer effektiv anskaffelse. Dette gjør at vi reduserer sammenbruddsrammen noe.
- En del av elektiv ramme settes av til store og dyre anskaffelser som for eksempel Linac. Dette gjør det lettere å ha en styrt utskiftning av kostbare elementer.

7.0 Økonomiske konsekvenser

De økonomiske konsekvenser av stadig eldre MTU er beskrevet i tallrike utredninger fra MTV. I vedlegg 10-3 er det angitt en oversiktlig konsekvensanalyse av en stadig eldre utstyrsparke, se den såkalte såkalte «Badekurven», se vedlegg 10-3. MTU er selve drivkraften i pasientbehandlingen i spesialisthelsetjenesten, og en forutsetning for stadig forbedring av produktivitet i de kliniske avdelingene.

8.0 Risikobilde

Å behandle sammenbrudd og reanskaffelse av disse er i dagens utstyrsforvaltning dominert av prosesser som er defensive og reaktive. Sykehuset klarer ikke å møte utfordringene i forkant ved for eksempel store planlagte utskiftninger *før* utstyret er medisinsk utdatert eller teknisk bryter sammen. Det er vanskeligere å ta ut synergieffekter av slike kriseaktige utstyrsanskaffelser og forbedringer i pasientforløp når prosessene er reaktive. OUS oppnår ikke de beste prisene når MTU-anskaffelsene i stor utstrekning skjer enkeltvis, og selve

anskaffelsene blir unødvendig tungvinte å gjennomføre. Hyppige sammenbrudd av gammelt utstyr medfører store kostnader for reparasjoner. Gjennomsnittsalderen for MTU er nå den høyeste i HSØ, rundt 11 år.

Kort sammenfatning: En reaktiv behandling av sammenbrudd betyr dårligere og dyrere anskaffelser, mulig stans i pasientbehandling, med mulige fristbrudd og mulig dårligere behandlingskvalitet. En oppdatert utstyrspark gir færre fristbrudd og en bedre HMS-situasjon. Den gjennomsnittelige MTU-enhet i hele utstyrsparken til OUS er fremdeles mer enn 10 år, og er derfor statistisk sett i en alderskategori hvor den snarlig bør skiftes ut. Det er ikke mulig å nå målbildene beskrevet i kap. 1 og kap. 2 og for viktige utstyrsgupper beskrevet i kap. 3 med kontroll av forholdet mellom sammenbrudd og elektive anskaffelser innenfor eksisterende budsjetter. Dette forutsetter en betydelig styrking av de årlige investeringsbudsjettene for utstyr. Dette er den største risiko for gjennomføring av prosessen.

9.0 Oversikt/konklusjon

Det legges opp til å dele opp rammen på 375 mill kr. i 6 deler:

1. Omstillingsprosjekter (35 mill kr)
2. Investeringer for god og effektiv drift (10 mill kr, tidligere Business Case)
3. Sentrale elektive prosjekter for store og dyre MTU-grupper (104 mill kr)
4. Havari/Sammenbrudd (150 mill kr)
5. Øvrige elektive behov (64 mill kr, inkl Reservepott og aktivering)
6. Forskningsutstyr (12 mill kr)

Omstillingsprosjekter er knyttet til MTU-investeringer på grunn av flytting av aktiviteter, *investeringer for god og effektiv drift* brukes for MTU-anskaffelser som gir en betydelig effektiviseringsgevinst på kort tid, *sentrale elektive prosjekter* er store og dyre MTU-anskaffelser som for eksempel Linac som må ha et eget behandlingsløp. *Havari* er utstyr som bryter sammen, *øvrige elektive behov* er klinikkens egne prioriterte ønsker, og *forskningsutstyr* er det såkalte «helgenomprosjektet» som er et forskningsrådsstøttet prosjekt.

Innenfor rammen av *Sentrale elektive prosjekter* prioriteres

- Monitorprosjektet, utskifting av pasientmonitører på Rikshospitalet. Deles på 2016/2017 (356 mill kr i 2016)
- 1 stk Linac Radiumhospitalet (33 mill kr)
- 2 CT'er Ullevål, Rikshospitalet (26 mill kr samlet)
- Lab-Automasjon Rikshospitalet (10 mill kr)

Øvrige elektive behov følger slavisk klinikkens innmeldte behov og fyller opp til deres andel av denne rammen. Andelen beregnes på grunnlag av klinikkens prosentvise andel av den totale utstyrsparken.

Gjennom å velge denne tilnærmingen oppfylles deler av målsetningen gjennom å prioritere strategiske flaskehalser som rammer flere klinikker (som monitorprosjektet), dekke noe av etterspørselen etter stort og dyrt utstyr (Linac og CT), prioritere forskningsutstyr og driftseffektiviserende tiltak, samt å ta høyde for klinikkens egne innmeldte og prioriterte behov. Etter vår mening er dette den mest balanserte tilnærmingen vi kan ha til utfordringen med gapet mellom avdekkede behov og tildelt investeringsramme, som på en best mulig måte ivaretar sykehusets samlede behov for nytt MTU til pasientbehandling i tiden framover.

Investeringsplan Annet 2016 (dvs investeringer utenom MTU, bygg og IKT)

1. Innledning

Dette notatet gir grunnlag for valg og prioritering av investeringstiltak innenfor området Annet for budsjett 2016. Dokumentet omhandler investeringer i senger, vaskeri, behandlingshjelpemidler (BHM), kjøkken, ambulanser og andre kjøretøyer, dvs investeringer utenom IKT, MTU og bygg.

Nedenfor gis en tentativ oversikt over de investeringene som planlegges for 2016. Det understrekes at vurderingene og prioriteringene ikke er endelig besluttet og kan bli endret på bakgrunn av ny informasjon.

2. Referansedokumenter:

OUS' styresak 27/2015 Økonomisk langtidsplan 2016-2019 (35).

3. utfordringsbildet:

Bygningsmassens samlede tilstandsgrad er en betydelig utfordring for Oslo universitetssykehus HF også når det gjelder investeringer i kategorien Annet. Frem til nye bygg er på plass, så er det laget oversikter som estimerer investeringsbehovet i dagens bygg uavhengig av fremtidig løsning. Investeringer i spesielt kjøkken og vaskeri (havarier) må uansett foretas i et kortsiktig perspektiv slik at produksjonen kan holde tritt med sykehusets produksjon for øvrig.

Utskifting av ambulanser er også en utfordring for sykehuset der vi betjener både Oslo og Akershus sykehusområder. Lang kjørelengde på vår ambulanseflåte fører til hyppigere reparasjoner og usikkerhet ift driftstans.

4. Forutsetninger for investeringene i 2016:

Arbeidet med å kartlegge investeringsbehovene innenfor kategorien Annet ble i stor grad gjort i forbindelse med utarbeidelsen av Økonomisk langtidsplan. Det er senere foretatt noen tilpasninger basert på ny informasjon.

Flere kategorier innenfor Annet står foran ikke ubetydelige investeringsbehov i årene fremover. Vaskeriet er ikke tilpasset moderne vaskeridrift og er i liten grad automatisert. Produksjonen preges av underkapasitet og driftsbrudd som følge av svikt i teknisk maskineri og logistikkutfordringer. Videre er selve bygningsmassen i dårlig stand med tilhørende dårlig teknisk standard på elektro og VVS. Vaskeriet har behov for investeringer i teknisk utstyr og arealoppgradering om vaskeriet skal kunne opprettholde driftskontinuitet over tid. På grunn av begrensede ressurser legges det imidlertid opp til å kun investere 2 mill kroner i vaskeriet i 2016.

Utstyr til hjemmebehandling er blitt en mer aktuell behandlingsform ettersom pasienter sendes hjem tidligere fra sykehus. Den teknologiske utviklingen innenfor medisinsk teknisk

Investeringsplan annet 2016

utstyr til hjemmebehandling forventes å fortsette i årene som kommer. Leverandører kan i dag tilby stadig mer avansert/kostbart MTU, og forskning på området vil føre til at nye utstyrstyper blir utviklet, som igjen vil medføre mer utlevering av utstyr fra sykehuset. I 2016 estimerer sykehuset et investeringsbehov til om lag 20 mnok knyttet til behandlingshjelpemidler.

OUS sine to hovedkjøkken er ikke tilrettelagt for moderne matproduksjon. Produksjonslinjene og vareflyten er ikke hensiktsmessige, og selv med store investeringer i dagens bygningsmasse vil ikke OUS sine hovedkjøkken bli optimale. For 2016 legges det opp til å investere 2 mill kroner.

Ambulanser er en stor post innenfor kategorien Annet. Grunnet etterslep og enkeltinnkjøp på ambulanser er behovet noe større i 2016 enn årene fremover. Det legges opp til at investeringsbehovet for ambulanser dekkes innenfor finansiell leie. For dette formål er det tegnet en avtale med Siemens Financial Services AB. Utstyrsleverandør er Falck Emergency Norway AS. Det legges opp til utskiftning for om lag 38 mill kroner, dvs om lag 30 nye kjøretøy.

PROTOKOLL

Det er avholdt drøftingsmøte i henhold til Hovedavtalens kapittel VII, jf arbeidsmiljølovens kapittel 8 og 14, mellom Oslo universitetssykehus og foretakstillitsvalgte ved Oslo universitetssykehus

Dato: 08.12.2015

Sted: Oslo universitetssykehus

Sak: Sak 1 Budsjett 2016

Tilstede fra arbeidsgiver: Sak 1: Bjørn Erikstein (AD), Morten Reymert (ØK), Øyvind Wøllo (ØK), Morten Meyer (Dir. HR-stab)
Referent: Mari Torset (Dir. HR-stab)

Tilstede fra arbeidstaker: Eli Skorpen (NRF), Julie Dybvik (NITO), Halgeir Pimentel-Eilertsen (Parat), Bjørn Wølstad-Knudsen (Fagforbundet), Knut Sandli (Fagforbundet), Nina Bøe (Delta), Elizabeth Holtebekk (NFF), Ståle Ølberg (Tekna), Rune Vethe (Utdanningsforbundet), Per Oddvar Synnes (Foretaksverneombud), Bergljot Fuhr Lunde (Foretaksverneombud), Svein Erik Urstrømmen (NSF), Bård Eirik Ruud (NSF), Birgit Aanderaa (NPF), Eli Skorpen (NRF), Aasmund Bredeli (Dnlf), Julie Dybvik (NITO)

Sak 1 Budsjett 2016

Øyvind Wøllo presenterte budsjett 2016 med henvisning til utsendte drøftingsdokumenter.

Følgende ble gjennomgått

- Kort om driftsbudsjett og krav resultatforbedring
- Investeringsbudsjett
- Overordnet risikovurdering

Det skal planlegges for en vekst på 2 prosent som sammen med lønnsvekst krever en effektivisering på om lag 3 prosent i 2016. Det ble redegjort kort for risikovurderingen innenfor områder som gjennomføring av planlagte investeringer, venterlister og fristbrudd, behandlingsskapasitet, forløpstider og pakkeforløp. Også bygg- og branntekniske forhold, standard MTU, bemanning og arbeidsbelastning ble belyst.

Arbeidstakersidens kommentarer

Arbeidstakersiden ønsker mer utfyllende sak til styret og undertreker viktigheten av at følgende blir belyst:

- Konsekvenser for pasientbehandling av MTU som ikke skiftes ut
- Kortfattet beskrivelse av klinikkens egne vurderinger av budsjettet
- Hvordan psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling gis høy prioritet og har en større vekst enn somatikk (ref. Statsbudsjettet)

Det vises til utfyllende protokolltilførsler fra organisasjonene (vedlagt).

Arbeidsgiversidens kommentarer

Det ble gjort presiseringer etter spørsmål fra tillitvalgte underveis, blant annet punktene som følger nedenfor.

- Finansiell leasing er en finansieringskilde når OUS ikke har investeringsmidler. Det sikres et jevnere investeringsløp på den måten
- Psykisk helse og avhengighet har et utgangspunkt med et mindre innsparingskrav enn somatikken
- Kommentarene fra AMU blir også tatt med i vurderingen av styresaken
- Klinikkene vil arbeide videre med felles virksomhetsovergrepene tiltak, og påvirkning på arbeidsmiljø vil være en del av vurderingen av tiltak

Konklusjon

- *Det innarbeides utfyllende kommentarer i styresaken med utgangspunkt i denne drøftingen*
- *Drøftingsprotokoll med protokolltilførsler blir vedlagt styresaken*

Arbeidsgivers signatur
(godkjent per epost)

Arbeidstakers signatur
(godkjent per epost)

Protokolltilførsler

1. Den norske legeforening, Norsk sykepleieforbund og Fagforbundet, støttet av NFF, NRF, Samfunnsviterne, Utdanningsforbundet, Tekna, Delta, Parat
2. Vernetjenesten
3. Norsk psykologforening, støttet av Utdanningsforbundet
4. Fagforbundet, støttet av NRF og Utdanningsforbundet
5. Tekna, støttet av NRF og Samfunnsviterne
6. NITO, støttet av NRF og Samfunnsviterne
7. NSF, støttet av NRF og Utdanningsforbundet
8. NRF

Parat uttaler at «Parat støtter de bekymringer som fremkommer i de ulike fagorganisasjoners protokoller.».

Organisasjonenes drøftingsprotokoll til budsjettforslag 2016 Oslo universitetssykehus

Ansattes organisasjoner er svært bekymret for om budsjettforslaget for 2016 er gjennomførbart i henhold til oppdragsdokumentet og resultatkravet gitt av eier.

Det er positivt at investeringsbudsjettet er noe styrket slik at plan for utskifting av medisinsk teknisk utstyr (MTU) kan opprettholdes, at det finnes muligheter for vedlikehold og arealutvidende tiltak og at IKT-planene videreføres.

Imidlertid er sykehuset er i en vanskelig situasjon med en kombinasjon av økonomiske utfordringer, for lav kapasitet innen en rekke områder, og behov for store investeringer.

Sykehusets klinikker har gjennom flere år samvittighetsfullt arbeidet med å løse disse utfordringene ved bruk av liknende tiltak som foreslås i budsjettforelegget. Ansattes organisasjoner har dessverre liten tro på at dette arbeidet har bedre forutsetninger for å lykkes i 2016. Organisasjonene stiller seg derfor tvilende til om sykehuset er i stand til å håndtere aktivitetsveksten innenfor budsjetttrammene.

Driftsbudsjettet innebærer en effektivisering av driften med omlag 3 %. Budsjettforslaget mangler fremdeles konkrete tiltak for å nå dette målet. Erfaringen de siste årene viser at sykehuset klarer å gjennomføre knapt 2/3 av planlagte innsparingstiltak. I budsjettforelegget forutsettes det videre at aktivitetsveksten må håndteres uten flere ansatte, snarere tvert imot, fordi avsatte midler til lønn og innleie er begrenset. Ansattes organisasjoner er bekymret for at underfinansieringen av driften vil medføre redusert tilbud for pasientene og økt arbeidspress for de ansatte med arbeidsmiljømessige negative konsekvenser.

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

Den norske legeforening

Norsk Sykepleieforbund

Fagforbundet

Aasmund M. Bredeli
Sign

Svein Erik Urstrømmen
Sign

Bjørn Wølstad-Knudsen
Sign

08.12.15

Drøftemøte budsjett 2016

Vernetjenesten har følgende anførsler til protokollen:

Utkast til Investeringsbudsjett gir muligheter til økt innsats rettet mot systematisk vedlikehold og oppgradering av deler av bygningsmassen. Dette vil kunne gi bedre arbeidsmiljøforhold lokalt der vedlikeholdsarbeidet utføres. Budsjettet vil kunne øke sykehusets mulighet til å korrigere avvik avdekket gjennom internkontroll innenfor flere deler av HMS området. Det er i denne sammenheng viktig å fremheve vedlikeholdsetterslepet innen elektro. Det forventes at dette område får en klar prioritering mtp ressursbruk i 2016. Det er omfattende og alvorlige avvik inne dette område i OUS.

Driftsbudsjettet er meget stramt slik det legges frem i styresaken. Det legges opp til krav om effektivisering på ca. 3 %. Dette vil kunne forverre en alle rede hardt presset arbeidssituasjon i deler av virksomheten. Avvikssystemet avdekker at mange avdelinger opplever problemer knyttet til samtidighetskonflikter, bemanning, overbelegg og uhensiktsmessige lokaler. Ovennevnte krav til effektivisering vil kunne forverre tilstanden ytterligere. Også arbeidsmiljøavdelingens årsrapporter beskriver mange av de samme områdene som problematiske. Situasjonen knyttet til arbeidsbelastning må derfor følges nøye slik at korrigerende og avhjelpende tiltak kan settes inn på tidligst mulig tidspunkt. Avdelinger som gjennom sykehusets egne ledelses og informasjonssystemer dokumenteres å ha spesielle utfordringer, må derfor følges opp.

Sykehuset må fortsatt utarbeide ytterligere tiltak for å nå målet om krav til effektivisering. Det forventes at arbeidsmiljødimensjonen risikovurderes og hensyntas under utarbeidelse av slike tiltak i den videre budsjettprosess.

Et enstemmig AMU (sak 52/2015) har tidligere bedt om en styrking av renhold/hygiene arbeidet ved sykehuset. Vi kan ikke se at dette er imøtekommet i budsjettutkastet. Vernetjenesten ber om at dette revurderes og at området tilføres mer ressurser i den videre budsjettprosess.

Det psykososiale og organisatoriske arbeidsmiljøet må følges opp 2016. Organisasjonsprosjektet og inndeling i nye klinikker vil kunne generere store utfordringer innen dette område og må derfor gis stor oppmerksomhet.

Vernetjenesten viser for øvrig til vedtak i AMU (vedlagt styresaken) gjeldende budsjettsaken og ber om at styret drøfter den informasjon som fremkommer der.

Mvh:

Per Oddvar Synnes
Foretaksverneombud OUS

Protokoll drøftemøte budsjett OUS 8. desember 2015

Budsjett 2016

I årets statsbudsjett står det:

Regelen om at psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) hver for seg skal ha årlig vekst som er større enn somatikk videreføres og innebærer at disse fagområdene gis høy prioritet.

Psykologforeningen minner om at Helsedirektoratets Samdata rapport for spesialisthelsetjenesten 2014 som kom i september viste at somatikkens kostnader har økt med 4,2 %, mens psykisk helse har økt med 0,7%. Det er dermed kun innen området tverrfaglig spesialisert rusbehandling at spesialisthelsetjenesten har oppfylt kravet i statsbudsjettet.

Psykologforeningen kan ikke se at forslag til budsjett i klinikken er i tråd med regjeringens mål, samt OUS sine egne føringer i oppdragsdokumentet og budsjettskriv 2016, om større vekst innen psykisk helsevern og TSB enn i somatikken. Helse Sør Øst og Oslo universitetssykehus må derfor eksplisitt synliggjøre hvordan de svarer ut høyere vekst for psykisk helse og TSB.

I OUS budsjettskriv 2 fremkommer det at total utgiftsramme OUS er økt med en halv milliard fra 19 477 713 000 kr i 2015 til 19 933 928 000 i 2016. Klinikk Psykisk helse og avhengighet (PHA) har ca 10 % av budsjettet og skulle dermed hatt en økning på minst 50 mill.

Det er derfor vanskelig å forstå at Klinikk psykisk helse og avhengighet er den eneste klinikken som har fått redusert sin utgiftsramme. Noe av forskjellen forklares ved at leieutgifter på 37 millioner er tatt ut av budsjettet til Klinikk psykisk helse og avhengighet (PHA). Dette uttrekket kan det stilles spørsmål til. Men selv om man aksepterer en flytting av 37 mill pga. leieutgifter, burde klinikken vært tilført 13 millioner og ikke kuttet 16 millioner.

Grunnen til at man har økte leieutgifter er bl.a. at man har flyttet ut av selveide bygg. Gevinsten ved salget er tilført OUS sentralt, mens de økte utgiftene er trukket fra budsjettet til Klinikk psykisk helse. OSS har fått reduserte sine utgifter med tanke på drifting av disse byggene. Disse midlene burde vært trukket fra de økte leieutgiftene til Klinikk psykisk helse og avhengighet.

I høstens budsjettprosess er det hevdet at man følger den gyldne regel ved at innsparingskravet til Klinikk psykisk helse og avhengighet er lavere enn i somatikken. Men dette hjelper ikke når utgiftsrammen til de somatiske klinikkene er økt så mye mer i forkant.

Årets innsparingskrav på 2 % utgjør 38 millioner. Klinikk psykisk helse og avhengighet har også fått krav om økt aktivitet på 1,9 %. Dette kan ikke gjennomføres.

Psykologforeningen mener at økonomistyringen i PHA de siste årene, hvor klinikken har levert budsjett som har gått med betydelig overskudd, har gitt et feilaktig bilde av hvordan klinikken egentlig er stilt. Innsparingene seksjonene/enheter er pålagt av klinikkledelsen å gjennomføre medfører at enheter årlig må tilpasse seg nye og mindre rammer som krever omstillinger og overtallighet.

Det er gjennomgående i PHA at enhetene i flere år har holdt stillinger vakante med en allerede marginal grunnbemanning. Konsekvensen av dette medfører dårligere kvalitet på pasientbehandlingen, ytterligere økt arbeidsbelastning, økt bruk av tvang og en mindre trygg arbeidsplass for ansatte. Behandlingstilbudet til pasientene blir i tillegg mindre i ferier, høytider og i helger fordi flere seksjoner må stenge enheter for å holde budsjettrammen. Med så redusert bemanning som det er på enkelte av seksjonene er det svært krevende å ivareta innlagte pasienters primære behov for behandling. Tillitsvalgte har i flere år kommentert at den lave bemanningen gir betydelig risiko for at ansatte skades alvorlig i utageringssituasjoner. De siste års utvikling med økende antall innleggelser av pasienter med stadig mer symptomtunge, kompliserte og sammensatte psykiske lidelser som er i behov av høy fagkompetanse og pleiefaktor. Det er ingen grunn til å tro at denne utviklingen vil snu, snarere tvert imot.

Psykologforeningen mener at PHA ikke kan brukes som salderingspost for underskudd i somatiske klinikker og at PHA nå må skjermes for nedtrekk og tilføres midler for å sikre et kunnskapsbasert og godt behandlingstilbud for alle pasientgrupper. Tillitsvalgte har også gjentatte ganger bedt klinikkledelsen om en helhetlig og langsiktig plan for riktig dimensjonering av klinikken sett i sammenheng med oppdraget, og en kartlegging av om klinikken gir et faglig godt nok behandlingstilbud.

Kommentarer til tiltakene i PHA for 2016 avdelingsvis.

Avdeling døgnbehandling, psykisk helsevern for voksne.

Klinikkleder har i lengre tid varslet at man tenker at man skal øke mengden DPS-døgnplasser ved å redusere antall skjermede lukkede plasser. Det var forsøk på å starte en slik prosess i sommer med henvisning til businesscase Mortensrud. Dette ble tilbakevist av de klinikktiltitsvalgte fordi denne typen omlegginger må bygge på en reell faglig vurdering av nåsituasjonen og ikke et flere år gammelt regnearkoppsett av endring av kostnader. Dokumentet som viser en slik gjennomgang har fortsatt ikke blitt fremlagt av klinikkleder. Klinikktillitsvalgte kan derfor ikke støtte at klinikkledelsen har konkludert med at det er avdeling døgnbehandling som skal finansiere opptrappingen av kapasitet ved Søndre Oslo DPS.

Akuttpsykiatrisk seksjon har lokalsykehusfunksjon for befolkningen over 18 år fra sektor for Ullevål sykehus, og mottar akuttinnleggelser fra bydelene Sagene, Nordre Aker, Østensjø, Nordstrand, Søndre Nordstrand og Bjerke, med et innbyggerantall på 226 000 mennesker. Klinikktillitsvalgte kan ikke stille seg bak tiltaket om reduksjon av en hel enhet på akuttpsykiatrisk seksjon som tilsier nedgang i pasient plasser på 22%. Akuttpsykiatrisk seksjon har ø-hjelp funksjon 24/7. De har også måtte påta seg å oppdrag når det ikke finnes steder hvor pasienter kan få videre behandling i eller utenfor klinikken. De er buffer for alle seksjoner i ferier, høytider når andre enheter ser seg nødt til å redusere/stenge grunnet budsjettrammen.

Alderpsykiatrisk seksjon gir tilbud om poliklinisk behandling og døgn behandling til personer over 65 år.

Forslaget i budsjettet er en reduksjon av døgnkapasiteten på 28 % for denne pasientgruppen. Sett i forhold til befolkningsutviklingen med flere eldre innbyggere mener vi dette ikke kan forsvares.

Tidlig psykosebehandling (TPB) er en spesialseksjon for unge mennesker i alderen 17-30 år med symptomer som gir mistanke om psykoseutvikling. Pasientene våre kommer fra Oslo og deler av Akershus.

For denne seksjonen foreslås poliklinikken flyttet til Søndre Oslo DPS/Nydalen DPS og døgnenhetene i TPB flyttes til Gaustad og Søndre Oslo DPS. En oppsplitting av TPB vil representere en alvorlig svekkelse av tilbudet til unge nysyke. Det er gjennom det faglige fellesskapet med døgn, poliklinikk og dagrehabilitering samlet som muliggjør arenaflexibel og fasespesifikk behandling uten behandlingsbrudd.

Igang satt viktig forskning innen fagfeltet vil ikke kunne fortsett dersom feltet blir splittet og får lokalsykehusstatus. Tillitsvalgte frykter at denne prosessen er en nedleggelse av tilbudet til denne pasientgruppen og at høyspesialisert fagkompetanse går tapt. Dette er svært alvorlig, med tanke på at det er unge mennesker med et langt liv foran seg, som trenger hjelp.. Hvilken prognose vil disse pasientene ha uten et godt og velegnet behandlingstilbud?

I Budsjettforslaget fra klinikkledelen i PHA synes å forskuttere konklusjonene til Helse Sør-Øst vedrørende avgjørelsen om Tidlig psykosebehandling for unge schizofrene (TPB) som områdefunksjon eller lokalsykehusfunksjon, noe vi vil hevde klinikkledelsen ikke har mandat til.

Avdeling for nasjonale – og regionale funksjoner. NOR

Avdelingen ivaretar nasjonale- og regionale oppgaver, samt flerområdefunksjoner innenfor Klinikk for psykisk helse og avhengighet.

Regional sikkerhetsseksjon Helse Sør-Øst er en høyspesialisert tjeneste med regional funksjon for Helse Sør-Øst. Avdelingen mottar pasienter med psykose eller mistanke om psykose, og med kompliserte tillegg utfordringer - inkludert alvorlig voldsatferd - til utredning og behandling.

Klinikk tillitsvalgte støtter klinikkens vurdering om at nasjonale – og regionale funksjoner avdelingen har fått i oppdrag å opprette må finansieres gjennom økte bevilgninger fra HSØ.

Det er ikke gjennomførbart at RSA reduserer med 1 sikkerhetsplass samt slår sammen enheter sommerstid.

Regional seksjon for spiseforstyrrelser (RASP)

Regional seksjon for spiseforstyrrelser (RASP) er et høyspesialisert klinisk tilbud for barn/ungdom og voksne med spiseforstyrrelser i Helse Sør-Øst. De består av en poliklinikk med dagbehandling, tre døgnbehandlingsenheter og en regional kompetansetjeneste.

Tiltak om å omgjøre Intensivposten fra 7-døgnspost til 5-døgnspost. Intensivposten ble opprettet som et resultat av et stort udekket behov for høyspesialiserte døgnplasser for alvorlige spiseforstyrrelser, både for barn/unge og voksne i helseregionen. RASP har pasienter med svært kompliserte tilstander som medfører høy dødelighet, irreversible helseskader og langvarig uførhet, og der behovet for spesialisert behandling er stort. De lokale helseforetakene henviser bare de mest alvorlig syke pasientene til RASP der behandling ved lokalsykehus ikke har ført frem. Både for pasientene og de lokale helseforetakene er det et stort problem at kapasiteten for døgnbehandling ved RASP fortsatt er for lav, slik at det ofte blir lang ventetid både for barn/unge og voksne pasienter. Bedre polikliniske behandlingstilbud for personer med spiseforstyrrelser er viktig, men vil ikke kunne erstatte døgntilbud for de alvorlig syke pasientene som henvises til RASP.

Hvordan har man tenkt å ivareta pasientene i helgene? Når meningen er å behandle pasienter med spiseforstyrrelse, så er det uhensiktsmessig å sende dem hjem eller til annen institusjon i helgene. Det er ikke heldig for behandlingen. Det skaper usikkerhet både for pasienter og personal. Samtidig støtter Psykologforeningen klinikkledelsen i at HSØ må finansiere dette da de påla klinikken å opprette sårt trengt intensivavdeling. Bemanningen må gjenspeile intensiv oppdraget.

Regional seksjon psykiatri, utviklingshemning /autisme PUA.

Seksjonen yter psykiatriske spesialisthelsetjenester til personer med utviklingshemning og autisme med psykiske lidelser i befolkningen over 16 år, primært i Helseregion Sør-Øst, og er en regional kompetanse- og behandlingstjeneste.

Psykologforeningen støtter ikke forslaget om reduksjoner av stillinger ved PUA.

Oslo Universitetssykehus har et ansvar for å sørge for et likeverdig tilbud til alle pasienter med utviklingshemning med mistanke om psykiske lidelser i Helse Sør-Øst. Ved gjennomføring av budsjettkuttet vil tilbudet til denne pasientgruppen bli dårligere for hele regionen. Det er ikke akseptabelt å redusere på stillinger i PUA. Poliklinikk og døgnplassene er samlet og gir et unikt tilbud til pasientgruppen.

PUA har gjennom flere år brukt ressurser på å utvikle et fagmiljø med høy kompetanse. Dette er gjort uten at seksjonen har fått tilført mer ressurser. I tråd med nasjonale føringer om en dreining fra behandling i sengepost til poliklinisk/ambulant behandling har PUA i 2014 opprettet en poliklinikk. Åpningen av poliklinikken har gjort at man har fordoblet antall behandlede pasienter. Reduksjon av stillinger vil true poliklinikkens eksistens som godkjent virksomhet.

Barne og ungdomspsykiatrisk avdeling BUPA

Avdelingen tilbyr spesialisert utredning og behandling til barn og ungdom med sammensatte psykiske lidelser, og deres familier, i Oslo En årelang periode med omorganiseringer og turbulens i sykehuset har bremset utviklingen av behandlingstilbudet til barn og unge i Oslo.

Det er uklart hva som ligger i tiltaket for BUPA med tanke på evaluering av dagtjenester.

Barn og unge pasienter behøver å møte kompetente og trygge behandlingstilbud, ikke bare bli tatt inn til førstegangssamtale innen 12 uker eller kortere for deretter å få generell behandling med usikker effekt. For eksempel ungdom som står i fare for å utvikle psykose. En mengde forskning viser at gevinsten er stor på alle måter ved at de får nok og kompetent hjelp tidlig i sykdomsforløpet. Hvis behandlingstilbudet derimot består av sporadisk kontakt med vanskelig tilgjengelige terapeuter er faren stor for skadelig psykotisk gjennombrudd. Ett annet eksempel er barn med alvorlig svikt i sinnekontroll. De lever i en hverdag preget av stadige kriser på skolen, ensomhet og et nær evakuert hjem. Det er ikke alltid slik at poliklinisk oppfølging er tilstrekkelig. Det kan være behov for andre rammer enn poliklinikken kan tilby. Dette er grunnene til at BUP fortsatt må prioriteres.

Avdeling for rus – og avhengighetsbehandling ARA.

Avdelingen har ansvar for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) for hele Oslos befolkning med unntak av bydelene Grorud, Stovner og Alna.

Avdelingen har et rusakuttmottak som er åpent hele døgnet for akuttbehandling. Avdelingen gir også tilbud om: avgiftning, poliklinikk-, dag og døgnbehandling inkludert Legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Avdelingen har koordineringsansvar for alle pasienter fra eget opptaksområde i Oslo som henvises til døgnbehandling i offentlig og private tiltak.

Det er også her uklart hva som ligger i tiltaket for ARUA med tanke på reduksjon av kapasitet ved en døgnenhet ved seksjon ung. Psykologforeningen kan ikke støtte forslaget om ledigholdelse av stillinger ved seksjon voksen og ruspoliklinikkene.

Etter at rus – og avhengighetsbehandling ble overført til spesialisthelsetjenesten her avdelingen vært gjenstand for utallige omorganiseringer, flyttinger og nedleggelse. Dette er en stor utfordring både i forhold til å utvikle gode pasienttilbud og et godt arbeidsmiljø. Psykologforeningen støtter klinikkleidelsen i at avdelingen må få tilført midler i forhold til det oppdraget de har fått.

Konklusjon:

Forslaget til budsjett 2016 fra Klinikk psykisk helse – og avhengighet er ikke gjennomførbart, og de fleste av tiltakene er vurdert til rødt på gjennomføringsrisiko.

Klinikken har behov for hele effekten av ”den gyldne regel”. Det vil si at forslaget til budsjett ikke er akseptabelt fordi Klinikk psykisk helse – og avhengighet ikke har fått en like stor vekst som somatikken. OUS har økt sin totalramme med en halv milliard, mens Klinikk psykisk helse – og avhengighet har fått redusert sin utgiftsramme for 2016.

Psykologforeningen støtter organisasjonenes fellesprotokoll. Angående aktivitetstall og ventelister viser Psykologforeningen til budsjettprotokoll for 2015.

Mvh

Birgit Aanderaa
FTV OUS NPF



Fagforbundet Sunnaas og Oslo universitetssykehus avd. 028

Oslo 8. desember 2015

Protokoll fra Fagforbundet til drøftemøte angående budsjett for 2016, 8. desember 2015

Fagforbundet er bekymret for underfinansiering av Oslo universitetssykehus. Vi ønsker at det gjøres en betydelig større innsats for å skaffe tilveie et realistisk finansieringsgrunnlag fra Helse SørØst og departementet. Fagforbundet stiller seg likeledes kritisk til forslagene om fordyrende løsninger som outsourcing av kantinedrift, leasing av ambulanser, privatisering av vaskeriet, med videre.

Da de tillitsvalgte anføringer for den enkelte klinikk, ikke er vedlagt styrepapirene, ønsker Fagforbundet å belyse følgende for styremøtet.

Klinikk psykisk helse og avhengighet

Budsjettforslaget for 2016, innebærer drastisk nedbygging av fagmiljøer og behandlings -tilbud til barn, voksne og eldre innen psykisk helse og rus og avhengighetsbehandling.

Oslo sykehusservice

Ikke endelige budsjetttrammer.

Medisinsk klinikk

Medisinsk klinikk har lagt fram et budsjett med en prognose på 46 mill. i underskudd etter tiltak. Fagforbundet ser med stor bekymring på klinikkens vanskelige økonomiske situasjon.

Klinikk for kirurgi og nevrofag

Klinikken sliter med en kombinasjon av kapasitetsutfordringer og store underskudd i drift.

Kvinne, barn klinikken

Fagforbundet er bekymret for effektiviseringskrav og forventninger om aktivitetsøkning uten en tilsvarende økning på ressursiden

Hjerte- lunge- kar klinikken

Vansker med å forholde seg til budsjett og innsparingskrav, når man ikke har full kontroll over aktiviteten.

Klinikk for diagnostikk og intervensjon

Fagforbundet er bekymret for at det blir vanskelig med 4 % aktivitetsøkning, og ingen reell økning av bemanning.

Knut Sandli
Stedfortredende foretakstillitsvalgt
Fagforbundet

Oslo, 9. desember 2015

Drøftingsnotat

Vedr. forslag til budsjett for 2016 i styresak 78/2015:

Tekna mener det er knyttet stor usikkerhet til risikoen mht forslaget til budsjett 2016 og at det er urealistisk tatt i betraktning av 2014 og 2015. Vi er tvilende til at dette er gjennomførbart uten betydelig risiko for pasientbehandling og arbeidsmiljø.

Tekna er også bekymret for at investeringstakten med hensyn til MTU (medisinskteknisk utstyr) går for sakte, og at dette vil kreve et etterslep, og behov for et stort løft om få år, med de rammene som ligger til grunn i ØLP og det aktuelle forslaget til budsjett for 2016.

Dette begrunnes med at forslaget ikke vil medføre noen vesentlig forbedring av den relativt høye gjennomsnittsalderen til MTU ved OUS. Forslaget til anskaffelser av nytt MTU i 2016 er heller ikke på høyde med det som anbefales i «strategiplan for MTU anskaffelser ved OUS HF 2016» hvor det bl.a. anbefales innkjøp av 2 lineærakseleratorer per år for strålebehandling.

Tekna anbefaler at OUS i større grad kartlegger og rapporterer hyppigheten av «stans» og «havari» av MTU, ser på konsekvensene dette har for pasientene, samt gjør undersøkelser på hvorvidt tilfellene er korrelert til utstyrets alder. Dette er viktig for å synliggjøre behovet for nye investeringer av MTU i framtiden slik at det opprettholdes en god kvalitet på behandlingen og for å etterleve vårt felles verdigrunnlag for helsetjenesten: Kvalitet, trygghet og respekt.

Mvh,

Ståle Ølberg

Foretakstillitsvalgt for Tekna v/OUS

Protokolltilførsel til drøftemøte 08.12.15 Budsjett 2016

NITO er svært bekymret for effektiviseringskravet i budsjettet for 2016. Vi stiller spørsmål ved om dette er realistisk og forsvarlig med tanke på utfordringene knyttet til gamle bygg, MTU, utdaterte elektriske anlegg og mangel på adekvate IKT løsninger i blant annet diagnostikken.

NITO er svært bekymret for at aktivitetsvekstkravet vil øke risikoen og frekvensen av samtidsproblematikken ledere og ressurspersoner vil oppleve i hverdagen. Vi har sterkt oppfordret at arbeidsmiljøet til ledere og ressurspersoner følges opp og at foretaket oppretter risikostyrende tiltak. Oslo universitetssykehus må vise større kontroll over antall bestillinger, oppgaver og prosesser virksomheten iverksetter og pålegger linjen.

Det fremkommer i mange sammenhenger at ansatte i OUS deltar i prosesser og aktiviteter som ikke måles av våre verktøy. Dette er bekymringsfullt når budsjettet setter høye aktivitetsvekst krav. Det kan bli komplisert i våre felt å få et system som fanger opp hvor mye aktivitet vi reelt står for.

Selv om man opprettholder investeringsnivået innenfor MTU er ikke dette tilstrekkelig for å få ned gjennomsnittsalderen for dette utstyret. Vi etterlyser risikovurdering på konsekvenser av mangelfull investering eller breakdown på utstyr, som følge av budsjettresultat i foretaket.

Flere av våre medlemmer har i 2015 opplevd økt arbeidspress som følge av krav om måloppnåelse i budsjett, prosjekter og samtidsproblematikk i virksomheten. NITO har ingen forventninger om at dette blir annerledes i 2016 med de budsjetttrammene som ligger til grunn.

På generelt grunnlag oppleves drøfting av budsjett som dels mangelfull, da man ikke har hatt medvirkning nedover i organisasjonen. Noe som er uheldig da informasjon og involvering av tillitsvalgte vil kunne få de ansatte til å føle mer eierskap til gjennomføring av de beslutningene som blir tatt i budsjettprosessen.

NITO Foretakstillitsvalgt

Julie Dybvik

Drøftingsprotokoll til budsjett 2016 fra NSF

I tillegg til felles protokoll har NSF følgende synspunkter til drøftingssak budsjett 2016:

OUS er et sykehus som gir, og skal gi pasientbehandling av høykvalitet. Dette betinger sterkt fokus på rett kompetanse og rett bemanning innenfor alle områder. I budsjettsaken er bemanningstilpasning et av tiltakene for å løse de økonomiske utfordringene, noe som etter NSF's syn vil kunne bety høyere aktivitet med eksisterende bemanning og/eller en reell bemanningsreduksjon. Det er tre sannsynlige konsekvenser av dette; arbeidsbelastningen for ansatte øker, fagutvikling og kompetanseheving blir lavere prioritert, og kvaliteten i pasientbehandlingen svekkes.

NSF mener at bemanningstilpasninger ikke kun kan være økonomi og HR styrt, men må basere seg på faglige vurderinger av kvalitet og faglig forsvarlighet i pasientbehandlingen. Benyttelse av et pleiekategoriseringsverktøy vil etter NSF's syn gi en kvalitetssikring av bemanningen, og vi ber om at sykehuset prioriterer innføring av dette høyt.

NSF hevder videre at en tydelig sykepleie- og helsefaglig stabslinje vil bidra til en kvalitetssikring og koordinering av kvaliteten på og bruken av sykepleieressursene.

Klinikkene har noe ulik tilnærming til budsjettutfordringene, men gjennomgående synes det som svært vanskelig å finne tiltak for møte de økonomiske kravene. I PHA er tiltakene derimot konkretisert på en slik måte at det legges opp til en vesentlig forringelse av behandlingstilbudet, og at det blir vanskelig å oppfylle kravene i oppdragsdokumentet.

Svein Erik Urstrømmen
FTV, NSF - OUS

Protokolltilførsel drøfting budsjett 2016 Oslo universitetssykehus

Vi ser det som lite sannsynlig at det vil bli mulig å overholde budsjettet for 2016. Det er knyttet stor usikkerhet til tiltakene for å redusere utgiftene i klinikkene. Resultatkravet for 2015 er ikke realisert, der man har økt aktiviteten, men tilsvarende økt bemanning slik at man ikke får balanse i forhold til budsjett. Vi etterlyser en bredere analyse på årsakssammenhenger her.

Budsjettprosessen viser ikke godt nok hva som Ous ikke får gjennomført i 2016. Det blir ikke tatt en kritisk diskusjon på de kostnadene det påfører Oslo universitetssykehus å gjennomføre dette budsjettet. Vi etterlyser mer problematisering på de tiltak og utbedringer som ville ha underbygd bedre pasientbehandling, men som det ikke er mulig å få gjennomført i 2016. Nå er diskusjonsrommet begrenset til de tiltak som ledelsen forslår for å redusere kostnader og hvorvidt de er gjennomførbare, ikke hvilke begrensninger man blir påført. Man får ikke et saksgrunnlag som synliggjør de tiltak som man ikke får realisere innenfor budsjettet. Det oppstår et søkt skille der man deler diskusjonen mellom oppdragsdokument og samfunnsansvaret i tertialrapport der man blir instruert i å følge opp oppdraget, og en annen diskusjon der man blir pålagt å holde seg innenfor tildelte midler. Når disse to grunnleggende temaene blir kunstig adskilt, får en ikke en realistisk forståelse av kostnadene av drift eller av kostnadene av manglende investeringer for bedre drift.

I rapporten for medisinskteknisk utstyr er det bra beskrevet. I tillegg til de utfordringene som er beskrevet der, bør en også nevne strålehygiene. Eldre røntgenutstyr påfører pasientene større stråledoser enn det man ville ha påført pasienten med nyere apparat. Dette er selvsagt mest bekymringsfullt når det gjelder kronisk syke barn. Det er heller ikke problematisert underkapasitet på radiologiske tjenester spesielt når det gjelder MR på Rikshospitalet. Der er det bruk for en MR til, siden det ikke er rom for å imøtekomme alle henviste pasienter. Dette øker risikoen siden de må vente lengre enn medisinsk forsvarlig, noe som alt forekommer. For å sette inn en MR til må radiologisk intervensjon flytte, så det fører med seg store byggekostnader. Videre fører det til at man som arbeidstaker blir gitt uløselige oppgaver siden man ikke klarer å få utført alle de undersøkelsene som det er behov for.

Det er heller ikke problematisert den risikoen og de arbeidsmiljøutfordringer det ligger i at man arbeider med medisinskteknisk utstyr som havarerer eller er nesten havarert. I rapporten er det nevnt at alle 3 CT'ene på Rikshospitalet «gikk ned» samtidig. Dette øker risikoen og er selvsagt en påkjenning for operatørene, for å nevne et eksempel.

Man har heller ikke en mulighet for å hente ut fra avvikssystemet de pasienthendelsene som er skade etter svikt i medisinskteknisk utstyr. Oslo universitetssykehus har ikke oversikt over disse hendelsene, men vi er kjent med at det forekommer. Vi mener det er viktig at Oslo universitetssykehus får kvalifisert kunnskap om disse utfordringene.

Vi vil også rette oppmerksomheten mot en ny Linac (stråleterapimaskin) på Radiumhospitalet. Man har i mange år hatt for lav kapasitet på strålebehandlingen, noe som har ført til at man i mange år har måttet sette opp pasienter til behandling etter arbeidstidens slutt. Dette løser man med å inngå avtaler om «ekstraordinært arbeid» hver dag i de fleste

uker i året. Det er ikke forenlig med god personalpolitikk at man arbeider med slike avtaler i flere år, så det er svært positivt at man nå har prioritert en ny Linac på Radiumhospitalet. Men det tar fort et år å få tilbud og installert og er et eksempel på at det burde ha vært gjort for lenge siden. Videre så er det en Linac for lite i forhold til behovet.

Vi er også undrende over målet for en restsum av disponible midler som er forespeilet skal brukes til investeringer i for eksempel medisinskteknisk utstyr. Denne summen har ikke noen sammenheng med de reelle behov for nyanskaffelser. Det synes som om det bare skal være en restsum for å vise at Oslo universitetssykehus makter å drifte mer effektivt uten å realisere alt av de disponible midlene. Og vi er undrende til hva hensikten er med det.

Mvh

Eli Benedikte Skorpen
Norsk Radiografforbund
Oslo universitetssykehus

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 17. desember 2015

Saksbehandler: Viseadministrerende direktør for samhandling

Vedlegg:

SAK 79/2015 OPPNEVNING AV STYRE I KREFTREGISTERET

Forslag til vedtak:

Styret i Oslo universitetssykehus HF oppnevner følgende styre for Krefregisteret med funksjonstid fra 1. januar 2016 til 31. desember 2017:

<i>Øyvind Wøllo</i>	<i>Oslo universitetssykehus</i>	<i>Ny</i>
<i>Finn Henry Hansen</i>	<i>Helse Nord</i>	<i>Gjenoppnevning</i>
<i>Jo-Åsmund Lund</i>	<i>Helse Midt-Norge</i>	<i>Ny</i>
<i>Anne Grimstvedt Kvalvik</i>	<i>Helse Vest</i>	<i>Ny</i>
<i>Ole Tjomsland</i>	<i>Helse Sør-Øst</i>	<i>Ny</i>
<i>Eva Skovlund</i>	<i>Ekstern</i>	<i>Ny</i>
<i>Björg Veen</i>	<i>Ekstern</i>	<i>Gjenoppnevning</i>

To medlemmer velges av og blant de ansatte ved Krefregisteret

Oslo, den 10. desember 2015



Bjørn Erikstein

Det nåværende styret ved Kreftregisteret ble oppnevnt av styret for Oslo universitetssykehus i møte den 24. april 2014. Styret ble valgt for perioden 1. januar 2013 til 31. desember 2015.

I følge instruks for Kreftregisteret oppnevnes styret for to år av gangen. Det sies videre i instruksene at "Medlemmene kan gjenvelges for en ny periode på to år, deretter en ny periode på to år. Samlet tjenestetid kan ikke overskride 6-seks-år."

Fire av enhetsstyrets medlemmer har vært medlemmer av enhetsstyret i 6 år.

Representantene fra Helse Nord, Helse Vest, Helse Midt og Helse Sør-Øst er foreslått fra de respektive helseregioner og bidrar til å sikre Kreftregisterets nasjonale rolle og fokus.

En av de eksterne representantene foreslås gjenoppnevnt. I tillegg foreslås Bjørg Veen som ny representant.

I følge statuttene for Kreftregisteret, skal styret ledes av administrerende direktør i Oslo universitetssykehus, eller den administrerende direktør delegerer oppgaven til. Som styreleder foreslås Øyvind Wøllo.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 17. desember 2015
Saksbehandler: Viseadm. direktør Medisin, helsefag og utvikling
Vedlegg:

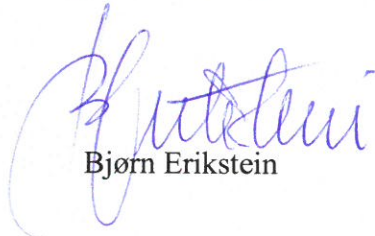
SAK 80/2015: VALG AV STYRE I BARNESTIFTELSEN

Forslag til vedtak:

Som representantskap i Barnestiftelsen ved Oslo universitetssykehus velger styret i Oslo universitetssykehus HF følgende medlemmer i styret for Barnestiftelsen ved Oslo universitetssykehus HF for perioden 1. januar 2016 til 31. desember 2019:

<i>Erik Thyness</i>	<i>Leder</i>
<i>Sverre Olav Lie</i>	<i>Medlem</i>
<i>Kristin Helene Jahre Ramm</i>	<i>Medlem</i>

Oslo, 10. desember 2015


Bjørn Erikstein

Helseforetaket er tilgodesett i formålet til flere stiftelser og samhandling med stiftelser er del av virksomheten som skal forvaltes av foretaket. Med utgangspunkt i fellesregionale retningslinjer vedrørende helseforetakenes forhold til stiftelser har Oslo universitetssykehus HF vedtatt rutiner og retningslinjer for samhandlingen med stiftelser, jf. styresak 176/2009. Målsetningen er en praktisk, men samtidig formell ordning som tar hensyn til stiftelsens/givers intensjon, de ansattes habilitet og virksomhetens uavhengighet, styring og samordning.

Denne saken gjelder valg av styre i Barnestiftelsen ved Oslo universitetssykehus

Barnestiftelsen ved Oslo universitetssykehus ble opprettet 21. november 2007. Stiftelsen er en ideell og allmenntilgitt stiftelse som har som formål å forvalte gaver og fond ved foretaket i forbindelse med virksomhet knyttet til barn og barns sykdommer. Stiftelsen yter økonomiske bidrag til prosjekter vedrørende forskning, kompetanseheving blant tilsatte og aktiviserende og trivselsfremmende tiltak for barnepasienter i sykehuset.

Stiftelsen hadde per oktober 2015 en egenkapital på 24 millioner kroner og bevilget samme år 3,3 millioner kroner til ulike tiltak hvorav 2 millioner til aktivitet og trivsel og 1,3 millioner til forskning og utvikling. Stiftelsens samlede driftskostnader er bare kostnadene den har til regnskapsfører og revisor. Stiftelsens styre mottar ikke honorar og Barnestiftelsen får sine juridiske forhold og kapitalforvaltning utført kostnadsfritt av styreleders advokatfirma (Wiersholm).

Styret i Oslo universitetssykehus er Barnestiftelsens representantskap og velger i den egenskap stiftelsens styre. Etter fire år er styret nå på valg. I vedtektene fremgår det at styret skal bestå av tre til fire medlemmer, som bør ha forskjellig bakgrunn og kompetanse, herunder kompetanse som er relevant for forvaltningen av stiftelsens midler og kompetanse knyttet til barns sykdommer. Videre er det krav om at styremedlemmene skal være uavhengige av mottakere av stiftelsesmidler og av helseforetakets eiere.

Dagens styre består av:

Erik Thyness som er styreleder, advokat, partner i advokatfirmaet Wiersholm.

Sverre Olaf Lie som er styremedlem, barnelege, tidligere leder for Barneklubben på Rikshospitalet og professor ved UiO

Kristin Helene Jahre Ramm som er sorenkriver i Asker og Bærum tingrett.

Sammensetningen av styret har fungert godt. Alle tre medlemmer er villige til å fortsette i styret.

På denne bakgrunn foreslås at styret for Barnestiftelsen gjenvelges for perioden 1. januar 2016 til 31. desember 2019.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 17. desember 2015

Saksbehandler: Direktør Oslo sykehusservice

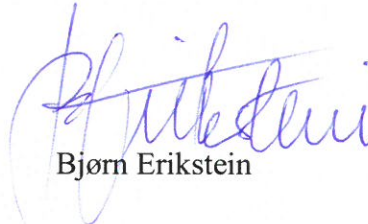
Vedlegg: Kartskisse

SAK 81/2015 SALG AV SOGNSVEIEN 9 A OG 9 B

Forslag til vedtak:

1. *Styret anbefaler salg av eiendommene Sognsveien 9 A, gnr 47 bnr 342 i Oslo kommune og Sognsveien 9 B, gnr 47 bnr 340 i Oslo kommune.*
2. *Styret ber administrerende direktør formidle salgsanbefalingene til Helse Sør-Øst RHF for vedtak i foretaksmøtet.*

Oslo, den 10. desember 2015



Bjørn Erikstein

Sammendrag

I denne saken fremmes forslag til samlet salg av Sognsveien 9 A og 9 B, som vil kunne realiseres i 2016.

Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

Sognsveien 9 A og 9 B som her foreslås solgt, brukes ikke til sykehusets kjernevirksomhet. Med begrensninger relatert til fremtidig bruk inngår ikke eiendommene ikke i planene for videre areal utvikling ved sykehuset.

Salget inngår i Oslo universitetssykehus HF sin strategi for å bedre likviditetssituasjonen ved foretaket og for å bedre resultatet.

Et samlet salg av eiendommene vil øke salgsværdien. Salg med tilbakeleie av de lokalene som er i bruk i dag i 9 B vil derfor være økonomisk gunstig.

Salget er i overensstemmelse med Helse Sør-Øst RHF sin strategi om arealeffektivisering ved å avhende eiendommer som ikke er nødvendig for foretakets virksomhet og strategiske planer.

Foretaket vil søke å oppnå høyest mulig pris i markedet og vil forholde seg til styrevedtak i Helse Sør-Øst RHF (sak 022-2207 og 093-2009) slik at frigjorte midler skal benyttes til nedbetaling av gjeld eller til investeringer. Berørte kommuner vil bli informert før salg avsluttes.

Administrerende direktør ber om at styret slutter seg til salg av eiendommene og at forslaget sendes Helse Sør Øst RHF for behandling i foretaksmøtet.

Faktabeskrivelse

Sognsveien 9 A gnr 47 bnr 342 er bebygd med en vernet murvilla samt noe midlertidig bebyggelse. Sognsveien 9 B gnr 47 bnr 340 ligger nord for denne igjen, se vedlagt kartskisse.

Eiendommene utgjør ikke aktuelt utviklingsområde for Ullevål sykehus, og arealene inngår ikke i noen av løsningsalternativene som omtales i Idefase Oslo universitetssykehus. Samlet tomteareal utgjør 8 768 kvadratmeter og bebygd areal er omlag 4 000 kvadratmeter. Bygningene har en sentral beliggenhet ved ettertraktede bo-områder og nært Oslo sentrum. Det antas at muligheten for utvikling til boligformål er stor i dette attraktive området.

Sognsveien 9 A er et bygg på 2 771 kvadratmeter. Oslo universitetssykehus er hjemmelshaver. Bygningen ble oppført i 1919 som overlegebolig, og bygningen er vernet eksteriørt samt interiørt, som begrenser fremtidig utvikling av eiendommen. Eksisterende regulering er til offentlig formål. Sannsynlig fremtidig bruk er bruksendring til bolig sammen med 9 B, eventuelt kontor. På eiendommen står det også en midlertidig bebyggelse med i alt 24 hybler som

tidligere ble brukt til avrusning. Bygningene står ubrukt etter at Klinikk psykisk helse og avhengighet flyttet ut i september 2013.

Sognsveien 9 B er et bygg på 1 319 kvadratmeter. Helseforetaket er hjemmelshaver. Bygningen ble oppført i 1919 som boliger, og eiendommen er regulert til boligformål. Den ble tidligere benyttet av Klinikk psykisk helse og avhengighet, og benyttes nå av Eiendomsavdelingen som kontorer.

Ved salg av 9 B legger vi til grunn tilbakeleie av lokalene vi benytter i dag til uendrede kostnader, det vil si som dagens driftskostnader. Salg og tilbakeleie vil være for en kortere periode, i inntil 3 år, til ny eier omregulerer eiendommene, eller Oslo universitetssykehus ikke lenger har bruk for lokalene. Oslo universitetssykehus er i dialog med Sintef om å leie kontorareal i Forskningsveien 1. Foretaket har i allerede i dag gunstige leiearealer i Forskningsveien 1, og vil kunne flytte flere ansatte inn i bygget ved å leie en ledig fløy ved behov.

Verdivurdering

Eiendommene ble i 2014 verdivurdert hver for seg til henholdsvis 31 millioner kroner for Sognsveien 9 A og 25 millioner kroner for 9 B, basert på eksisterende regulering og utnyttelse. Eiendommene grenser til hverandre, og et samlet salg som utviklingsseiendom vil kunne åpne for en betydelig gevinst i forhold til separate salg. Bokført verdi av eiendommene er 9,5 millioner kroner.

Videre saksgang

Salg av fast eiendom verdsatt til 10 millioner kroner eller mer er regulert i helseforetaksloven § 31 jf. § 10. Vedtak om salg av fast eiendom treffes av foretaksmøtet i Oslo universitetssykehus HF etter forslag fra styret.

Vedlegg

Kartskisse som viser Sognsveien 9 A gnr 47 bnr 342 og Sognsveien 9 B gnr 47 bnr 340.



Kart og bilder er Oslo kommune, Plan- og bygningssetaten

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

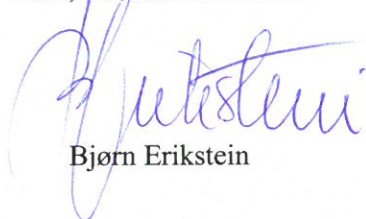
Dato møte:	17. desember 2015
Saksbehandler:	Viseadministrerende direktør økonomi og finans
Vedlegg:	<ol style="list-style-type: none">1. Framtidens Oslo universitetssykehus, idéfase, konkretisering etter høring, versjon 0.92. Delrapport fysiske løsninger desember 20153. Idéfase Regional sikkerhetsavdeling med tilgrensende funksjoner, versjon 0.94. Idéfaserapport Radiumhospitalet, versjon 0.9

**SAK 82/2015 IDÉFASE OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF,
KONKRETISERING ETTER HØRING**

Forslag til vedtak:

1. Styret ber om at «Idéfase Oslo universitetssykehus, konkretisering etter høring» fremmes for endelig behandling i styremøtet 28. januar 2016, med sikte på etterfølgende oversendelse til Helse Sør-Øst RHF.
2. Styret ber videre om at idéfaserapporten for Regional sikkerhetsavdeling med tilgrensende funksjoner og idéfaserapporten Radiumhospitalet inngår i en samlet behandling på idéfasenivå, men anbefales deretter ført videre som egne konseptfaser.

Oslo, 10. desember 2015



Bjørn Erikstein

1. Sammendrag

Arealutviklingsplanen av desember 2011 dannet sammen med Oslo universitetssykehus strategi 2013-2018 grunnlaget for oppstart av idéfasearbeidet i 2013. Idéfaserapport, versjon 1.0 ble ferdigstilt etter styrebehandling i juni 2014, og sendt på høring. Nesten 70 høringsuttalelser kom inn, og dannet grunnlag for utarbeiding av Idéfase, versjon 2.0. Rapporten i versjon 2.0 medtar innspill fra høringsuttalelsene, samt anbefalinger fra en ekstern kvalitetssikring, gjennomført høsten 2014. Høringsuttalelsene førte til at antall utredede alternativer ble redusert bl.a. ved at full samling på Gaustad under navnet «Campus Oslo» ble forlatt. Videre ble det som et resultat av både evaluering, kvalitetssikring og høring besluttet at alternativene med full samling på Ullevål, full samling Gaustad Øst, og tung utbygging nord for Rikshospitalet og Gaustad sykehus ble lagt til side.

I styrets behandling av videre arbeid med idéfasen etter høring 9. april 2015, ble følgende forhold vektlagt:

Ett nytt alternativ ble konkretisert: Delvis samling Gaustad sør kombinert med et lokalsykehus utenfor Gaustad-området er utredet. Dette alternativet gir mer enn en halvering av utbyggingsbehovet på Gaustad sammenlignet med full samling.

Delt løsning mellom Gaustad og Ullevål med lokalsykehus- og akuttfunksjoner inkludert multitraume på Ullevål er utredet.

I tillegg ble det pekt på behovet for å utrede lokalsykehusfunksjonen og en egen kreftutredning primært knyttet til å vurdere funksjoner lokalisert til Radiumhospitalet på mellomlang og/eller lang sikt (minst i de neste 15 år).

Dette dannet utgangspunkt for en videreføring av idéfasen etter høring med tilleggsutredninger knyttet til kreftområdet og til lokalsykehus, og deretter en konkret etappeanalyse med vekt på konkretisering av innholdet i første etappe. Arbeidet benevnes «Idéfase Oslo universitetssykehus, konkretisering etter høring».

På bakgrunn av styrets vedtak 9. april og de utredningene som er foretatt i idéfase Oslo universitetssykehus foreligger det nå reelt sett tre alternative framtidige målbilder for bygningsmassen i Oslo universitetssykehus HF. Disse er prinsipielt ulike både når det gjelder fysisk struktur og tilhørende konsekvenser for organisering og lokalisering av sykehusets funksjoner:

- 0-alternativet innebærer å forbli på dagens lokalisasjoner med oppgradering av dagens bygg og bare nybygg for å dekke behovet for økt kapasitet.
- I Alternativ 2, delt løsning mellom Ullevål og Gaustad, vil Ullevål være en kombinasjon av lokalsykehus for alle bydeler Oslo universitetssykehus har ansvaret for, et områdesykehus for store deler av den kirurgiske virksomheten, samt regionsykehus med spisset akuttvirksomhet inkludert multitraume.

- I Alternativ 3, delvis samling på Gaustad, utvikles et regionssykehus med ansvar for tre bydeler og som derfor har både lokale, område-, region- og nasjonale funksjoner. Akuttfunksjonen med multitraume legges til dette sykehuset. I tillegg foreslås det etablert et lokalsykehus for tre av Oslo universitetssykehus seks bydeler mest trolig på Aker.

Ekstern kvalitetssikring foreligger medio januar 2016 og vil sammen med idéfaserapporten danne grunnlaget for endelig styrebehandling.

2. Tidligere sentrale vedtak i styret i saken

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 HF skulle ta utgangspunkt i Arealutviklingsplan 2025. Videre ble det besluttet at fag- og virksomhetsstrategi for Oslo universitetssykehus HF skulle utgjøre det faglige grunnlaget for planleggingsarbeidet i idéfasen.

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 Sør-Øst 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 tidshorison er av en slik art at den må kunne sies å ligge på grensen av det som normalt vil være omfattet av en ordinær Idéfase. Styret legger til grunn at realisering og videre utvikling av Oslo universitetssykehus HF uansett vil kreve en trinnvis prosess med flere enkeltprosjekter som må planlegges innenfor en helhetlig*

ramme og retning. Det forutsettes at idéfasemandater for enkeltprosjekter som foreslås på basis av dette arbeidet forelegges Helse Sør-Øst RHF for 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.*

Styret i Oslo universitetssykehus HF vedtok enstemmig i styremøte 26. juni 2014 i sak 35/2014 følgende:

1. *Styret tar rapport fra Idéfase Oslo universitetssykehus – 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 styret etter at høringsrunden er avsluttet.*

Styret i Oslo universitetssykehus HF vedtok enstemmig i styremøte 18. desember 2014 i sak 69/2014 Idéfase Oslo universitetssykehus – Campus Oslo, følgende:

1. *Styret tar redegjørelsen om Idéfase Oslo universitetssykehus-Campus Oslo til orientering.*
2. *Styret ber om at det i idéfaserapporten innarbeides en plan for det videre arbeid med en fremtidsrettet løsning for utviklingen av Oslo universitetssykehus. Planen skal ta hensyn til resultatene av ekstern kvalitetssikring og høring, med spesiell vektlegging av lokalsykehusfunksjonen. Alternativene "Full samling på Ullevål" og "Gaustad Øst" utredes ikke videre nå. Bearbeidet rapport, inkludert plan for det videre arbeid, herunder for virksomheten, legges fram i neste styremøte.*

Styret i Oslo universitetssykehus vedtok i styremøte 9. april 2015 i sak 20/2015 Idéfase Oslo universitetssykehus følgende:

1. *Styret ber administrerende direktør slutføre arbeidet med Idéfase Oslo universitetssykehus i 2015 konsentrert om følgende alternativer:*
 - *0-alternativet.*
 - *Et alternativ der virksomheten er delt mellom to lokaliseringer, Gaustad sør og Ullevål.*
 - *Delvis samling Gaustad sør.*

Styret ber i tillegg om at de tre alternativene beskriver hvordan en lokalsykehusfunksjon eventuelt kan skilles ut herunder skissere:

- *Virksomhetsbeskrivelse for et slikt lokalsykehus.*
 - *Konsekvensene for virksomheten i resten av Oslo universitetssykehus knyttet opp mot de tre alternativene.*
2. *Styret ber administrerende direktør om å gjennomføre en utredning av organiseringen av kreftområdet som en del av idéfasearbeidet, herunder en vurdering av bygningsmessige forhold.*
 3. *Idéfaserapport, versjon 2.0, med justert kapittel 1 og 10 fremlagt i denne saken, skal legges til grunn for det videre idéfasearbeidet i 2015. Resultatet fra idéfasearbeidet i resten av 2015 beskrives i et eget dokument. Samlet skal dette gi grunnlag for retningsvalg og hva som utgjør en første etappe inklusiv det virksomhetsmessige innholdet.*
 4. *Styret ber administrerende direktør på grunnlag av det samlede idéfasearbeidet om å legge frem forslag til plan for idé-/konseptfase for Oslo universitetssykehus HF til styremøtet i desember 2015. Denne planen skal inneholde forslag om en første etappe for de aktuelle alternativene, herunder en beskrivelse av virksomhetsinnhold for alle tre alternativene.*
 5. *Styret ber administrerende direktør sikre god kommunikasjon og dialog både internt og eksternt om prosjektet. Herunder forventes det at styret holdes orientert om fremdriften.*

Styret i Oslo universitetssykehus vedtok i styremøte 30. april 2015 i sak 29/2015 Organisering av kreftområdet inkludert bygningsmessige vurderinger følgende:

1. *Styret legger til grunn av kreftområdet ikke blir hovedelementet i en første etappe for utbygging av Oslo universitetssykehus og at dette innebærer aktivitet på Radiumhospitalet i minst 15 år fremover.*
2. *Styret ber om at utredning av nytt klinikkbygg ved Radiumhospitalet samkjøres med organisasjonsgjennomgangen av kreftområdet og idéfasearbeidet og tar til etterretning at dette arbeidet vil bli gitt som gave til Oslo universitetssykehus.*

Styret i Oslo universitetssykehus vedtok i styremøte 25. september 2015 i sak 58/2015 Status for mottak av gave: Skisse til klinikkbygg på Radiumhospitalet følgende:

1. *Styret anerkjenner gaven i form av skisse til nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet og vil rette takk til giverne.*

2. *Styret ber om at det med utgangspunkt i skisseforslaget etableres en egen idefase for et nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet som sammenholdes med planene for vedlikehold av bygningsmassen og med arbeidet med idefase for hele foretaket.*

Styret i Helse Sør-Øst RHF vedtok følgende i styremøte 22. oktober 2015 i sak 66/2015 Oppstart Idefase nytt klinikkbygg ved Radiumhospitalet:

1. *Styret i Helse Sør-Øst RHF godkjenner oppstart av idefase for nytt klinikkbygg ved Radiumhospitalet.*
2. *Styret legger til grunn at idefasearbeidet baseres på veilederen for tidligfaseplanlegging av sykehusbygg. Det betyr blant annet at det skal utarbeides et mandat for arbeidet. Mandatet må forelegges Helse Sør-Øst RHF og skal være avstemt med det øvrige planleggingsarbeidet ved Oslo universitetssykehus HF.*
3. *I henhold til føringer gitt fra Helse- og omsorgsdepartementet og i oppdragsdokument fra Helse Sør-Øst RHF, skal Sykehusbygg HF benyttes i alle planleggingsfaser for prosjekter over 500 millioner kroner. Dette gjelder også for denne idefasen.*

Arbeidsprosessen i 2015 har tatt utgangspunkt i de hovedpunktene som kommer frem i styrevedtakene som er omtalt ovenfor

3. Faktabeskrivelse

Oslo universitetssykehus trenger nye sykehusbygg fordi store deler av bygningsmassen er gammel og dårlig, og det er behov for å samle virksomhet for å oppnå bedre kvalitet og effektivitet i pasientbehandlingen og for å møte en betydelig befolkningsvekst. Vedlagte rapport slutfører arbeidet med idéfasen i tråd med styrets beslutninger. Rapporteringen fra det samlede idéfasearbeidet består dermed av idéfaserapport versjon 2.0, som ble forelagt styret 9. april 2015 og foreliggende rapport med vedlegg.

Styrets vedtak i april 2015 er fulgt opp med omfattende prosesser og utredninger knyttet til følgende områder:

- Redusere utbyggingen i Gaustad-området
- Utrede kreftområdet
- Utrede lokalsykehus
- Etappeutredning med sikte på å kunne anbefale innholdet i første etappe knyttet til de ulike alternativene for framtidig målbilde.
- Revidering av idéfaseutredning for Regional sikkerhetsavdeling og egen idéfase for Radiumhospitalet
- Ny vurdering av innholdet i «Delt løsning»

Alle utredningene tar utgangspunkt i sykehusets nåværende virksomhetsinnhold og inneholder en virksomhetsmessig beskrivelse.

I tråd med styrets vedtak er det utarbeidet modeller for lokalisering av kreftvirksomheten i Oslo universitetssykehus med vekt på aktiviteten på Radiumhospitalet. En egen idéfaserapport for bygningene på Radiumhospitalet er utarbeidet med utgangspunkt i kreftutredningen og et privat forslag til et nytt klinikkbygg. Modellene for kreftorganisering anbefales bearbeidet videre i konseptfasen for Radiumhospitalet sammen med to fysiske alternativer: "0-alternativet" og ett alternativ som innebærer å etablere et nybygg på 30 000 kvm som erstatter deler av dagens bygningsmasse, samt å oppgradere gjenværende arealer som er nødvendige for en helhetlig løsning.

Regional sikkerhetsavdeling ligger i dag på Dikemark i bygg som ikke vurderes som levedyktige på sikt. Nybygg er derfor forutsatt også i 0-alternativet. Flere mulige lokaliseringalternativer for Regional sikkerhetsavdeling med tilgrensende funksjoner er vurdert. Tre alternativer anbefales videreført til konseptfase: Ila syd, Dikemark og Gaustad nord. Egen idéfaserapport er utarbeidet. Arealbehovet for regional sikkerhetsavdeling inklusive tilbudet til psykisk utviklingshemmede, autister og lokal sikkerhetsavdeling (tilgrensende funksjoner) er i størrelsesorden 18 000 kvm.

Det er utredet ulike varianter av lokalsykehus under forutsetning av at deler av disse funksjonene i Oslo universitetssykehus skilles fra de regionale og nasjonale funksjonene. Det anbefales at et eventuelt eget lokalsykehus i Oslo universitetssykehus omfatter både lokal og områdefunksjoner, og et bredt spekter av tjenester innen blant annet indremedisin, akuttkirurgi og psykisk helse og avhengighet.

Tre hovedalternativer for fremtidens Oslo universitetssykehus er beskrevet, beregnet og evaluert i tråd med styrets vedtak i april 2015:

- Alternativ 1, 0-alternativet,
- Alternativ 2, delt løsning mellom Ullevål og Gaustad
- Alternativ 3, delvis samling på Gaustad med lokalsykehus.

Idéfasene for Radiumhospitalet og Regional sikkerhetsavdeling med tilgrensede funksjoner inngår likt i både Alternativ 2 og Alternativ 3.

Alternativ 1, 0-alternativet, innebærer å forbli på dagens lokalisasjoner med oppgradering av dagens bygg og kun nybygg for å dekke behovet for økt kapasitet. Investeringskostnaden er i størrelsesorden 26 milliarder kroner

I Alternativ 2, delt løsning mellom Ullevål og Gaustad, vil Ullevål sykehus være en kombinasjon av lokalsykehus for alle bydeler Oslo universitetssykehus har ansvaret for, et områdesykehus for store deler av den kirurgiske og indremedisinske virksomheten, samt regionsykehus med spisset akuttvirksomhet inkludert multitraume. Hovedandelen av sykehusfunksjonene innen psykisk helse og avhengighet samles i dette alternativet på Ullevål. På Gaustad vil regionfunksjoner og nasjonale funksjoner som ikke har avhengighet til

traumevirksomheten samles samt funksjoner for barn inkl. spesialsykehuset for epilepsi. To aktuelle første etapper skisseres for dette alternativet: Enten nybygg på Gaustad eller nybygg på Ullevål. Investeringsanslaget for Alternativ 2 er i størrelsesorden 34 milliarder kroner

I Alternativ 3, delvis samling på Gaustad, utvikles et regionsykehus med ansvar for tre bydeler og som derfor har både lokale, område-, region- og nasjonale funksjoner. Akuttfunksjonen med multitraume legges til dette sykehuset. I tillegg etableres det et lokalsykehus for tre av Oslo universitetssykehus HFs seks bydeler mest trolig på Aker. To aktuelle første etapper anbefales; enten nybygg for både akuttfunksjoner og lokalsykehus på Gaustad, eller lokalsykehus på Aker. Investeringsanslaget for Alternativ 3 er i størrelsesorden 38 milliarder kroner.

Det er gjennomført analyser av økonomisk bærekraft av alle variantene. Det er tatt utgangspunkt i forutsetningene fra Økonomisk langtidsplan 2016-2019(-35) som ble behandlet av styret i april i år. Disse analysene viser at både alternativ 2 og 3 har økonomisk bærekraft når rimelige forutsetninger om effektiviseringsmuligheter legges til grunn. 0-alternativet er derimot ikke økonomisk bærekraftig. Rapporten med disse analysene er nå sendt til ekstern kvalitetssikring som vil foreligge medio januar 2016 og som sammen med idéfaserapporten vil danne grunnlaget for endelig styrebehandling.

4. Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

Administrerende direktør vil peke på at prosjektet i løpet av en relativt komprimert prosjektperiode etter vedtakene 9. april i år, har gjennomført godt og konsistent arbeid for å utrede de forskjellige alternativene for videre utvikling av Oslo universitetssykehus.

På bakgrunn av styrets vedtak 9. april og de utredningene som er foretatt i idéfase Oslo universitetssykehus foreligger det nå reelt sett tre alternative framtidige målbilder for bygningsmassen i Oslo universitetssykehus HF. Disse er prinsipielt sett ulike både når det gjelder fysisk struktur og tilhørende konsekvenser for organisering og lokalisering av sykehusets funksjoner. Før større byggeprosjekter settes i gang må sykehuset ta stilling til hvilke av disse alternativene for framtidig målbilde som skal legges til grunn.

Med forbehold om innhold i ekstern kvalitetssikring som vil foreligge medio januar 2016, er administrerende direktørs vurdering av disse alternativene slik:

0-alternativet bygger på å videreføre dagens struktur, bygge om, oppgradere og i tillegg øke kapasiteten gjennom noe nybygg. Byggenes og strukturenes lite framtidsrettede form blir imidlertid videreført, selv om byggene utbedres med hensyn til lovkrav og det bygges noe nytt for å øke kapasiteten. 0-alternativet vurderes derfor som lite hensiktsmessig for å møte framtidige utfordringer for Oslo universitetssykehus. Dette gjelder både i forhold til kvalitet og tilgjengelighet i pasientbehandlingen, arbeidsvilkår for ansatte og mulighetene for å oppnå god og effektiv drift. Gjennomføres dette alternativet vil gjennomsnittsalderen på byggene i Oslo universitetssykehus HF være 55-60 år på midten av 2030-tallet selv etter at det er investert om

lag 26 mrd kroner i sykehusbygg. Videre viser bærekraftanalysene at dette alternativet ikke er økonomisk bærekraftig på grunn av små muligheter for effektivisering av driften og små muligheter for eiendomssalg.

I Alternativ 2, delt løsning, vil virksomheten i Oslo universitetssykehus HF i større grad enn nå samles på Gaustad/Rikshospitalet og på Ullevål. Ullevål sykehus blir som nevnt ovenfor lokal- og akutt sykehuset med akutttilknyttede regionfunksjoner inkludert multitraume, mens Rikshospitalet/Gaustad blir region- og landssykehuset med hovedvekt på elektive- og noen «sub-akutte» funksjoner inkludert barn. Administrerende direktør vurderer at dette gir forbedringer sammenlignet med 0-alternativet, men Oslo universitetssykehus HF vil med denne løsningen fortsatt ha en betydelig geografisk oppdeling av spissede kompetansemiljøer, trolig stort omfang av doble vaktlag og en viss grad av dublering av kostbart utstyr på mange områder. Dessuten vil gjennomføringen med langvarig bygging tett på sykehus i drift (Ullevål) bli svært krevende for pasienter og ansatte.

I Alternativ 3, delvis samling, blir det også to tyngdepunkter, men med en annen funksjonsdeling og trolig også annen lokalisering enn under delt løsning. I dette alternativet blir det en samling av lands- og regionfunksjonene og lokalsykehusfunksjoner for to-tre bydeler på Rikshospitalet/Gaustad. I tillegg foreslås det et bredt sammensatt lokalsykehus for somatikk samlokalisert med hovedtyngden av funksjonene innenfor psykisk helse og avhengighetsbehandling, trolig lokalisert på «Aker-tomta», sammen med Helsearena Aker, eventuelt et diagnostisk senter, og muligens storbylegevakt. Administrerende direktør vurderer at dette vil gi betydelige forbedringer sammenlignet med 0-alternativet, men også sammenlignet med Alternativ 2, delt løsning da man ved gjennomføring av dette alternativet kan samle spissede kompetansemiljøer og i større grad samle vaktlag og unngå dublering av kostbart utstyr. Den reguleringsmessige usikkerheten er imidlertid en risiko knyttet til dette alternativet som det må arbeides videre med å redusere.

Administrerende direktør vil også vise til at evalueringen av alternativene peker i retning av at Alternativ 3 er å foretrekke ut fra de kvalitative kriteriene. Men samtidig er dette alternativet det som krever høyest investering. Driftsmessig forventes investeringen å kunne bli veiet opp gjennom en mer driftseffektiv struktur enn for de to andre alternativene. Usikkerhet knyttet til gjennomføringen er betydelig i alle alternativene.

I tillegg til 0-alternativet er det i de andre alternativene til sammen 6 mulige første etapper som er beskrevet og evaluert.

I Alternativ 2 er det enten å begynne på Ullevål først, eller å begynne med nybygg for barn og kvinner på Gaustad. Disse kommer relativt likt ut, men dersom det satses videre på Ullevål som «akutt sykehuset», vurderer administrerende direktør at det vil det være mest naturlig å legge tyngdepunktet i en første etappe der.

I Alternativ 3 er det 4 muligheter, hvorav to synes gode og interessante

«kandidater»: Starte på Gaustad med akutfunksjoner på både regional- og lokalt nivå det vil si multitraume sammen med tilknyttede regionsfunksjoner og lokalsykehusfunksjoner for tre bydeler, eller å starte med et eget lokalsykehus på Aker. Den første tilnærmingen vil samle en del funksjoner som i dag er delt, mens å starte med et eget lokalsykehus vil spre funksjoner mer enn i dag. Med det utgangspunktet Oslo universitetssykehus HF har med mange spredte funksjoner som driftsmessig utfordring, vurderer administrerende direktør at det er det mest hensiktsmessig å starte med å samle funksjoner. Videre vil disse spissede kompetansemiljøene samt lokalsykehusfunksjonen for 2-3 bydeler i dette alternativet ligge tett sammen med sentrale universitetsfunksjoner som blant annet preklinisk institutt, det nye Life Science-bygget og Forskningsparken med de mulighetene det gir innen forskning og medisinsk utvikling. Dette er bakgrunnen for at sykehusets Scientific Advisory Board støtter denne løsningen.

Videre gir denne løsningen muligheten til å utnytte den samlede kapasiteten på dagens Rikshospital bedre ved at regions- og landsfunksjoner samlokaliseres med et visst volum av lokalsykehuspasienter, det vil si at sykehuset også har et primæropptaksområde. Dette kan fungere som en kapasitetsmessig buffer og er slik det gjøres på alle de øvrige regionssykehusene i Norge og i stor grad internasjonalt.

Samtidig vil et nytt stort lokal- og områdesykehus på Aker sammen med en stor samhandlingsarena og mulig storbylegevakt gi gode muligheter for utvikling av dette sykehuset som et stort og godt lokalsykehus med tett samarbeid med Oslo kommune.

Administrerende direktør vil videre vise til at det for Radiumhospitalet og Regional sikkerhetsavdeling med tilgrensende funksjoner er levert egne idéfasedokumenter. Disse virksomhetene er håndtert likt i alle alternativene og administrerende direktør mener derfor det ligger til rette for å anbefale å gå direkte videre med konseptfase forutsatt forutgående godkjenning i Helse Sør-Øst RHF.

Administrerende direktør vil videre vise til at for Radiumhospitalet er det også tatt opp muligheten for OPS (Offentlig Privat Samarbeid) som finansieringsform, blant annet av det private initiativet for et nytt klinikkbygg. Administrerende direktør ser at en slik finansieringsform kan medføre en raskere gjennomføring av prosjektet og mener derfor at dette bør tas opp med Helse Sør-Øst RHF når idefaserapporten oversendes.

På bakgrunn av at tilbakemelding fra den eksterne kvalitetssikringsgruppen ikke vil foreligge før i januar, vurderer imidlertid administrerende direktør det som mest korrekt på dette tidspunkt å anbefale at den endelige behandlingen av saken skjer i styremøtet 28. januar 2016.

Administrerende direktør har lagt til grunn at Helse Sør-Øst RHF ønsker en samlet anbefaling fra styret og oversendelse fra idéfasearbeidet, herunder anbefalinger når det gjelder Radiumhospitalet og Regional sikkerhetsavdeling med tilgrensende funksjoner. Det legges derfor opp til at

også disse delutredningene legges fram i styremøtet 28. januar neste år som en del av en samlet behandling av hele idéfasearbeidet. Etter godkjenning i Helse Sør-Øst bør disse to delutredningene kunne kjøres raskt videre som separate prosjekter.

Framtidens OUS, Idéfase

Konkretisering etter høring

Desember 2015

Versjon 0.9

Innholdsfortegnelse

0	Hovedoppsummering	6
1	Sammendrag	7
1.1	Bakgrunn, prosess og premisser	7
1.2	Kreftområdet	8
1.3	Idéfase Radiumhospitalet	9
1.4	Revidert idéfase for Regional sikkerhetsavdeling i tilgrensende funksjoner	11
1.5	Lokalsykehus	12
1.6	Ny analyse av Alternativ 2, delt løsning	12
1.7	Etappevis utvikling	13
1.8	Mulighetsstudier og fysiske løsninger	15
1.9	Økonomiske analyser	18
1.10	Evaluering	20
1.11	Plan for videre arbeid – neste fase	21
2	Bakgrunn, mandat og arbeidsprosess	23
2.1	Innledning	23
2.2	Idéfasens del 1, 2013-2014 og høringsprosessen	23
2.3	Mandat basert på OUS' styrebehandling i april 2015	23
2.4	Arbeidsprosess i 2015	24
2.5	Involvering og forankring	27
2.6	Metode og forholdet til «Veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter»	28
3	Virksomhetsavklaringer, perspektiver, dagens virksomhet og fremtidig arealbehov	29
3.1	Oslo sykehusområde	29
3.2	Nasjonal helse- og sykehusplan	29
3.3	Pasientperspektivet	30
3.4	Samspill somatikk og psykisk helse- og avhengighetsbehandling	30
3.5	Avhengigheter	30
3.6	Virksomhetsmodeller i Idéfasens alternativer	34
3.7	Koordinering med Oslo kommunes utredning av storbylegevakt	36
3.8	OUS' virksomhet på de ulike lokalisasjoner i dag	37
3.9	Aktivitet, kapasitet og areal	39
4	Kreftområdet i OUS	41
4.1	Forståelse av oppdraget	41
4.2	Dagens situasjon	41

4.3	Forventet utvikling av fag og forskning	41
4.4	Avhengigheter – innen kreftbehandling og til andre fag.....	42
4.5	Kreftoppgaver ved lokalsykehus.....	43
4.6	Kreftvirksomhet utenfor hovedsykehuset.....	44
4.7	Driftsmessige tiltak uten behov for større endringer	44
4.8	Forslag til fremtidig lokalisering av funksjoner innen kreftområdet i OUS	45
4.9	Oversikt over modeller og sengebehov.....	46
4.10	Begrunnelser for utvelgelse av modeller som grunnlag for videre utredning.....	48
4.11	Vurdering av modellene	48
4.12	Beskrivelse av forslagene.....	52
4.13	Trinnvis utvikling av fremtidige modeller og fleksibilitet	54
5	Idéfase Radiumhospitalet.....	55
5.1	Innledning.....	55
5.2	Anbefalinger	56
5.3	Usikkerhet og risiko	57
6	Lokalsykehusfunksjonen.....	58
6.1	Innledning.....	58
6.2	Virksomhetsinnhold i lokalsykehus	58
6.3	Varianter av lokalsykehus.....	59
6.4	Konsekvenser for virksomheten i resten av OUS	60
6.5	Vurdering av lokalsykehusalternativene i et virksomhetsperspektiv	62
6.6	Arealbehov for lokalsykehusvariantene	63
7	Ny analyse av Alternativ 2, Delt løsning	65
7.1	Innledning.....	65
7.2	Ullevål – en kombinasjon av regionalt akutt- og traumesenter og lokalsykehus.....	65
7.3	Gaustad – regionsykehus.....	65
7.4	Skisse til fysisk løsning	66
7.5	Kan det etableres et lokalsykehus i tillegg til virksomheten på Gaustad og Ullevål?.....	66
7.6	Skalerbarhet i delt løsning	66
8	Etappevis utvikling.....	68
8.1	Etappeinndeling - hovedprinsipper og prioriteringer.....	68
8.2	0-alternativet	70
8.3	Delvis samling Gaustad sør med lokalsykehus	72
8.4	Delt løsning mellom Ullevål og Gaustad.....	78

9	Egen revidert idéfaseutredning for Regional sikkerhetsavdeling med tilgrensende funksjoner	83
9.1	Bakgrunn, mål, mandat, organisering og rammer for arbeidet.....	83
9.2	Identifisering og avgrensing ift utviklingsplan og investeringsplan. Overordnede krav og føringer. ...	83
9.3	Interessentanalysen.....	85
9.4	Dimensjonerende forutsetninger, forutsetninger for endring	86
9.5	Arealbehov RSA med tilgrensede funksjoner	86
9.6	Dagens situasjon / 0-alternativet	86
9.7	Evaluering	86
9.8	Investeringskostnad.....	88
9.9	Tid til ferdigstilling.....	88
9.10	Samlet evaluering	88
10	Mulighetsstudier og fysiske løsninger	90
10.1	Videre arbeid med fysiske løsninger i tilleggsutredningen.....	90
10.2	Tiltak som skal gjennomføres i flere alternativer	90
10.3	Byggetiltak i Alternativ 1, 0-alternativet.....	91
10.4	Nye bygg i Alternativ 2 – delt løsning	97
10.5	Fysisk løsning for Alternativ 3 – delvis samling.....	100
11	Økonomiske analyser samlet og for første etappe	109
11.1	Investeringskostnader	109
11.2	Realisering av verdier	118
11.3	Økonomiske bæreevne / driftsøkonomi.....	120
11.4	Nåverdiberegning av alternativene	130
11.5	Gevinstrealisering	131
11.6	Samfunnsøkonomiske perspektiver	131
12	Evaluering av alternativene	133
12.1	Om evalueringsprosessen.....	133
12.2	Evalueringskriterier	133
12.3	Grovsortering.....	134
12.4	Kvalitativ evaluering	134
12.5	Kvalitativ evaluering av samlet målbilde 2030-2040.....	136
12.5	Overordnet kvalitativ evaluering av første etapper i lys av prosjektutløsende behov.....	142
12.6	Kvalitativ evaluering av løsninger for første etappe i Alternativ 2	145
12.7	Kvalitativ evaluering av løsninger for første etappe i Alternativ 3	146
12.8	Økonomisk evaluering	148

12.9	Gjennomføringsrisiko	149
12.10	Samlet vurdering	151
13	Plan for videre utredning og planlegging av neste fase	154
13.1	Hva foreslås å inngå i neste fase.....	154
13.2	Prosjekt og prosjekter.....	154
13.3	Hensikt – mål og rammer	155
13.4	Grensesnitt	157
13.5	Suksesskriterier og kritiske suksessfaktorer	158
13.6	Foreløpige rammebetingelser samt grunnlagsdokumenter	158
13.7	Innhold og arbeidsomfang i konseptfasen – hovedleveranse	159
13.8	Prosjektstrategi – plan for gjennomføring.....	160
13.9	Strategi for styring av usikkerhet.....	164
13.10	Organisering, styring og ansvarsdeling	166
13.11	Prosjektstyringsbasis	167
	Forkortelser og begrepsforklaringer	170
	Vedlegg:	171

0 Hovedoppsummering

Oslo universitetssykehus (OUS) trenger nye sykehusbygg fordi store deler av bygningsmassen er gammel og dårlig, og det er behov for å samle virksomhet for å oppnå bedre kvalitet og effektivitet i pasientbehandlingen og for å møte en betydelig befolkningsvekst. Foreliggende rapport slutfører arbeidet med idéfasen i tråd med styrets beslutning 9. april 2015 og dagens oppgaver og ansvar. Det samlede idéfasearbeidet består av idéfaserapport versjon 2.0 og foreliggende rapport med vedlegg.

I tråd med styrets vedtak er det utarbeidet modeller for lokalisering av kreftvirksomheten i OUS med vekt på aktiviteten på Radiumhospitalet. En egen idéfaserapport for Radiumhospitalet er utarbeidet med utgangspunkt i kreftutredningen og et privat initiativ. Modellene for kreftorganisering anbefales bearbeidet videre i konseptfasen for Radiumhospitalet sammen med to fysiske alternativer: "0-alternativet" og ett alternativ som innebærer å etablere et nybygg på 30.000 kvm som erstatter deler av dagens bygningsmasse, samt å oppgradere gjenværende arealer som er nødvendige for en helhetlig løsning.

Regional sikkerhetsavdeling (RSA) ligger i dag på Dikemark i bygg som ikke vurderes som levedyktige. Nybygg er forutsatt også i 0-alternativet. Flere mulige lokaliseringalternativer for RSA med tilgrensende funksjoner er vurdert. Tre alternativer anbefales videreført til konseptfase: Ila syd, Dikemark og Gaustad nord. Egen idéfaserapport er utarbeidet. Arealbehovet er i størrelsesorden 18 000 kvm.

Det er utredet ulike varianter av lokalsykehus, og det anbefales at et eget lokalsykehus i OUS omfatter både lokal og områdefunksjoner, og et bredt spekter av tjenester innen bl.a. indremedisin, akuttkirurgi og psykisk helse og avhengighet.

Tre hovedalternativer for fremtidens Oslo universitetssykehus er beskrevet, beregnet og evaluert i tråd med styrets vedtak i april 2015: 0-alternativet, Alternativ 2, delt løsning mellom Ullevål og Gaustad og Alternativ 3, delvis samling på Gaustad med lokalsykehus. Idéfasene for Radiumhospitalet og RSA med tilgrensede funksjoner inngår likt i både Alternativ 2 og Alternativ 3.

0-alternativet innebærer å forbli på dagens lokalisasjoner med oppgradering av dagens bygg og bare nybygg for å dekke behovet for økt kapasitet. Investeringskostnaden er i størrelsesorden 26 mrd. kr.

I Alternativ 2, delt løsning mellom Ullevål og Gaustad, vil Ullevål være en kombinasjon av lokalsykehus for alle bydeler OUS har ansvaret for, et områdesykehus for store deler av den kirurgiske virksomheten, samt regionsykehus med spisset akuttvirksomhet inkludert multitraume. Hovedandelen av sykehusfunksjoner innen psykisk helse og avhengighet samles på Ullevål. På Gaustad vil regionfunksjoner som ikke har avhengighet til traumevirksomheten samles. To aktuelle første etapper skisseres for dette alternativet: Enten nybygg på Gaustad eller nybygg på Ullevål. Investeringsanslaget for Alternativ 2 er i størrelsesorden 34 mrd. kr.

I Alternativ 3, delvis samling på Gaustad, utvikles et regionsykehus med ansvar for tre bydeler og som derfor har både lokale, område-, regions- og nasjonale funksjoner. Akuttfunksjonen med multitraume legges til dette sykehuset. I tillegg etableres det et lokalsykehus for tre av OUS seks bydeler mest trolig på Aker. To faktuelle første etapper anbefales; nybygg for både akuttfunksjoner og lokalsykehus på Gaustad, eller lokalsykehus på Aker. Investeringsanslaget for Alternativ 3 er i størrelsesorden 38 mrd. kr.

I evalueringen kommer Alternativ 3 bedre ut enn Alternativ 2. Begge alternativene har bærekraft, mens 0-alternativet har det ikke. Investeringsbehovet varierer i størrelsesorden 12-15 mrd. kr. for første etappe. Gjennomføringstid for første etapper varierer i området 7-10 år fra beslutning om konseptfase til ferdigstilte bygg.

1 Sammendrag

1.1 Bakgrunn, prosess og premisser

Oslo universitetssykehus (OUS) trenger nye sykehusbygg av flere grunner; den svært gamle og dårlige bygningsmassen, behovet for å samle virksomhet for å oppnå bedre kvalitet og effektivitet i pasientbehandlingen, samt en betydelig forventet befolkningsvekst. Med utgangspunkt i dette har det vært gjennomført en idéfase om framtidens OUS i et 2030-perspektiv. Foreliggende rapport gjelder slutføring av arbeidet med idéfasen i tråd med styrets beslutning 9. april 2015. Det samlede idéfasearbeidet består av idéfaserapport som ble styrebehandlet i april 2015 (versjon 2.0, datert mai 2015) og denne rapporten. Den grunnleggende delen av idéfasearbeidet med bl.a. samlet dimensjonering foreligger i rapport 2.0. Videreføringen med «konkretisering etter høring» omtaler ikke på nytt det som er opprettholdt uendret fra denne rapporten.

Rapporten i versjon 2.0 tar hensyn til innspill fra høringsuttalelsene, samt anbefalinger fra en ekstern kvalitetssikring gjennomført høsten 2014. Høringsuttalelsene førte til at antall utredede alternativer ble redusert bl.a. ved at alternativet full samling på Gaustad under navnet «Campus Oslo» ble forlatt. Videre ble det som et resultat av både evaluering, kvalitetssikring og høring besluttet at alternativene med full samling på Ullevål, full samling Gaustad Øst, og tung utbygging nord for Rikshospitalet og Gaustad sykehus ble lagt til side. Alt dette utgjør en direkte oppfølging av styrets behandling av Idéfaserapport 2.0 den 9. april 2015.

Gjennom styrets behandling i april ble også ett nytt alternativ konkretisert: Delvis samling Gaustad sør kombinert med et lokalsykehus utenfor Gaustad-området. I tillegg ble det pekt på behovet for en egen kreftutredning primært knyttet til å vurdere funksjoner lokalisert til Radiumhospitalet på mellomlang og/eller lang sikt, i.e. minimum 15 år.

Arbeidsprosessen i 2015 har tatt utgangspunkt i hovedpunktene som kommer frem i styrevedtaket:

- Utredning av ett nytt alternativ (delvis samling)
- Løsninger for lokalsykehusfunksjonen
- Utredning av kreftområdet

I tillegg er det etter vedtak i styringsgruppen den 31.08.15 i sak 28.15 gjort en fornyet utredning av alternativ 2, delt løsning (med lokalsykehus og

Forklaringer:

Alternativ 1: 0-alternativet

Alternativ 2: Delt løsning (med lokalsykehus, akutt inklusiv multitraume på Ullevål)

Alternativ 3: Delvis samling (samling av regionfunksjoner inklusiv multitraume ved Rikshospitalet sammen med lokalsykehusfunksjoner for tre bydeler). Eget lokalsykehus for tre bydeler og PHA lokaliseres utenfor regionsykehuset).

Lokalsykehus: Betegnelsen på et sykehus OUS kan plassere utenfor regionssykehuset. Lokalsykehuset omfatter her både lokal- og områdefunksjoner (eller tidligere sentralsykehusfunksjoner).

Variant: Begrep som omhandler de ulike typene lokalsykehus som er utredet.

Modell: Begrep som omhandler de ulike måtene man kan organisere kreftvirksomheten på.

Etappe: De investeringstiltakene som foreslås løst i en samlet, koordinert planprosess over en tidsperiode (de neste 6-10 år).

Tomt X: En mulig tomt i Oslo som ikke er konkret valgt eller utredet (basert på en liste over flere ulike alternative tomter og lokaliseringer meddelt fra Oslo kommune).

Figur 1 Forklaring av sentrale begreper

multitraume med tilhørende regionfunksjoner på Ullevål). Videre kommer analyse av etappeinnhold med konkretisert forslag til innhold i første etappe.

Målet for en idéfase¹ er på grunnlag av en vedtatt utviklingsplan for helseforetaket, å identifisere mulige, prinsipielle løsninger på et behov. Gjennom de foreliggende rapportene og høringsrunden høsten 2014, er det identifisert mulige prinsipielle løsninger for å løse behovene for helsetjenester, utdanning og forskning som framtidens OUS må forventes å skulle dekke ut fra det som er kjent i dag. Det er analysert både ulike virksomhetsmessige alternativer (jf. ulike virksomhetsmodeller, samt ulike virksomhetstilnærminger konkretisert både i kreftutredningen, fornyet utredning av alternativ 2, delt løsning og lokalsykehusutredningen), og ulike alternativer for å løse behovet bygningsmessig (fysiske løsninger).

Utredningen er basert på videreføring av dagens oppgaver som OUS er tillagt og dagens ansvarsfordeling innenfor Oslo sykehusområde. Helse Sør-Øst RHF (HSØ) gjennomfører samtidig en prosess for å vurdere oppgavefordelingen i Oslo sykehusområde. Eventuelle endringer som har betydning for OUS' virksomhet, bør tas hensyn til i senere faser eller etapper av utviklingsprosessen i OUS, dersom de er av en slik art at de påvirker planene.

Det er lagt vekt på en analyse der pasientperspektivet står i sentrum, gjennom likeverdige tjenester, sammenhengende pasientforløp og gode forutsetninger for fagutvikling, utdanning og forskning. Det er lagt vekt på å kunne styrke samspillet mellom somatikk og psykisk helse og avhengighetsmedisin, og mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Analyse av arealbehovet i 2030 basert pasientgrunnlaget og arealstandarder er videreført fra rapport 2.0 av mai 2015. I sum gir dette et arealbehov på 630 000 kvm for framtidens OUS, forutsatt nybygg.

Samlet arealbehov kvm brutto	Somatikk	Psykisk helse og avhengighet	I alt
Sykehusfunksjoner	475 000	55 000	530 000
Forskning og utdanning	92 000	7 000	99 000
I alt (avrundet)	567 000	62 000	Ca. 630 000

Tabell 1 Arealbehov 2030

1.2 Kreftområdet

Kreftområdet omhandles i et eget kapittel og i eget vedlegg. Etter at "Idéfase OUS" leverte sin første rapport kom det i høringsrunden en rekke innspill. En del av disse tok opp problemstillingen at kreftbehandling var for lite belyst samtidig som styret også vedtok at Radiumhospitalet skulle bestå som en sykehuslokalisasjon i OUS i minst 15 år fremover. Dette førte til at styret ba om å få en egen delutredning om hvordan kreftvirksomheten geografisk skal organiseres i et slikt tidsperspektiv. Styret ba samtidig om et virksomhetsmessig underlag for et eventuelt klinisk nybygg på Radiumhospitalet, jf. styresak 60/2015 fra styremøte i september:

¹ I samsvar med Veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter.

2. Styret ber om at det med utgangspunkt i skisseforslaget etableres en egen idéfase for et nytt klinikbygg på Radiumhospitalet som sammenholdes med planene for vedlikehold av bygningsmassen og med arbeidet med idéfase for hele foretaket.

Gjennomgangen av kreftområdet gir en fremstilling både av omfang og fordeling av de tre viktigste behandlingsformene, strålebehandling, medikamentell behandling og kirurgi. Dagens situasjon for kreftvirksomheten på Radiumhospitalet og behovet for støttefunksjoner gjennomgås særskilt. Forskningsvirksomheten er stor og betydningsfull for kreftvirksomheten i OUS og den er i svært mange tilfeller nært knyttet opp mot den kliniske virksomheten. En har derfor valgt å beskrive hele bredden i denne virksomheten. Det er også en beskrivelse av de fysiske ressurser og kapasiteter som er knyttet til diagnostisering og behandling av kreft i OUS.

Kreftområdet har et sterkt fokus fra politisk nivå og sentral helseforvaltning. Signaler og føringer som følger av dette, vil dermed være viktige for OUS både ift. virksomheten på Radiumhospitalet og den samlede kreftvirksomheten på OUS.

Rammene for OUS virksomhet knyttet til kreft vil fremover være gjenstand for betydelig utvikling. All fremtidsrettet planlegging av kreftområdet må forholde seg til dette. Det er gitt en beskrivelse av sentrale dimensjoner for utviklingen innen kreft. Denne omhandler for det første utvikling av forekomst, overlevelse og demografi. Dernest beskrives de mest sentrale utviklingstrekkene når det gjelder krav og forventninger fra pasientene. Kompetanse og kompetanseutvikling nevnes, og trekkene fremover når det gjelder diagnostikk og de sentrale behandlingsformene omtales noe mer i detalj.

Alle tiltak som kan medføre endringer i organisering og lokalisering av virksomhet knyttet til kreft møter utfordringer knyttet til avhengigheter mellom ulike diagnostiske og behandlingsmessige prosesser og tette samspill mellom ulike fagmiljø, støttefunksjoner og kliniske forskningsmiljø.

Mulige fremtidige modeller for lokalisering av kreftvirksomheten i OUS er konkretisert med hovedfokus på Radiumhospitalet. Innledningsvis gir rapporten en oppsummering av en del sentrale variabler for alle berørte kreftformer. Premisser for alternative modeller gjennomgås. Det oppsummeres hva som ligger fast i alle foreslåtte modeller og hvilke behandlinger som varierer mellom dem. Ut fra dette beskrives ni alternativer ut fra tre hovedmodeller. Etter en sykehus-intern høring er det anbefalt arbeidet videre med tre modeller:

Modell A	Få, men samlede kreftfaglige områder (brystkreft, prostatakraft, gynekologisk kreft, melanom/hudkreft- og hode-/halskreftonkologi) ved Radiumhospitalet. Lavt behov for støttefunksjoner
Modell B4	Dagens drift med all brystkreft og all lungeonkologi, men uten prostatakraft. Større behov for støttefunksjoner
Modell D	Dagens drift med all brystkreft, all lungeonkologi, delt prostatakraft, evt. testikkelkreft. Større behov for støttefunksjoner

1.3 Idéfase Radiumhospitalet

Idéfaserapporten beskriver muligheter for den videre utviklingen og driften av Radiumhospitalet frem til 2030. Rapporten er et selvstendig dokument som kan leses for seg, men den er også et delement av den store "Idéfase 2.0 - del 2 konkretisering etter høring". Dette gjelder også for idéfase for regional sikkerhetsavdeling (se neste kapittel). Hensikten med å ha disse som separate

idéfaser er at de ikke påvirker andre løsninger i idéfasen, begge har høy prosjektmodenhet og begge forutsettes å kunne videreføres i et noe raskere løp enn videre arbeidet med planlegging forøvrig.

Idéfase Radiumhospitalet er også en formalisering og en sammenstilling av ulike arbeid som har pågått over flere år, men særlig det siste året. I august 2015 fikk Oslo universitetssykehus overrakt et skisseprosjekt som inneholder tegninger og beskrivelser av et potensielt nybygg på sykehusområdet på Montebello. Gaven er et privat initiativ. Bygget, slik det er skissert, er tenkt å kunne gi pasienter og ansatte langt bedre forhold tilpasset moderne kreftbehandling og vil kunne erstatte deler av dagens bygningsmasse. Dagens bygningsmasse på Radiumhospitalet er av variabel kvalitet, men store deler er nedslitt med store oppgraderingsbehov. Det hefter en rekke tilsynsavvik, spesielt innen brann, elektro- og ventilasjonsforhold, ved bygningsmassen, men også avvik meldt fra egne ansatte samt klager fra pasientene. Det foreligger derfor omfattende oppgraderingsplaner for bygningsmassen på Radiumhospitalet både på kort og lenger sikt. Radiumhospitalets tilstand utgjør en vesentlig del av grunnlaget for de midlene som er bevilget i lån over statsbudsjettet 2016 for å lukke tilsynsavvik de neste fire årene, og som reflekteres i OUS' prosjekt- og investeringsplaner.

Det anbefales på bakgrunn av idéfaseutredningen å gå videre til konseptfase med de foreliggende planene. I konseptfase er kravet at man normalt sett skal gå videre med minst tre, men at det skal være minst to alternativer. Det første alternativet er det såkalte "0-alternativet" som innebærer å drifte videre i dagens bygg, men at disse oppgraderes og ombygges for å understøtte drift. Det andre alternativet er å etablere et nybygg som erstatter deler av dagens bygningsmasse, og oppgradere gjenværende arealer som er nødvendige for en helhetlig løsning. Begge alternativer forutsetter å være arealmessig tilstrekkelige til å understøtte alle foreslåtte virksomhetsmodeller. Begge alternativer forutsetter riving av eksisterende bygningsmasse i samme omfang. Men i tillegg kommer det at det videreføres tre virksomhetsmodeller hvor valg mellom disse skal avklares som en del av arbeidet i konseptfasen.

Ut fra en samlet evaluering av begge byggalternativene, og basert på den kunnskapen som nå foreligger, fremstår alternativet med nybygg som langt bedre enn 0-alternativet. Det er en rekke argumenter for dette. De viktigste er som følger:

Pasientperspektivet – Ut fra pasientperspektivet er nybygg å foretrekke av flere grunner. For det første er det vanskelig å se for seg at det er mulig å håndtere den belastningen en ombygging gir samtidig med full drift

Forutsigbarhet for kapasitet og drift er ulike mellom et 0-alternativ og et alternativ som inkluderer et nybygg. Etablering av et nybygg legger til rette for full drift i gamle bygg i byggeperioden uten at dette går utover kapasitet og drift. Omvendt vil gjennomføringen av et 0-alternativ tvinge frem redusert drift i hele gjennomføringsperioden.

Tid og forskjeller i tid er vanskelig å anslå eksakt i denne fasen, men det kan fastslås at det vil være forskjell i medgått tid mellom oppgradering av eksisterende bygg i et 0-alternativ og et nybygg i nybyggets favør.

Kostnadmessig skiller de to alternativene seg fra hverandre med ca. 300 millioner, der oppgradering som inkluderer nybygg vil være det dyreste alternativet.

Oppgradering av eksisterende bygg som skissert i 0-alternativet, har store usikkerheter vedrørende gjennomføring. *Grunnforhold og omregulering* innebærer begge risikomomenter. Et nytt bygg vil trolig medføre behov for omregulering.

Nye bygg skal ikke være til *hinder* for helhetlig og *videre utvikling av Radiumhospitalet*.

1.4 Revidert idéfase for Regional sikkerhetsavdeling i tilgrensende funksjoner

Ved oppstart av arbeidet med ny/oppdatert idéfase for RSA med tilgrensende funksjoner ble omfanget av organisasjonsheter definert som følger:

- Regional sikkerhetsavdeling (RSA)
- Avdeling Psykisk Utviklingshemming og Autisme (PUA)
- Lokal sikkerhet Dikemark
- Lokal sikkerhet Gaustad
- Kompetansesenter sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri (KPS)

Dagens bygningsmasse er lite arealeffektiv og bærer flere steder preg av stort vedlikeholdsetterslep. Totalt beregnet behov for antall pasientplasser 2030 sammenlignet med 2015 er beregnet til 73 sammenlignet med dagens 52. Arealbehovet for RSA med tilgrensede funksjoner er beregnet til ca. 18.000 kvm.

Videreføring av dagens situasjon (0-alternativet) innebærer fortsatt ineffektiv bruk av eiendomsressursene og fortsatt høy kost/nytte-forhold (kostnad pr døgnplass). Dagens situasjon vurderes ikke som levedyktig i et langsiktig perspektiv, og det ble i samlet idéfase (se rapport 2.0) forutsatt at et nybygg må til for å huse sikkerhetspsykiatrien også i 0-alternativet, men at lokalisering ikke er avklart. Det er derfor ikke regnet på et 0-alternativ basert på videreføring av dagens situasjon i foreliggende idéfase. Det foreligger planer for utbedring av kritiske vedlikeholdsetterslep på Dikemark, men planene er stanset inntil videre. I konseptfasen vil 0-alternativet for RSA med tilgrensede funksjoner vurderes nærmere, og da mest sannsynlig som et utsettelsesalternativ, ref. utbedringsplanene.

I tabellen under er investeringsanslaget for gjenværende alternativer. Det presiseres at dette er et grovt anslag i en tidlig fase, og anslaget må videreutvikles gjennom konseptfase og forprosjekt.

ALT.: POST	Ila Syd			Dikemark Verkensvn 19 – alt. 1			Dikemark Verkensvn 19 – alt. 2			Gaustad Nord		
	kvm	kr/kvm	Mkr	kvm	Kr/kvm	Mkr	kvm	Kr/kvm	Mkr	Kvm	kr/kvm	Mkr
Nybygg	18 000	52 273	941	18 000	52 273	941	12 925	52 273	676	16 165	52 273	845
Ombygging	-	-	-	-	-	-	10 150	26 137	265	3 671	26 137	96
Infrastruktur	500	150 000	75	1 000	150 000	150	1 000	150 000	150	-	-	-
Parkering	2 700	7 700	21	2 700	7 700	21	2 700	7 700	21	720	7 700	6
Tomtekjøp	65 000	959	62	145 000	379	55	145 000	379	55	20 430	3 806	78
Perimetersikring			27			27			27			27
Delsum			1 126			1 194			1 194			1 051
Byggelånsrenter			37			46			46			41
Påslag for usikkerhet (*)			113			119			119			105
SUM			1 280			1 360			1 360			1 200

Tabell 2 Investeringsanslag

Den samlede evalueringen danner grunnlaget for at følgende løsninger anbefales videreført til konseptfasen:

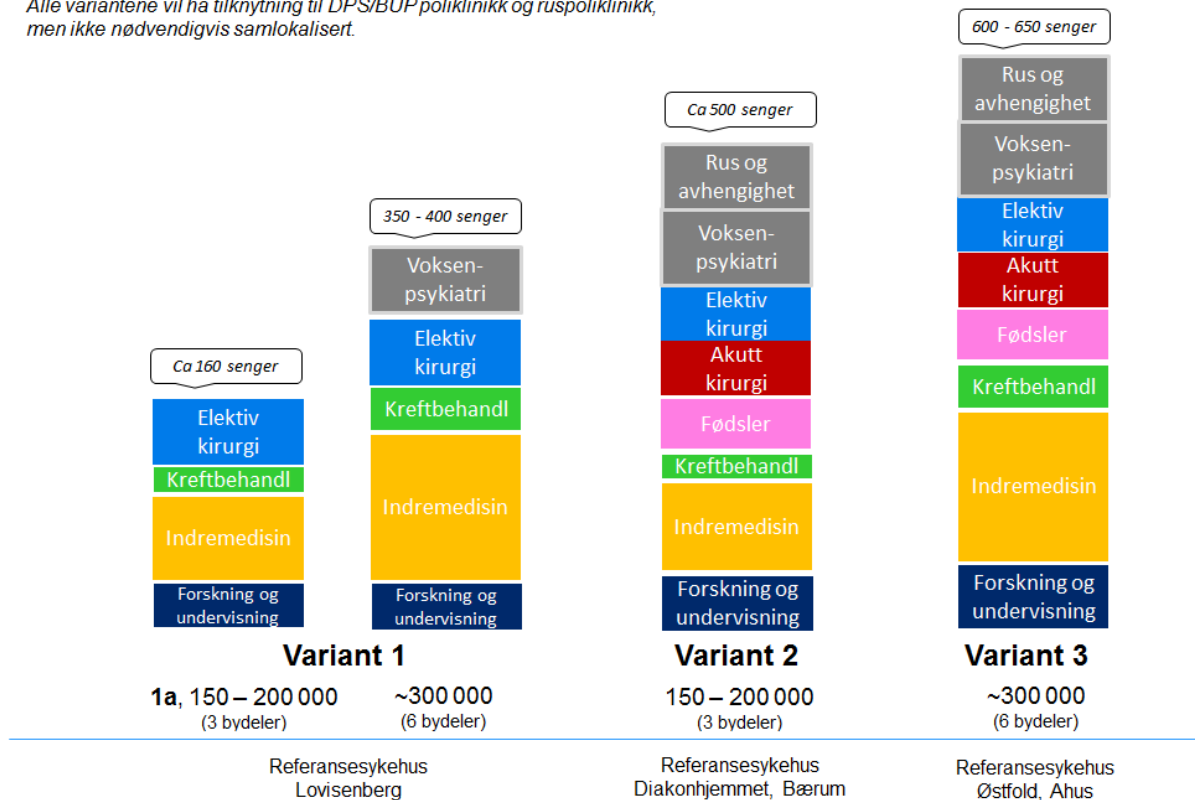
- 1) Ila Syd
- 2) Dikemark Verkensveien 19, alt 1 – Nybygg
- 3) Gaustad Nord

1.5 Lokalsykehus

I dette dokumentet brukes lokalsykehus som betegnelse på det sykehus OUS kan plassere utenfor regionsykehuset og omfatter, i de beskrevne modeller, også det som i andre sammenhenger omtales som områdefunksjoner (eller tidligere sentralsykehusfunksjoner). Utredningsarbeidet har lagt eksisterende oppgavedeling i Oslo sykehusområde² til grunn.

Følgende tre varianter av lokalsykehus er beskrevet:

Alle variantene vil ha tilknytning til DPS/BUP poliklinikk og ruspoliklinikk, men ikke nødvendigvis samlokalisert.



Figur 2 Varianter av lokalsykehus som er beskrevet

Dersom Alternativ 2, delt løsning, velges som framtidig målbilde for OUS er anbefalingen at variant 3 av lokalsykehusmodellene er å foretrekke (da lokalisert på Ullevål sammen med multitraume og tilhørende regionfunksjoner). Dersom Alternativ 3, delvis samling på Gaustad og lokalsykehus annet sted velges, er variant 2 anbefalt (da lokalisert på Ullevål, Aker eller «tomt X»). Pga. stort omfang av psykisk helse og avhengighetsmedisin, stor fødeenhet og omfattende forskning og utdanningsaktivitet, er skalaen på lokal (og område) sykehuset noe større enn befolkningsgrunnet i bydelene tilsier.

1.6 Ny analyse av Alternativ 2, delt løsning

I den reviderte beskrivelsen av Alternativ 2, delt løsning, legges det til grunn at multitraumevirksomheten forblir på Ullevål sammen med all akuttkirurgi og indremedisin fra OUS' opptaksområde. Virksomhetsmessig gir dette et tydeligere skille mellom en enhet med stor vekt på akuttvirksomhet og en enhet med hovedvekt på elektiv høyspesialisert virksomhet.

² Oslo sykehusområde består av Oslo universitetssykehus, Lovisenberg diakonale sykehus og Diakonhjemmet sykehus. Akershus universitetssykehus dekker i dag tre bydeler innenfor Oslo sykehusområde.

Ullevål vil i det reviderte Alternativ 2, delt løsning, være en kombinasjon av lokalsykehus for alle bydeler OUS har lokalsykehusansvar for, samtidig som det vil være et områdesykehus for store deler av den kirurgiske virksomheten, samt regionsykehus med en betydelig, og for regionen sentral, spisset akuttvirksomhet inkludert multitraume. Dette innebærer fortsatt samlet behandling på Ullevål av akutte tilstander der multidisiplinær tilnærming og ressurskrevende utstyr for behandling av akutte tilstander er nødvendig.

På Rikshospitalet (Gaustad) vil man i dette alternativet samle regionfunksjoner som ikke har avhengighet til traumevirksomheten, men også der er det akuttvirksomhet knyttet til bl.a. hjerte, avansert intensiv med ECMO³ og barn. Omfanget av regionfunksjoner som her flyttes fra Ullevål sykehus til Rikshospitalet er ikke stort, men i tillegg kommer bl.a. SSE og døgnvirksomhet innen barne- og ungdomspsykiatri (BUP) samt regionfunksjoner som i dag ligger på Aker sykehus. OUS barnevirksomhet samles på Gaustad, med unntak av behandling av barn utsatt for skader (traume). Det etableres et barnesenter med kvinnesykdommer og fødsler (inkl. gynekologi). Rundt 60 % av fødevirksomheten vil ligge på Gaustad.

I Alternativ 2, delt løsning vil flere fag og funksjoner fortsatt være lokalisert på flere steder. For noen fag/funksjoner vil dette innebære en duplisering, for andre vil det være mer komplementær virksomhet knyttet til øvrige funksjoner og pasienter som behandles på lokalisasjonen. Fag/funksjoner som da vil være begge steder, men som til en viss grad er rettet inn mot ulike pasientgrupper, er hjerte- og lungekirurgi, hjerte- og lungemedisin, nevrokirurgi, nevrologi, gastrokirurgi og –medisin, nyremedisin, blodsykdommer, infeksjonsmedisin, regionalisert nyfødtdedisin, plastikk-kirurgi, endokrinologi og ortopedi. Denne situasjonen vil belyses nærmere i konseptfasen.

1.7 Etappevis utvikling

Det er en forutsetning gitt gjennom mandatet til idéfasearbeidet fra HSØ at den samlede utviklingen av framtidens OUS deles inn i etapper. Dette skyldes bl.a. at de nødvendige bygningsmessige tiltakene som samlet skal løse de prosjekttløsende behovene er så omfattende at de må fordeles i etapper.

Innholdet i ulike første etapper er utarbeidet basert på de prosjekttløsende behovene, og alternative hovedgrep er vurdert for å bidra til å løse disse i første etappe.

Prosjekttløsende behov	Alternative hovedgrep i 1. etappe
1. Erstatte gamle, uhensiktsmessige og til dels nedslitte bygg på OUS	Samle regionfunksjoner <i>Nybygg for samling av regionfunksjoner på Gaustad er her hovedgrepet i 1.etappe. Som en konsekvens frigjøres kapasitet på Ullevål.</i>
2. Samle pasientforløp og styrke kvalitet, fagmiljø, utdanning og forskning. Dette gjør det mulig å redusere antall vaktlag og dublering av kostbart medisinsk utstyr.	Bygge lokalsykehus først <i>Hovedgrep utgjøres av nybygg for lokalsykehuspasienter, fødsler og nyfødtdintensiv. Ullevål, Aker eller en av tomtene pekt på av Oslo kommune (kalt X) er aktuelle lokaliseringer. En konsekvens blir at man sprer, ikke samler funksjoner i første etappe.</i>
3. Styrke den samlede kapasiteten pga. sterk befolkningsvekst i opptaksområdet.	Nybygg for både regionsfunksjoner og lokalsykehus i første etappe <i>Hovedgrep er nybygg som gjør det mulig å flytte fra Dikemark, Sogn, gamle Gaustad, SSE og dårlige bygg på Ullevål og Radiumhospitalet</i>

Tabell 3 Etappeinndeling basert på tre ulike hovedgrep

³ En teknikk innen intensivmedisin som benyttes for å tilføre oksygen til pasienter med alvorlig nedsatt lunge- eller hjertefunksjon.

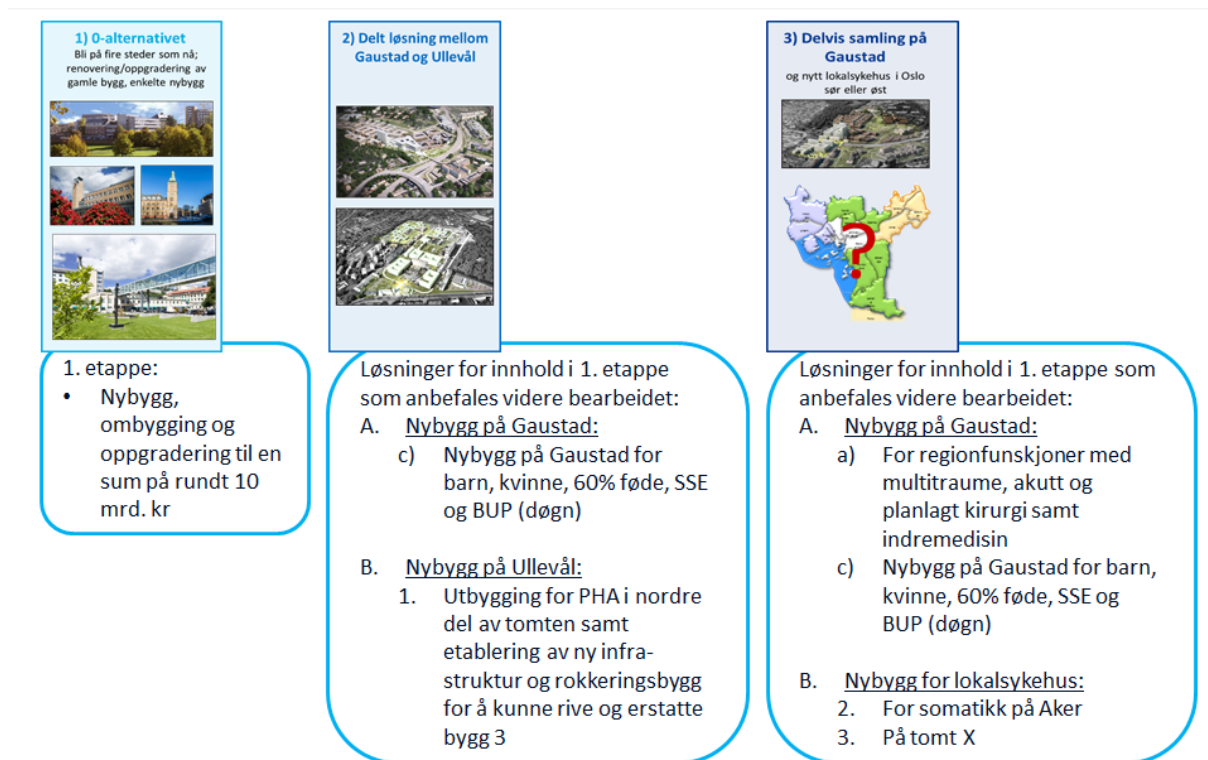
Det understrekes at alle tilnærminger, kalt hovedgrep, skal bidra til å tømme dårlige bygg.

Etappene må:

- Bidra til å lukke og forebygge bygningsmessige myndighetspålegg ved å flytte ut av gamle, dårlige og uhensiktsmessige bygg.
- Ivareta faglige avhengigheter mellom ulike deler av sykehusets virksomhet.
- Gi den nødvendige kapasitet til å møte den voksende befolkningens behov for spesialisthelsetjenester.
- Bidra til gode, helhetlige pasientforløp internt i sykehuset.
- Bidra til samling av tverrfaglig miljø som behandler én sykdom (der det er mulig).
- Gjøre det mulig å samle dupliserte funksjoner.
- Skjerme pågående klinisk virksomhet i byggeperioden.

Nybygg for RSA og tilgrensede funksjoner, tiltak for virksomhet på Radiumhospitalet de neste 15 år (minst) samt nybygg for økt kapasitet og forsvarlig drift av nyfødtintensiv er uansett valg av alternativ eller øvrig innhold inkludert i 1. etappe.

Etter at ulike etappemuligheter knyttet til hvert alternativ er gjennomarbeidet, fremstår bildet slik:



Figur 3. Etappemuligheter per alternativ. Nybygg for RSA og tilgrensede funksjoner, tiltak for virksomhet på Radiumhospitalet de neste 15 år (minst) samt nybygg for økt kapasitet og forsvarlig drift av nyfødtintensiv er uansett valg av alternativ eller øvrig innhold inkludert i 1. etappe.

Disse virksomhetsmessige mulige 1. etappene er videre utredet med hensyn til økonomi og fysiske løsninger og deretter evaluert.

1.8 Mulighetsstudier og fysiske løsninger

Tilleggsutredningene gjennomført i idéfasen etter høringsprosessen har påvirket innhold og omfang i mulige fysiske løsninger for framtidens OUS i betydelig grad. Løsninger skissert tidligere i idéfasen ble derfor lagt til side eller måtte revurderes omfattende for å kunne gi gode svar på resultater og funn fra utredningene om lokalsykehus, kreftområdet og etappevis utvikling.

Parallelt med disse utredningene ble det gjennomført en dialog med viktige eksterne parter som Plan- og bygningsetaten i Oslo kommune, Statens vegvesen, Byantikvaren og Riksantikvaren som tydeliggjorde muligheter og begrensninger i en fremtidig utvikling av bygningsmassen til OUS i de tre hovedalternativene.

Som bidrag i egne idéfaseprosesser ble det i tillegg utredet mulighetsstudier for plassering av RSA/PUA samt et forslag for et nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet. Sistnevnte er utarbeidet fra et privat initiativ og ble vurdert videre i forhold til funn i utredningen om kreftområdet.

Det samlede bildet for mulige fysiske løsninger for framtidens OUS har derfor endret seg betydelig gjennom tilleggsutredningen og skisseres derfor på nytt i denne rapporten. Det skal påpekes at de presenterte bygningsmessige løsninger fremdeles må anses som mulighetsstudier og overordnede skisser, men totalt sett har løsningene modnet og fremstår generelt mer robust i forhold til en mulig gjennomføring i alle alternativene.

I 0-alternativet er det totale omfanget av tiltak stort sett uforandret og det ble med ett unntak heller ikke gjennomført nærmere studier rundt plassering av eventuelle nybygg på de forskjellige lokalisasjoner. Det er gjort en gjennomgang av de bygningsmessige tiltak i 0-alternativet i forhold til lånesøknaden knyttet til lukking av avvik i eksisterende bygg, og i forhold til en etappevis gjennomføring.

Tiltaket om å etablere ny regional sikkerhetsavdeling og tilhørende funksjoner er inkludert både i 0-alternativet, Alternativ 2, delt løsning og Alternativ 3, delvis samling og er gjeldende for alle hovedalternativer. I likhet med RSA med tilgrensede funksjoner er også et nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet inkludert i flere av hovedalternativene: Alternativ 2, delt løsning og Alternativ 3, delvis samling.



Figur 4 – skisse for fysisk løsning i alternativ 2 – delt løsning

Utredningen i forhold til en ny tilnærming til Alternativ 2, delt løsning, der traumesenteret skal bli liggende på Ullevål sykehus, har resultert i en ny arealfordeling fra Gaustad til Ullevål. Samtidig reduseres fremtidig arealbehov på Gaustad ytterligere med at Radiumhospitalet får nytt klinikkbygg og de beste og viktigste delene av bygningsmassen der består videre. Dette fører til at det i den nye delte løsningen sannsynligvis kan etableres fysiske løsninger på Gaustad som hverken krever et lokk over Ring 3 eller riving av deler av Domus Medica som eies av UiO. Til gjengjeld blir den nødvendige utbyggingen på Ullevål sykehus mer omfattende og kompleks enn tidligere antatt i en delt løsning. Dette fører til to viktige konklusjoner for en bygningsmessig løsning på Ullevål i Alternativ 2:

- Muligheten for å avhende betydelige deler av tomten på Ullevål må legges til side, fordi hele tomtearealet trengs for fremtidige rokader, funksjoner og utvidelser.
- Ny teknisk sentral og infrastruktur må etableres uansett bygningsmessig løsning for å sikre fremtidig drift og utbygging.

Som en konsekvens måtte utbyggingsløsningene på Ullevål revurderes og tegnes på nytt. Som den mest hensiktsmessige løsningen vises det nå en trinnvis utbygging som er basert på funn og utredninger gjort for arealutviklingsplanen for Ullevål sykehus fra 2011 og løsningene «Ullevål - sør» og «Ullevål – hele» fra idéfaserapport 2.0. Ved å satse på levedyktige bygg i starten av en trinnvis utbygging skisseres det en løsning som etter hvert kan fornye hele bygningsmassen for somatikk i den sørlige delen av tomten. I tillegg bygges det ut for psykisk helse og avhengighet i den nordre delen.

For en etappevis etablering av målbildet i Alternativ 2, delt løsning ble det utarbeidet to prinsipielt forskjellige muligheter for en første utbyggingsetappe. Utbyggingen i Alternativ 2 kan enten starte på Gaustad med en utbygging for kvinner, barn og fødsler som skal flytte fra Ullevål sykehus, eller på Ullevål med en trinnvis erstatning av dagens Bygg 3.



Figur 5 – skisse for fysisk løsning i alternativ 3 – delvis samling

Alternativ 3, delvis samling - samler regionfunksjoner på Gaustad. Også i dette alternativet reduseres utbyggingsbehovet på Gaustad betydelig fordi Radiumhospitalet vil bestå videre. I tillegg skal det etableres et lokalsykehus et annet sted. Samlet sett fører dette til en tilnærmet halvering i utbyggingsbehovet på Gaustad i forhold til den tidligere løsningen med «full samling».

Dette betyr at en samling av regionfunksjoner på Gaustad kan gjennomføres med et lokk over ringveien og ved at kun de eldste delene av Domus Medica/Preklinisk institutt (PKI) må rives for å skape rom for et sammenhengende somatisk sykehuskompleks fra Rikshospitalet sørover over Ring 3. Disse arealene er planlagt erstattet permanent før Domus Medica kan rives.

Ved å ta i bruk alle muligheter på Gaustad for plassering av hensiktsmessige funksjoner utenfor utviklingsbeltet sør for Rikshospitalet blir det i tillegg mulig å ta hensyn til regulerte grøntområder og turveier i området som Oslo kommune definerte som rammebetingelse for en tyngre utbygging på Gaustad.

Lokket over ringveien kan bli et avgjørende ledd i et sammenhengende grønt-drag fra Majorstuen via Blindern til Nordmarka og samtidig skape et sammenhengende - og rolig - sykehusområde med park på Gaustad.

Lokalsykehuset kan i Alternativ 3 plasseres enten på Ullevål sykehus, Aker sykehus eller en tomt «X» sør eller øst i byen. Siden mulighetene på Ullevål sykehus er utredet i forbindelse med Alternativ 2 og det ikke ble konkretisert en tomt «X» fra Oslo kommune sin side i løpet av utredningsprosessen har mulighetsstudiene for et lokalsykehus i denne fasen fokusert på Aker sykehus som en mulig lokalisering for et lokalsykehus.

Med utgangspunkt i dagens opptaksområde ble det i lokalsykehusutredningen vurdert at lokalsykehusvariant 2 skal legges til grunn for et lokalsykehus utenfor hovedsykehuset. Det kan finnes bygningsmessige løsninger på Aker-tomten som stort sett er forenlig med vernehensyn ved å skissere en tung utbygging i den sørlige delen av tomten for et somatisk lokalsykehus og en mindre tett utbygging for psykisk helse og avhengighet rundt den vernede bebyggelsen. Store deler av forskning

og utdanning i lokalsykehuset kan legges i eksisterende, vernede bygg. Helt i nordenden av tomten kan store deler av dagens sykehusbebyggelse for Helsearena Aker bevares.

Der er imidlertid knyttet utfordringer til Aker-tomten, som må og kan løses dersom det besluttes å legge et lokalsykehus på her. Adkomsten til den sørlige delen av tomten med kjøretøy er ikke optimal med dagens veisituasjon rundt sykehustomten. Nye løsninger må finnes. Dette kan eventuelt sees i sammenheng med planer om at Trondheimsveien på sikt skal nedgraderes til en «miljøgate» eller byggate med trikk.

Også utredningen fra Oslo kommune om etablering en ny storbylegevakt har Aker-tomten som en sannsynlig opsjon for plassering. Utredningsgruppene har vært i kontakt for å finne løsninger som kan forene de ulike behovene legevakten og lokalsykehuset i OUS har. Hovedutfordringene er knyttet til en høyere utnyttelse av tomten og fremtidige adkomstmuligheter.

Som en konsekvens av en ønskelig samlokalisering av lokalsykehus, Helsearena og storbylegevakt på Aker sykehus utfordres bygningsmessige løsninger for lokalsykehuset innenfor grensene til dagens reguleringsformål. Det må derfor regnes med at nabotomter som i dag eies av Fredensborg eiendom eller Statsbygg (Refstad asylmottak) eventuelt må omreguleres til helseformål eller at krav om fredning av bygninger på tomten på sikt må oppheves for å skape plass for hensiktsmessige bygningsmessige løsninger. Tiltak som disse kan i tillegg tilføre nødvendig elastisitet for en fremtidig utvidelse av lokalsykehuset eller etablering av lokalsykehusvariant 3 med større opptaksområde. Slike tiltak burde uansett vurderes i forbindelse med en eventuell beslutning om etablering av et lokalsykehus på Aker.

Utredningen av en etappevis etablering av målbildet i Alternativ 3, delvis samling har resultert i 4 prinsipielt ulike muligheter for en første etappe. To av disse innebærer en første utbygging på Gaustad og to beskriver muligheten for å etablere lokalsykehus først, enten på Aker eller ukjent tomt «X».

Den første muligheten for en utbygging på Gaustad beskriver flytting av multitraume-funksjonen fra Ullevål til Gaustad og innebærer riving og erstatning av PKI-arealer allerede i første etappe. Den andre muligheten tar for seg en utbygging for kvinner, barn og fødsler som skal flytte fra Ullevål sykehus og fører ikke til riving av PKI i første omgang.

Det er i denne sammenheng viktig å påpeke at en flytting av kvinner og barn i en første etappe i Alternativ 3 fører til prinsipiell andre bygningsmessige løsninger enn i en første etappe i Alternativ 2 fordi målbildene i hovedalternativene for en utbygging på Gaustad er forskjellig.

1.9 Økonomiske analyser

De økonomiske analysene er basert på de samme prinsippene som i idéfaserapport 2.0. Kapasitets- og arealberegningene er videreført, men tilpasset innholdet i de nye alternativene. Investeringsanslag er basert på referansekostnader fra de to sist ferdigstilte store sykehusprosjektene i Helse Sør-Øst (Ahus og Sykehuset Østfold, Kalnes). På dette stadiet er investeringsanslag usikre fordi det ikke foreligger skisse-/forprosjekt som gir grunnlag for en konkret kalkyle.

Investeringsbildet ser slik ut (tall i mill. kr):

	0-alternativet	Alt. 2 Delt løsning	Alt. 3 Delvis samling Gaustad sør m/ lokalsykehus	
			Aker	X
Basiskostnad	21 900	30 760	35 180	35 560
P50	25 900	33 700	38 000	40 300
P85	33 200	42 600	46 500	52 500
Ca. alder på bygningsmassen i 2035	~ 58 år	~ 34 år	~ 27 år	~ 26 år

Tabell 4 Resultater fra usikkerhetsanalysen, samlet idéfase (tall i mill. kroner, inkl. byggelånsrenter, avrundet)

	0-alternativet	Alt. 2 Delt løsning		Alt. 3 Delvis samling Gaustad sør m/ lokalsykehus			
		Gaustad-barn	Ullevål	Gaustad-akutt	Gaustad-barn	Aker	X
Basiskostnad	9 590	11 480	13 490	14 190	11 530	13 680	16 490
P50	11 300	12 400	14 600	15 400	12 500	14 700	18 800
P85	14 400	15 400	18 500	19 300	15 800	18 400	24 800

Tabell 5 Resultater fra usikkerhetsanalysen, 1. etappe (tall i mill. kroner, inkl. byggelånsrenter, avrundet)

Det er gjennomført oppdaterte beregninger av OUS sin evne til å bære kostnadene ved de ulike investeringsalternativene, såkalt økonomisk bæreevne. Det er tatt utgangspunkt i de beregningene som ble presentert i Idéfaserapport 2.0, herunder forutsetninger om effektiviseringsmuligheter som følge av nybygg. Ved å beregne økonomisk bæreevne vil ikke de ulike investeringsalternativene lenger sees isolert, men bli satt inn i en sammenheng med forventet utvikling i drift av foretaket forutsatt at investeringsprosjektene gjennomføres. Også andre investeringer blir da trukket inn i vurderingen, blant annet investeringene i medisinsk-teknisk utstyr og IKT.

Beregningene viser at det er mulig å tegne et scenario for OUS de kommende ti-år basert på rimelige forutsetninger som innebærer at helseforetaket har økonomisk bæreevne til å håndtere kostnadene forbundet med de ulike investeringsalternativene. Forutsetningene er imidlertid at foretaket klarer å oppnå et visst positivt økonomisk resultat uavhengig av nevnte investeringer, samt at disse investeringene i seg selv bidrar til en effektivisering av virksomheten primært ved å drifte i nye hensiktsmessige bygg samt ved å samle pasientforløp og funksjoner som i dag er spredt over for mange lokalisasjoner. De ulike investeringsalternativene vil bringe de samlede kapitalkostnadene for Oslo universitetssykehus HF opp mot 9-10 % av samlet omsetning, mot dagens nivå på om lag 4 %. Forutsetningen for å kunne håndtere dette og oppnå en bærekraftig økonomisk utvikling etter at investeringene er gjennomført, er at virksomheten klarer å gjennomføre effektivisering av driften i om lag samme omfang. Investeringskostnadene i de ulike alternativene er svært store sammenliknet med de fleste andre investeringsprosjekter en kjenner til – opp mot 40 mrd. kroner i Alternativ 3, delvis samling Gaustad Sør m/lokalsykehus. Dette må imidlertid sees på bakgrunn av at over den perioden investeringene gjennomføres på – årene 2018-2033 – vil OUS ha en samlet omsetning på omtrent 300 mrd. kroner og at verdien av investeringene, og dermed også de regnskapsmessige kostnadene, vil fordeles seg over om lag 27 år. 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, noe også sensitivitetsberegningene viser.

1.10 Evaluering

1.10.1 Evalueringskriterier

Evalueringen bygger på de identifiserte behov og helseforetakets og utviklingsprosjektets mål. Følgende hovedkriterier er lagt til grunn ved evaluering av løsningsalternativer:

1. Pasientbehandling, forskning og utdanning	<i>Kvalitativ evaluering</i>
2. Bygg- og eiendomsutvikling, herunder generalitet, fleksibilitet og elasticitet	
3. Byutvikling og innovasjon	
4. Beredskap	
5. Gjennomføringsrisiko	<i>Evaluering av gjennomførbarhet</i>
6. Økonomi (investering og drift)	<i>Evaluering av økonomi</i>

Tabell 6 Oversikt over evalueringskriterier og hvilken prosess de er behandlet i

Først evalueres alternativene i forhold til endelig mål bilde, deretter i forhold til første etapper.

1.10.2 Samlet evaluering av mål bilde 2030-2040

0-alternativet kommer dårlig ut i den kvalitative vurderingen. Alternativet er også beheftet med høy gjennomføringsrisiko. Når det i tillegg vil kreve betydelige investeringer for å realisere dette alternativet, uten at det realiseres betydelige driftsgevinster, er det klart at 0-alternativet ikke kan anbefales.

Alternativ 3, delvis samling kommer noe bedre ut av den kvalitative evalueringen enn Alternativ 2, delt løsning. Alternativ 2 anses å være beheftet med noe større gjennomføringsrisiko, grunnet lang byggeperiode tett på eksisterende sykehusdrift.

Investeringskostnadene er noe høyere i Alternativ 3 enn i Alternativ 2, mens driftskostnadene vil bli noe lavere i Alternativ 3 enn i Alternativ 2 pga. større andel nye bygg og noe mer samling av kostnadskrevede funksjoner. Evalueringstabellen under oppsummerer hvorfor Alternativ 3 vurderes som beste løsning.

Idéfase OUS: Evaluering	<i>0-alternativet</i>	<i>Alt 2: Delt løsning Gaustad Ullevål</i>	<i>Alt 3: Delvis samling Gaustad</i>
<i>Kvalitativ evaluering</i>	2,2	3,5	4,3
<i>Risiko for gjennomføring</i>	2,0	2,0	2,5
<i>Investeringskostnad P50</i>	26 mrd. NOK	33 mrd. NOK	38-40 mrd. NOK
<i>Driftskostnader, rangering</i>	3	2	1
<i>Samlet rangering</i>	3	2	1

Tabell 7 Samlet evaluering

1.10.3 Evaluering av første etappe

Løsningene for første etappe i de to alternativene; Alternativ 2 og Alternativ 3 er vurdert internt mot hverandre slik vist nedenfor.

Alternativ 2:

Løsning Gaustad – barn og Løsning Ullevål vurderes som like gode i den kvalitative evalueringen. Det skiller forholdsvis lite mellom de to løsningene på alle fire evalueringskriteriene.

Gjennomføringsrisikoen anses å være høyere i Løsning Ullevål, grunnet mye arbeid tett på sykehus i drift. Kostnaden for førsteetappe kan sies å være akseptabel for begge alternativene.

Alternativ 3:

Løsning Gaustad – akutt og Aker ble begge vurdert som gode i den kvalitative evalueringen, med Løsning Gaustad – akutt som best. Løsning Aker ventes å gi klart lavest gjennomføringsrisiko. Løsning x kommer best ut av den kvalitative evalueringen. Dette alternativet gir svært høy gjennomføringsrisiko, siden tomten er ukjent. Kostnadsnivået er også så høyt for denne etappen, at det høyst sannsynlig ikke er økonomisk bærekraftig. Denne løsningen bør derfor ikke tas med videre til neste fase.

Løsning Gaustad – barn kommer dårligere ut enn de øvrige alternativene i den kvalitative vurderingen, og gir ikke lavere gjennomføringsrisiko enn hverken Gaustad – akutt eller Aker. Denne løsningen foreslås derfor ikke videreført til konseptfasen.

Valget mellom Løsning Gaustad – akutt og Aker er et valg mellom to ulike retninger. Mens Gaustad – akutt gir mer samling, gir Aker mer oppsplitting. Begge gir økt lokalsykehuskapasitet. Målbildet til slutt vil være likt, men etter første etappe vil disse to løsningene gi svært ulik utforming av virksomheten.

1.11 Plan for videre arbeid – neste fase

Denne planen er basert på at neste fase blir kombinerte idé- og konseptfaser for definerte prosjekter/investeringstiltak som inngår i 1. etappe.

At det foreslås kombinert ide- og konseptfase baseres på formuleringen i det opprinnelige mandatet for den samlede idéfasen (jf. styresak 20/2013 i HSØ), og senere presisering av dette fra HSØ.

Et prosjekt/investeringstiltak forstås her som et konkret nybygg eller ombyggingsprosjekt som kan gjennomføres selvstendig. Summen av de investeringstiltakene som foreslås i 1. etappe, utgjør den samlede etappen, og det skjer en overordnet programstyring (eller eventuelt porteføljestyling) av disse investeringstiltakene som gjør at de planlegges og gjennomføres som en koordinert helhet, og med en felles overordnet prosjektstyring (bl.a. felles styringsgruppe).

Avklaring av prosjekteierskap, OUS eller HSØ, bør skje i forbindelse med konkretisering av mandat for neste fase.

Det er tre delområder samlet i denne idéfaseutredningen:

- Den samlede idéfaseutredningen
- Revidert idéfase for RSA og tilgrensende funksjoner
- Idéfase for Radiumhospitalet.

For de to siste punktene anbefales det direkte videreføring til konseptfase da det her foreligger egne idéfaser for tiltakene, og de er håndtert like i de ulike alternativene for den samlede idéfasen. De foreligger ikke avhengigheter mellom disse to tiltakene og den øvrige planleggingen som er av en slik art at disse tiltakene av den grunn bør avvete videreføringen av resten av OUS idéfase.

Foreløpig tidsplan for kombinert idé- og konseptfase for den samlede utredningen innebærer at konseptfase kan ferdigstilles høsten 2017 basert på at videre utredning kan startes i 1. mars 2016. For de to neste utredningene forventes kortere konseptfaser, og dermed raskere fremdrift frem mot byggestart.

2 Bakgrunn, mandat og arbeidsprosess

2.1 Innledning

OUS trenger nye sykehusbygg av flere grunner; den svært gamle og dårlige bygningsmassen, behovet for å samle virksomhet for å oppnå bedre kvalitet og effektivitet i pasientbehandlingen, samt en betydelig forventet befolkningsvekst. Med utgangspunkt i dette har det vært gjennomført en idéfase om framtidens OUS i et 2030-perspektiv. Foreliggende rapport gjelder slutføring av arbeidet med idéfasen i tråd med styrets beslutning 9. april 2015. Det samlede idéfasearbeidet består av idéfaserapport som ble styrebehandlet i april 2015 (versjon 2.0, datert mai 2015) og foreliggende rapport.

Den grunnleggende delen av idéfasearbeidet med bl.a. samlet dimensjonering foreligger rapport 2.0. Videreføringen med «konkretisering etter høring» omtaler ikke på nytt det som er opprettholdt uendret fra denne rapporten.

2.2 Idéfasens del 1, 2013-2014 og høringsprosessen

Arealutviklingsplanen av desember 2011 dannet sammen med OUS strategi 2013-2018 grunnlaget for oppstart av idéfasearbeidet i 2013. Idéfaserapport, versjon 1.0 ble ferdigstilt etter styrebehandling i juni 2014 og sendt på høring. Nesten 70 høringsuttalelser kom inn, og dannet grunnlag for utarbeiding av Idéfase, versjon 2.0. Rapporten i versjon 2.0 medtar innspill fra høringsuttalelsene, samt anbefalinger fra en ekstern kvalitetssikring, gjennomført høsten 2014. Høringsuttalelsene førte til at antall utredede alternativer ble redusert bl.a. ved at full samling på Gaustad under navnet «Campus Oslo» ble forlatt. Videre ble som et resultat av både evaluering, kvalitetssikring og høring besluttet at alternativene med full samling på Ullevål, full samling Gaustad Øst, og tung utbygging nord for Rikshospitalet og Gaustad sykehus ble lagt til side.

Ett nytt alternativ ble konkretisert: Delvis samling Gaustad sør kombinert med et lokalsykehus utenfor Gaustad-området. I tillegg ble det pekt på behovet for en egen kreftutredning primært knyttet til å vurdere funksjoner lokalisert til Radiumhospitalet på mellomlang og/eller lang sikt (minst i de neste 15 år).

Disse to områdene dannet utgangspunkt for en videreføring av idéfasen etter høring med tilleggsutredninger knyttet til kreftområdet og knyttet til lokalsykehus, og deretter en konkret etappeanalyse med vekt på konkretisering av innholdet i mulige første etapper. Dette arbeidet benevnes «Idéfase OUS, konkretisering etter høring».

2.3 Mandat basert på OUS' styrebehandling i april 2015

Styret i OUS vedtok i styremøte 9. april 2015 i sak 20/2015 Idéfase OUS følgende:

1. *Styret ber administrerende direktør slutføre arbeidet med Idéfase Oslo universitetssykehus i 2015 konsentrert om følgende alternativer:*
 - *0-alternativet.*
 - *Et alternativ der virksomheten er delt mellom to lokaliseringer, Gaustad sør og Ullevål.*
 - *Delvis samling Gaustad sør.*

Styret ber i tillegg om at de tre alternativene beskriver hvordan en lokalsykehusfunksjon eventuelt kan skilles ut herunder skissere:

- *Virksomhetsbeskrivelse for et slikt lokalsykehus.*
- *Konsekvensene for virksomheten i resten av OUS knyttet opp mot de tre alternativene.*

2. *Styret ber administrerende direktør om å gjennomføre en utredning av organiseringen av kreftområdet som en del av idéfasearbeidet, herunder en vurdering av bygningsmessige forhold.*
3. *Idéfaserapport, versjon 2.0, med justert kapittel 1 og 10 fremlagt i denne saken, skal legges til grunn for det videre idéfasearbeidet i 2015. Resultatet fra idéfasearbeidet i resten av 2015 beskrives i et eget dokument. Samlet skal dette gi grunnlag for retningsvalg og hva som utgjør en første etappe inklusiv det virksomhetsmessige innholdet.*
4. *Styret ber administrerende direktør på grunnlag av det samlede idéfasearbeidet om å legge frem forslag til plan for idé-/ konseptfase for Oslo universitetssykehus HF til styremøtet i desember 2015. Denne planen skal inneholde forslag om en første etappe for de aktuelle alternativene, herunder en beskrivelse av virksomhetsinnhold for alle tre alternativene.*
5. *Styret ber administrerende direktør sikre god kommunikasjon og dialog både internt og eksternt om prosjektet. Herunder forventes det at styret holdes orientert om fremdriften.*

2.4 Arbeidsprosess i 2015

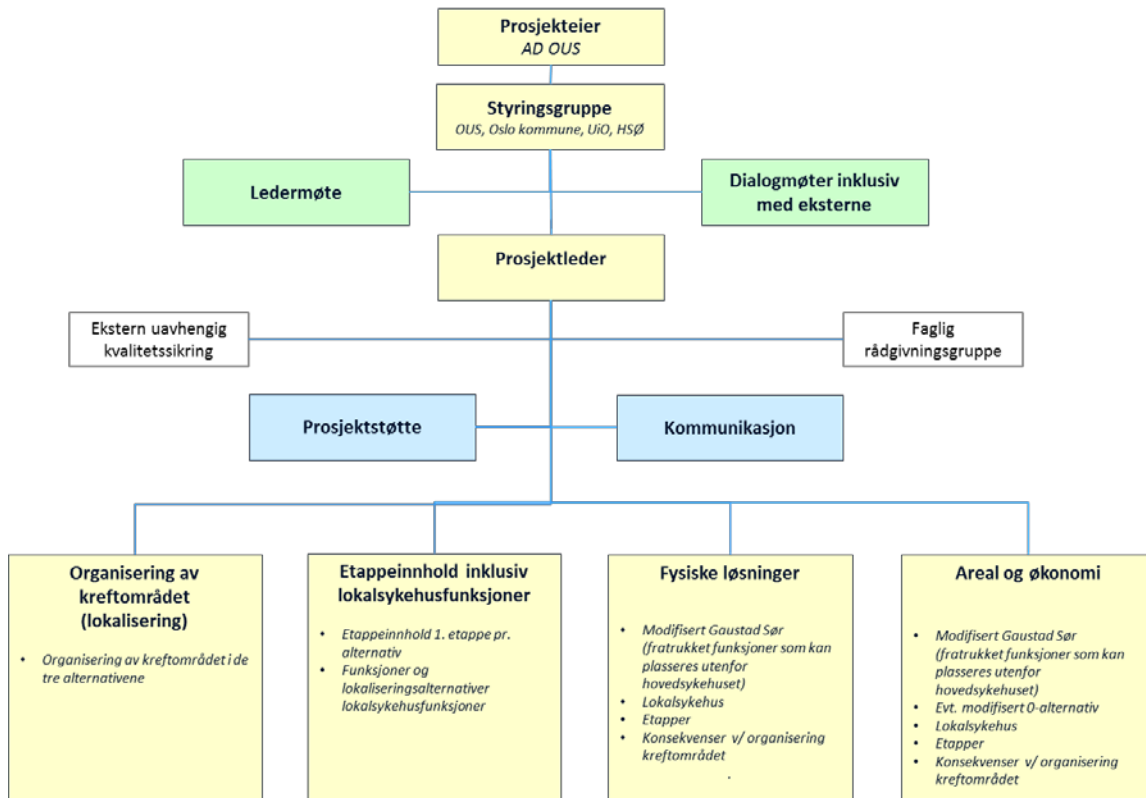
Styret for OUS besluttet i 2012 (sak 85/2012) å etablere en egen prosjektorganisasjon for å gjennomføre idéfase for nytt OUS. I forbindelse med styrets behandling av idéfaserapport 2.0 i april, gav styret sin tilslutning til gjennomføring av det videre arbeidet slik beskrevet i idéfaserapportens kapittel 10. Videreføringen innebar en konkretisering av spesifiserte alternativer etter høring.

Arbeidsprosessen i 2015 har tatt utgangspunkt i de hovedpunktene som kommer frem i styrevedtaket:

- Utredning av ett nytt alternativ (delvis samling Gaustad sør)
- Løsninger for lokalsykehusfunksjonen
- Utredning av kreftområdet

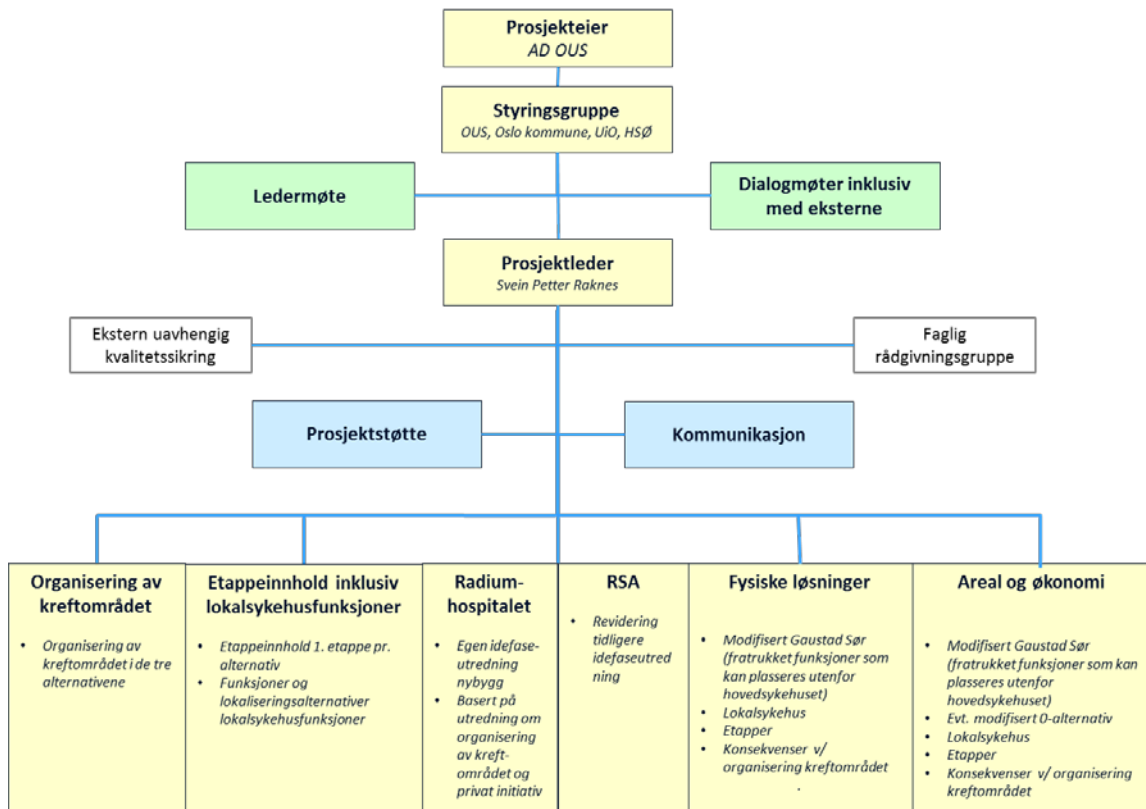
I tillegg er det etter vedtak i styringsgruppen gjort en fornyet utredning av alternativ 2, delt løsning, med lokalsykehus og multitraume med tilhørende regionfunksjoner på Ullevål. Videre er det utført analyse av etappeinnhold med konkretisert forslag til innhold i første etappe.

Prosjektorganisasjonen for idéfasearbeidet i 2015 er i stor grad en videreføring av tidligere organisering og styringsopplegg, men med noen tilpasninger i forhold til oppgavens art. Organiseringen skal sikre ivaretagelse av strategiske virksomhetsaspekter, god funksjonalitet i løsningsvalg og effektiv gjennomføring av planarbeidet. Prosjektet har derfor vært organisert på følgende måte i perioden frem til sommeren 2015 og høsten 2015, med egne idéfaser for regional sikkerhetsavdeling (RSA) med tilgrensede funksjoner og for Radiumhospitalet:



Figur 6 Organisering fra våren 2014 frem til sommeren 2015

Fra høsten 2015:



Figur 7 Organisering fra august 2015

Styringsgruppen som ble opprettet for Idéfase OUS i 2013 ble videreført for dette arbeidet. Styringsgruppen for prosjektet inkluderte OUS' viktigste samarbeidspartnere og interessenter.

Følgende deltagere har inngått i styringsgruppen:

Bjørn Erikstein	Adm. dir. OUS HF (leder)	OUS
Morten Reymert	Viseadm. dir. økonomi, juridisk og IKT	OUS
Terje Rootwelt	Viseadministrerende direktør, MHU (konst.)	OUS
Geir Teigstad	Direktør Oslo sykehuservice	OUS
Erlend Bremertun Smeland	Direktør forskning, innovasjon og utdanning	OUS
Morten Meyer	Direktør kommunikasjon (frem til sommeren 2015)	OUS
Annelene Foss Svingen	Direktør kommunikasjon	OUS
Svein Erik Urstrømmen	Norges sykepleieforbund (NSF)	OUS
Aasmund Bredeli	Den norske legeforening (DNLF)	OUS
Bjørn Wøllstad Knudsen	Fagforbundet	OUS
Per Oddvar Synnes	Hovedverneombud	OUS
Tove Nakken	Leder brukerutvalget	Brukerutvalget
Atle Brynestad	Konserndirektør	HSØ
Frode Vartdal	Dekanus medisinsk fakultet	UiO
John Skogen	Eiendomsdirektør	UiO
Endre Sandvik	Kommunaldirektør for eldre og sosiale tjenester	Oslo kommune

Styringsgruppen har vært ansvarlig for at det er utarbeidet en rapport med basis i prosjektets mandat slik det fremgår av rapport fra Idéfase OUS, kapittel 10, og av prosjektets styringsdokument.

De fire hovedelementene i arbeidet er kort presentert under. Det vises for øvrig til hovedkapitlene der disse er nærmere presentert.

Kreftområdet (lokalisering av funksjoner)

Det er gjort virksomhetsavklaringer knyttet til organisering av kreftområdet. Dette arbeidet er utført av en egen gruppe med deltakere fra OUS-enheter som utreder eller behandler kreft samt representanter for samarbeidende kirurgiske fagområder og medisinske støttefunksjoner. Arbeidet har vært ledet av en faglig utredningsleder med forankring i relevant klinisk virksomhet, med støtte fra en administrativ utredningsleder. Arbeidet er gjennomført i dialog med private aktører som har initiativ til og skissert et mulig nybygg på Radiumhospitalet. Utredningsgruppens rapport utgjør et vedlegg. I et eget kapittel i denne rapporten følger et sammendrag av rapporten som også er gjennomarbeidet og noe supplert fra sykehusledelsens side, uten at dette gir endringer i tilrådingene.

Videre har en utredningsgruppe deretter utarbeidet et eget idéfasedokument for utviklingen på Radiumhospitalet basert på styrevedtak fra april 2015 om videre virksomhet der i minst 15 år fremover. Denne utredningen utgjør også et vedlegg, og hovedinnholdet er gjengitt i et eget kapittel i denne rapporten.

Lokalsykehus

Det er gjennomført virksomhetsavklaringer knyttet til lokalsykehusfunksjoner i OUS og etappeinnhold. Arbeidet har vært ledet av en faglig utredningsleder med forankring i relevant klinisk virksomhet, med støtte fra en administrativ utredningsleder.

Arbeidet har hatt deltagelse fra Oslo kommune og UiO. Det har også vært dialog opp mot andre aktører som OUS samarbeider med eller har grensesnitt til.

Det har vært kontakt med Helse Sør-øst (HSØ) for å sikre koordinering med planer på regionalt nivå, spesielt gjelder dette spørsmålet om planens forutsetninger knyttet til oppgavedeling i Oslo sykehusområde. Det foreligger imidlertid ikke konklusjoner/avklaringer om oppgavefordeling på et tidlig nok tidspunkt til å gjøre konkrete endringer i forutsetningene for OUS idéfase. Denne utredningen bygger derfor på oppgavefordelingen slik den er i 2015.

Regional sikkerhetsavdeling med tilgrensende funksjoner

En egen gruppe har revidert idéfaseutredningen fra 2011 om regional sikkerhetsavdeling (RSA) med tilgrensende funksjoner. Gruppens idéfaserapport følger som vedlegg, og sammendrag av dette følger i eget kapittel i denne rapporten.

Areal og økonomi

Arbeidet i dette delprosjektet har bygget på virksomhetsløsninger som fremkommer i arbeidet med etappeinnhold og lokalsykehusfunksjoner samt kreftutredningen. Kapasitet, arealbruk og sammenhenger er viktige parametere.

Fysiske løsninger (byggløsninger)

Arbeidet har bygget på de ovenstående utredningene. Følgende hovedområder har inngått i arbeidet:

- Modifisert Gaustad Sør; bearbeidet og fratrukket funksjoner lagt til et lokalsykehus eller lagt utenfor regionsykehuset (Radiumhospitalet og RSA med tilgrensede funksjoner)
- Delt løsning med både lokalsykehus og multitraume med tilknyttede regionfunksjoner på Ullevål
- Lokalsykehus; muligheter i forhold til plassering/tomt og utforming
- Etapper; fysisk løsning for etappevis utbygging av alternativene
- Vurdering av bygningsmessige forhold relatert til kreftområdet.

Det har vært dialog og samarbeid med blant annet HSØ, Universitet i Oslo, Oslo kommune, Riksantikvaren, Statens vegvesen og flere.

Delrapportene for lokalsykehus og kreftområdet forelå som utkast i juli, ble så sendt på intern høring og behandlet av styringsgruppen i møte 31. august 2015.

2.5 Involvering og forankring

Prosjektets opplegg for involvering og forankring har vært organisert på følgende måte:

Faglig rådgivningsgruppe

Faglig rådgivningsgruppe er videreført fra idéfasearbeidet 2013 - 2014. Se vedlegg 22 til Idéfaserapport 2.0 for oversikt over deltakere.

Dialogmøter

Interne dialogmøter med de ansattes organisasjoner er opprettholdt etter tidligere praksis i idéfasearbeidet.

Ledermøter

OUS' ledermøte er holdt orientert og utgjør på ordinært vis administrerende direktørs linjelederforum for håndtering av saken i egen organisasjon.

Brukerinvolvering

Representanter fra brukerutvalg sitter i prosjektets styringsgruppe og i faglig rådgivningsgruppe. Det har vært jevnlig kontakt med OUS' brukerutvalg og ungdomsråd.

Utredningsgrupper

Det har vært utredningsgrupper knyttet til hvert av utredningsområdene.

Samarbeid med de nærmeste interessentene

Samspillet med Oslo kommune har vært intensivert i tilleggsutredningen gjennom utredningsgruppen knyttet til arbeidet med lokalsykehusfunksjoner og mulige lokaliseringsoalternativer. Det har også vært egne dialogmøter bl.a. om Storbylegevakt.

Samspillet med UiO har vært intensivert i tilleggsutredningen gjennom en utredningsgruppe knyttet til arbeidet med lokalsykehusfunksjoner og til arbeidet med å finne tilfredsstillende erstatningsareal for bygg som er vurdert revet.

Prosjektet har utarbeidet en interessentanalyse (se vedlegg 12). Denne, sammen med prosjektets kommunikasjonsstrategi, ligger til grunn for arbeidet ift interessentene.

2.6 Metode og forholdet til «Veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter»

Det samlede idéfasearbeidet består av idéfaserapport som ble styrebehandlet i april 2015 (versjon 2.0, datert mai 2015) og foreliggende rapport. Arbeidet med idéfasen er gjennomført i tråd med veilederen for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter utgitt av Helsedirektoratet. Veilederen beskriver og gir anbefalinger om hvordan planprosessen for investeringsprosjekter i helseforetakene bør gjennomføres. Metoden knyttet til kreftutredning, lokalsykehusutredning, ny utredning av alternativ 2, delt løsning og etappeutredning er konkretisert i de respektive kapitler hvor disse utredningene presenteres, og ytterligere i vedleggene (dvs. i de fullstendige delutredningene).

Arealutviklingsplanens (fra desember 2011) begrensede fokus på virksomhetsdelen innebar at dette området er gitt noe større fokus enn vanlig.

Målet for en idéfase er, på grunnlag av en vedtatt utviklingsplan for helseforetaket, å identifisere mulige, prinsipielle løsninger på et behov. Gjennom de foreliggende rapportene og høringsrunden høsten 2014, er det identifisert mulige prinsipielle løsninger for å løse det behovet for helsetjenester, utdanning og forskning som framtidens OUS må forventes å skulle dekke ut fra det som er kjent i dag. Det er analysert både ulike virksomhetsmessige alternativer (jf. ulike virksomhetsmodeller, samt ulike virksomhetstilnærminger konkretisert både i kreftutredningen, fornyet utredning av alternativ 2, delt løsning og lokalsykehusutredningen), og ulike alternativer for å løse behovet bygningsmessig (fysiske løsninger).

Idéfasen omfatter hele OUS' virksomhet unntatt den del av virksomheten som er definert å være knyttet til Distriktpsikiatriske senter (DPS) samt ambulansestasjoner.

3 Virksomhetsavklaringer, perspektiver, dagens virksomhet og fremtidig arealbehov

3.1 Oslo sykehusområde

Utredningsarbeidet har lagt eksisterende oppgavedeling i Oslo sykehusområde til grunn. Dette medfører at vi har sett på lokalsykehusfunksjoner for de bydelene OUS har ansvaret for i dag, inkludert Sagene, som når det gjelder somatikk, er «lånt ut» til Lovisenberg. Estimert befolkningsvekst i Oslo viser at OUS vil ha lokalsykehusansvar for 328 000 innbyggere og område sykehusansvar for 685 000 innbyggere i 2030.

Samtidig med OUS idéfaseutredning har Helse Sør-øst (HSØ) gjennomført et arbeid for å se på kapasitet og oppgavedeling i Oslo sykehusområde. Sistnevnte inkluderer avklaring av kapasitetsøkning ved Lovisenberg og Diakonhjemmet som kan avlaste OUS. Dette har ført til at eventuelle endringer i forutsetninger for OUS' planlegging må tas hensyn til i senere planfaser (eller eventuelt senere etapper).

Utredningen har foretatt skaleringsvurderinger for lokalsykehusvariantene, for på denne måten å ta høyde for endringer i oppgavedeling og kommunens organisering i nåværende bydeler som OUS på utredningstidspunktet ikke kjente til utfallet av.

3.2 Nasjonal helse- og sykehusplan

Nasjonal helse- og sykehusplan skal bli regjeringens operative redskap for å møte det fremtidige behovet for spesialisthelsetjenester. Planen er utarbeidet med utgangspunkt i hvordan pasienter og brukere mener helsetjenesten bør se ut. Den gir konkret innhold til begrepet "pasientens helsetjeneste". Både prosess og plan skal reflektere brukernes erfaringer, kompetanse og synspunkter.

Planen inneholder forslag til tiltak for å sikre:

- Tilstrekkelig kapasitet og fornuftig struktur
- Tilstrekkelig personell, riktig kompetanse og arbeidsdeling
- At kvalitet og pasientsikkerhet i større grad blir førende for hvordan vi leder og innretter sykehusene våre - pasientopplevd kvalitet skal likestilles med medisinsk kvalitet

Gjennom å fremlegge en nasjonal helse- og sykehusplan vil regjeringen sørge for at overordnede politiske beslutninger om sykehusene og spesialisthelsetjenesten fattes av Stortinget.

Planen er utarbeidet og må sees i sammenheng med andre pågående arbeider i Helse- og omsorgsdepartementet, som for eksempel stortingsmeldingene om kvalitet og pasientsikkerhet, primærhelsetjeneste, folkehelse, opptrappingsplan for rus og arbeid innen prehospitaltjenester.

Helse- og sykehusplanen har vært under utredning i HOD parallelt med utarbeidelse av OUS idéfase. Det som er presentert fra HOD indikerer at denne planen i liten grad vil påvirke planleggingen av framtidens OUS. Det anbefales at eventuelle endringer i forutsetninger for OUS' planlegging må tas hensyn til ved innledningen av neste fase.

3.3 Pasientperspektivet

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.

For å oppnå bedre kvalitet i pasientbehandlingen, samt legge grunnlag for en sunn økonomisk drift, vedtok OUS i 2013 en strategi for å konsentrere sin virksomhet på færre lokalisasjoner. Samtidig understreker strategien at pasientene i OUS skal få god behandling og omsorg enten sykdommen er fysisk, psykisk eller relatert til rus og avhengighet. Dette gjelder også pasienter med sammensatte behov og flere diagnoser. Sykehuset skal bidra til at pasienter i Oslo sykehusområde sikres et lokalsykehustilbud av høy kvalitet og dessuten realisere samhandlingsreformen gjennom et likeverdig samarbeid med Oslo kommune.

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.

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 "klinikknær forskning" og "forskningsnær klinikk". Mange pasienter opplever det som både meningsfylt og viktig å bli forsket på.

Pasientperspektivet skal være førende for valg av virksomhetsmodell i OUS. Pasientperspektivet vektlegges derfor ved evaluering av alternativer og løsninger for 1. etappe.

3.4 Samspill somatikk og psykisk helse- og avhengighetsbehandling

Gjennom idéfasearbeidet er det kommet frem et klart behov for å ha kompetanse innen psykisk helse og rus tettere integrert med den somatiske virksomheten. Dette gjelder på mange områder, men særlig innen akutt/høyspesialisert mottak, barnesykehuset og for pasienter med behov for rehabilitering eller kroniske sykdommer. Akuttmottak for Psykisk helse bør ligge tett på, men ikke nødvendigvis sammen med, akuttmottak for somatikk.

Det nye sykehuset i Østfold har valgt å ta inn hele sykehuspsykiatrien sammen med somatikk i det nye bygget. Sykehuset har laget en relativt integrert modell i forhold til alle støttefunksjoner og fokusert på områder som vil gi gode gevinster for pasientene, med forløp som kobler sammen psykisk helsevern og somatikk.

OUS har et vesentlig større omfang av psykisk helsevern og avhengighetsbehandling, og i foreliggende rapport er somatikk og psykisk helse beskrevet i egne bygg, og som egne «brikker» i etappeutviklingen. Dette er imidlertid ikke den eneste løsningen, og i et videre konseptarbeid med valgte løsninger for 1. etappe bør dette fysiske skillet trolig utfordres i større grad til beste for en helhetlig pasientbehandling.

3.5 Avhengigheter

3.5.1 Innledning

I forbindelse med idéfasearbeidet med virksomhetsløsninger som blant annet ledet frem til Idéfaserapport 2.0, ble kliniske avhengigheter med betydning for fordeling av virksomhet i sykehuset samt for etappevis utbygging, belyst gjennom tre ulike metodiske tilnærminger:

- Spørreundersøkelse til alle avdelinger (N3) med etterfølgende dataanalyse (høst 2013)
- Analyse av kontaktpunkter i behandlingen av innlagte pasienter basert på KPP-data (Kostnad per pasient) fra OUS 2012
- Idé- og litteratursøk: Hvilken virksomhet har andre universitetssykehus valgt å samlokalisere?

Kartlagte og analyserte avhengigheter ble tatt hensyn til ved utvikling av virksomhetsmodeller beskrevet i Idéfaserapport 2.0. Arbeidet med avhengighetene er også lagt til grunn for foreliggende rapport, både når det gjelder revidert alternativ 2, delt løsning og etappevis utvikling.

Kvalitetssikrer (OPAK) har stilt spørsmål om hvordan etablering av et lokalsykehus påvirker avhengighetsbildet og behovet for samling av pasientforløp. Det samme spørsmålet stilles også når det gjelder virksomhet på Radiumhospitalet. Hovedtrekkene ved de tidligere beskrevne avhengighetene er derfor vist nedenfor med etterfølgende kommentar knyttet til alternativene som alle nå har virksomhet på flere steder.

3.5.2 Avhengigheter beskrevet i Idéfaserapport 2.0, vedlegg 2

I spørreundersøkelsen, gjennomført høsten 2014, ble hver avdeling spurt om hvilke tre enheter avdelingen mente de har størst behov for fysisk nærhet til. En oppsummering av svarene kan visualiseres som vist i ordskyen nedenfor.



Figur 8. Ordskyen illustrerer, ikke helt uventet, at mange N3-ledere peker på behovet for å ligge fysisk nær PO/Intensiv, akuttmottak, radiologi, operasjon, nevrokirurgi og medisinsk biokjemi.

Det tegner seg et bilde av at det er noen få enheter som har et sterkt nærhetsbehov til mange avdelinger og *vice versa*. Dette gjelder de avdelingene som er illustrert med størst bokstaver i ordskyen.

Avhengighetene som fremkom gjennom analysen danner et interessant bilde, men resultatet må ikke brukes ukritisk. Dette skyldes blant annet at det ikke er lagt inn vektinger i modelleringen som gjenspeiler forhold som avdelingsstørrelse og avhengighetenes medisinske betydning. Deler av dataunderlaget er benyttet i det videre arbeidet, men ikke resultatet i sin helhet. Det er likevel verdt

å bemerke at analysens gruppering av virksomhet ut over den sentrale enheten i stor grad samsvarer med dagens klinikker.

Analyseavdelingen i OUS gjennomførte vinteren 2014 en sammenstilling og analyse av KPP-data fra 2012. Hensikten var å kartlegge hvilke enheter i sykehuset som samarbeider om hvilke innlagte pasienter. Analysen viser på hvilken måte pasienter flyttes mellom avdelinger i sykehuset i løpet av én innleggelse. Polikliniske konsultasjoner eller samhandling rundt pasienter som ikke registreringsmessig flyttes mellom avdelinger kommer ikke frem med denne metodikken. Resultatet viser hyppig interaksjon mellom svært mange enheter, ofte på tvers av klinikkgrensene.

Resultatene fra spørreundersøkelsen og KPP-analysen understøtter hverandre i følgende:

- Det foreligger avhengigheter mellom svært mange ulike enheter, både innenfor og på tvers av klinikkgrenser.
- Sterk avhengighet mellom akuttmedisinsk og annen medisinsk virksomhet.
- Sterk avhengighet mellom virksomheten i fødeavdeling og nyfødtintensiv.
- Sterk avhengighet mellom de medisinske avdelingene.

Pasientforløpsarbeid og innspill fra klinisk side bekrefter at det også foregår hyppig interaksjon mellom ulike fagområder når det gjelder:

- Tverrfaglig samhandling om kreftpasienter; mellom kirurgiske fag, medisin (mht. diagnostikk) og onkologi.
- Medisinske konsultasjoner knyttet til kirurgiske pasienter.
- Behov for ruskompetanse i somatiske enheter generelt og akuttmottaket spesielt.
- Behov for psykiatrisk kompetanse innen somatisk virksomhet. I akuttmottaket spesielt, men også knyttet andre somatiske enheter.
- Umiddelbart behov for laboratoriemedisinske og radiologiske tjenester innenfor akuttvirksomheten.
- Behovet for nærhet mellom psykisk helse og nevrofag, i sær knyttet til behandling av barn.

Sammen med idé-/referansesøk førte analysene ovenfor til at følgende overordnede prinsipper ble lagt til grunn for virksomhetsmodellene beskrevet i Idéfaserapport 2.0:

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 driftseffektivitet.
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.
8. Samling av virksomhet er et gode, men enheter må av drifts- og ledelsesmessige hensyn ikke bli uhensiktsmessig store.

Inndeling av virksomhet etter hastegrad (prinsipp 4) vurderes mer sentralt enn inndeling etter "grad av spesialisering" (prinsipp 5 og 6). Styringsgruppen har tidligere gitt sin støtte til denne vurderingen.

3.5.3 Avhengigheter, lokalsykehus og virksomhet på Radiumhospitalet

Både Alternativ 2 og Alternativ 3 har virksomhet flere steder.

Avhengigheter i sykehuset ble belyst i arbeidet med virksomhetsmodeller i 2013/2014 og resultatet av dette arbeidet lå til grunn for utforming av virksomhetsmodellene (dagens modell, To-/nivådelte modell og klyngemodell). Vedlegg 2 til Idéfaserapport 2.0, omhandler bl.a. dette arbeidet.

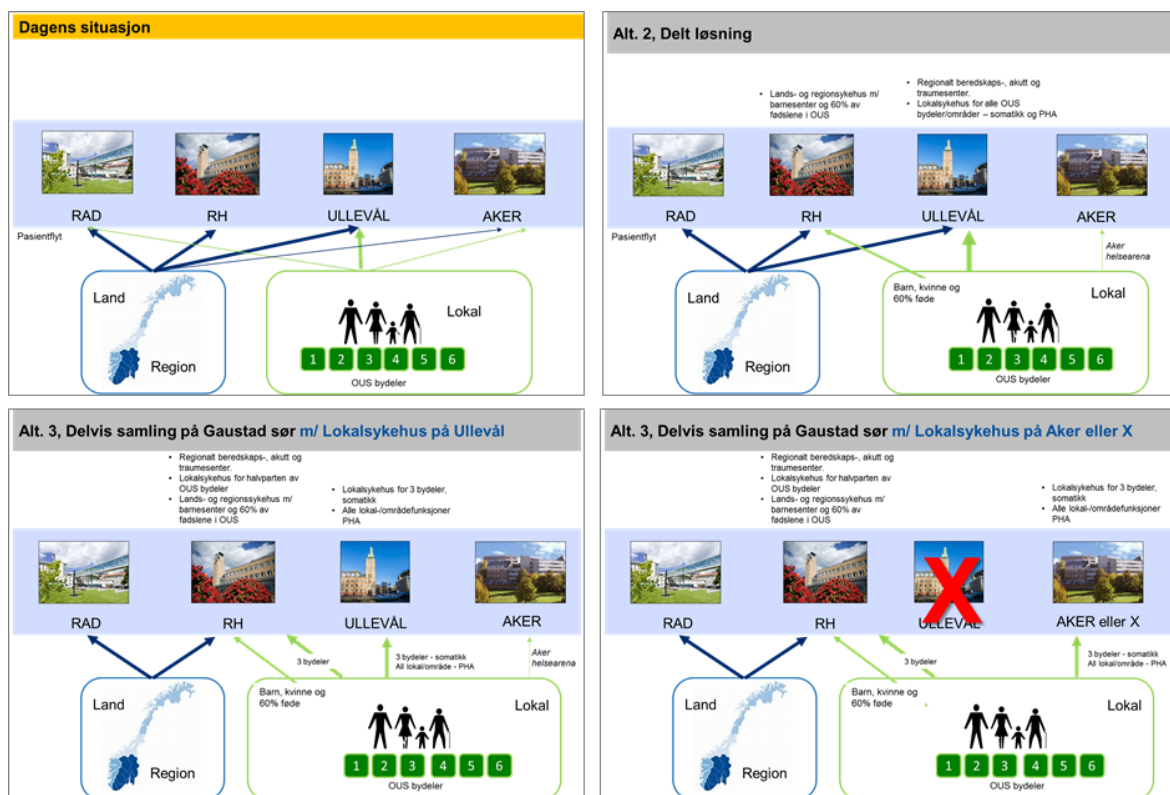
I foreliggende rapport beskriver Lokalsykehusutredningen hvilke funksjoner som bør ligge i et lokalsykehus for å kunne ivareta en høy dekningsgrad ift. den befolkningen sykehuset har ansvar for på lokalsykehusnivå. Et lokalsykehus med akuttvirksomhet og et relativt bredt tilbud både innen kirurgi, medisin og psykisk helse og avhengighet er da viktig.

Lokalsykehuset er også utformet med tanke på pasientvolumer og fagområder som er store nok til å kunne deles både med hensyn til faglig utvikling, forskning og undervisning og hensiktsmessig drift.

I Lokalsykehusutredningen er det drøftet og begrunnet hvor mye og hvilke funksjoner som kan trekkes ut av helheten. Essensen er at lokalsykehuset vil omfatte pasientbehandling av vanlige sykdommer der volumet er stort nok til å kunne deles på flere enheter/steder, og med bredt nok fagmiljø til at mange pasienter kan ferdigbehandles ved lokalsykehuset.

Tilsvarende er det i utredningen av revidert alternativ 2, delt løsning drøftet og begrunnet hvordan delingen mellom Gaustad og Ullevål bør være om multitraume blir liggende på Ullevål.

Grovt skissert pasientflyt for alternativene, etter fullført målbilde, vises nedenfor.



Figur 9 Grovt skissert pasientflyt for alternativene etter fullført målbilde

3.6 Virksomhetsmodeller i Idéfasens alternativer

3.6.1 Virksomhetsmodeller utredet i Idéfaserapport 2.0

I Idéfaserapport 2.0 er tre ulike virksomhetsmodeller beskrevet og vurdert:

1. Dagens modell:

Virksomhetsmodell 1 innebærer en videreføring av dagens struktur, dvs. en fagbasert linjeorganisasjon med avdelinger, samlet i til dels tematiske klinikker.

2. Todelt modell:

Virksomhetsmodell 2 har en todeling av virksomheten etter funksjonsnivå, der kompetansekrevene sjeldne sykdomstilstander skiller seg fra hyppige og ofte kroniske tilstander.

3. Klyngemodell:

Virksomhetsmodell 3 er en klyngemodell med relativt autonome, tematiske sentre som deler på tung infrastruktur som ligger sentralt i sykehuset (for eksempel intensiv- og operasjonsavdeling, avansert bildeanalyse og laboratorievirksomhet). Sentrene kan sees på som mindre sykehus i sykehuset, der pasientbehandling samles tematisk etter pasientforløp. De tematiske sentrene skal sikre pasientene et helhetlig tilbud på tvers av spesialiteter.

Klyngemodellen har vært den foretrukne både i prosjektet og blant høringsinstansene. Idéfaserapport 2.0 beskriver også at et mulig fremtidig OUS-lokalsykehus sør eller øst i Oslo eventuelt vil kunne utgjøre et senter i klyngesykehuset. Tilsvarende beskrives for regional sikkerhetspsykiatri.

Idéfaserapport 2.0 knytter virksomhetsmodellene til alternativene. Styret vedtok 9.4.2015 hvilke alternativer som skulle bearbeides videre. Disse alternativene er noe justert i forhold til de tidligere utredede. Forholdet mellom virksomhetsmodell og alternativer omtales derfor kort nedenfor.

3.6.2 Virksomhetsmodell i Alternativ 2, delt løsning

I Idéfaserapport 2.0 var delt løsning beskrevet som en funksjonsnivådelt løsning med virksomhetsmodell 2. Multitraume var da plassert på Gaustad. Delt løsning er i foreliggende rapport justert, og multitraume er her plassert på Ullevål. Denne delingsmodellen mellom Ullevål og Gaustad medfører regionfunksjoner på begge sykehus, og en virksomhetsmodell inndelt etter funksjonsnivå er ikke hensiktsmessig.

I delt løsning, slik beskrevet i denne rapporten, er heller ikke klyngemodellen aktuell idet sentral felles infrastruktur ikke er mulig med virksomhetsdeling og lokalisering på to steder.

Den mest nærliggende virksomhetsmodellen for revidert Alternativ 2, delt løsning er en videreutvikling av dagens modell. Videreutviklingen bør ta hensyn til det tydelige skillet mellom uavklart akutt og mer avklart og elektiv virksomhet, der Ullevål vil ivareta funksjonen som regionalt beredskaps-, akutt- og traumesenter samt være lokalsykehus for alle OUS bydeler og områder.

Virksomhetsmodellen i Alternativ 2, delt løsning innebærer at flere fag og funksjoner fortsatt vil være lokalisert på flere steder. For noen fag/funksjoner vil dette innebære en duplisering, for andre vil det være mer komplementær virksomhet knyttet til øvrige funksjoner og pasienter som behandles på lokalisasjonen. Idéfaserapport versjon 2.0 viser i kapittel 3.3.11.2, figur 17 hvilken somatisk virksomhet som foregår ved OUS sine fire hovedlokalisasjoner. I Alternativ 2, delt løsning vil dette bildet i all hovedsak opprettholdes for Ullevål og Rikshospitalet. Fag/funksjoner som da vil være begge steder, men som til en viss grad er rettet inn mot ulike pasientgrupper, er hjerte- og lungekirurgi, hjerte- og lungemedisin, nevrokirurgi, nevrologi, gastrokirurgi og –medisin, nyremedisin,

blodsykdommer, infeksjonsmedisin, regionalisert nyfødtdmedisin, plastikk-kirurgi, endokrinologi og ortopedi. Denne situasjonen vil belyses nærmere i konseptfasen. For øvrig vises det til omtale av delt løsning i kapittel 7.

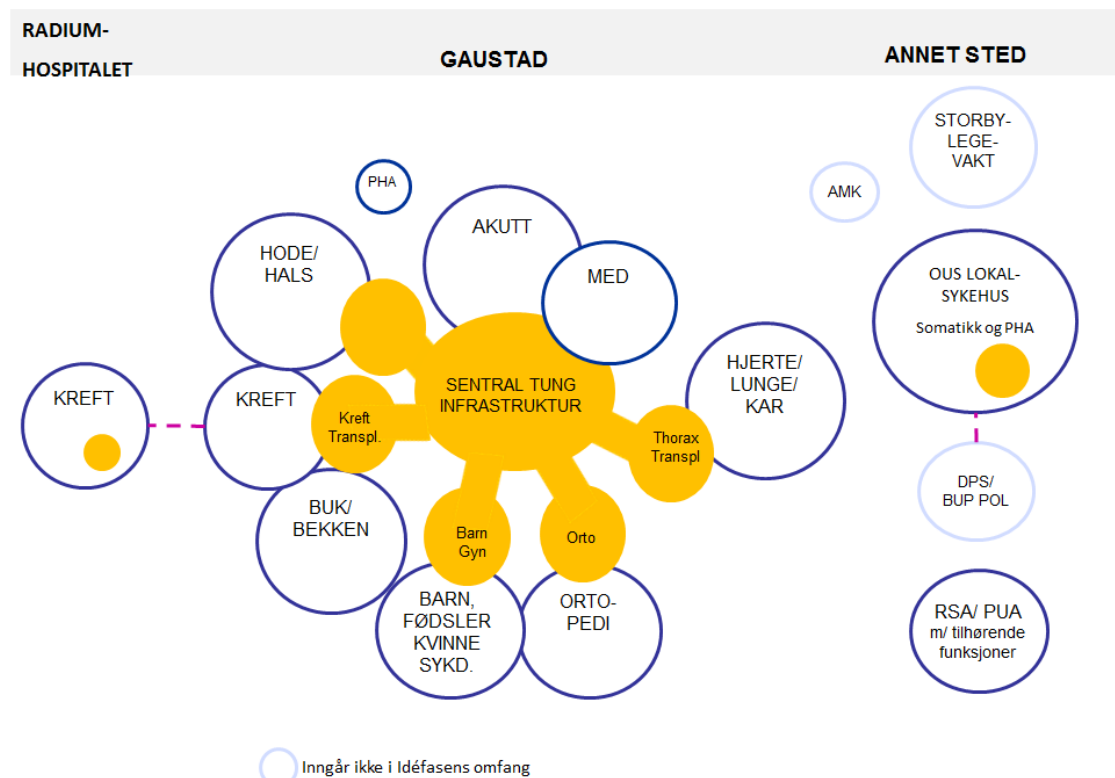
3.6.3 Virksomhetsmodell i Alternativ 3, delvis samling på Gaustad sør

Idéfaserapport 2.0 beskrev virksomhetsmodell 3, klyngemodellen som egnet både for en samling på Gaustad og dersom man skulle etablere et OUS-lokalsykehus sør eller øst i byen.

I målbildet for Alt. 3, delvis samling på Gaustad sør er det virksomhet på Gaustad, Radiumhospitalet, et OUS-lokalsykehus samt i en regional sikkerhetsavdeling med tilhørende funksjoner eventuelt plassert et annet sted. Flere lokalisasjoner utfordrer her prinsippet om sentral infrastruktur som beskrives i klyngemodellen. Etablering av et lokalsykehus og plassering av RSA med tilhørende funksjoner vurderes å kunne håndteres i modellen idet dette kan etableres med egen infrastruktur som ikke vil være like «tung» som på Gaustad. Dette er beskrevet i Idéfaserapport 2.0.

Ett forhold som nå er endret, og som vil ha betydning for utvikling av og egnethet for klyngemodellen i alternativet delvis samling på Gaustad sør, er vedtaket om at det vil være virksomhet på Radiumhospitalet i minst 15 år fremover. Valg av en modell for virksomheten på Radiumhospitalet som gir fullstendige pasientforløp på Radiumhospitalet, vil kunne passe inn i en klyngemodell, mens modeller med en større grad av deling av pasientforløp og funksjoner vil, tilsvarende som for revidert delt løsning, trolig medføre behov for å tenke noe annerledes når det gjelder virksomhetsmodell.

En virksomhetsmodell for Alternativ 3 som bygger på klyngemodellen kan skisseres slik vist nedenfor.



Figur 10 Klyngemodellen i Alt. 3, delvis samling Gaustad med lokalsykehus. Tematiske sentre er samlet rundt tung infrastruktur på Gaustad. Tre sentra ligger andre steder; Et kreftsenter på Radiumhospitalet, RSA/PUA med tilhørende funksjoner et annet sted⁴, og et OUS lokalsykehus på Ullevål, Aker eller tomt X. Storbylegevakt, AMK og DPS/BUP poliklinikker vil også ligge andre steder enn Gaustad, men disse er ikke en del av Idéfaseprosjektets omfang.

⁴ Ett av alternativene til lokalisering av RSA/PUA er Gaustad, men dette ansees bl.a. av vernehensyn som et mindre sannsynlig alternativ enn de andre (se eget kapittel om Idéfaseutredning av RSA/PUA).

Virksomhetsmodellen i alternativ 3, delvis samling på Gaustad sør innebærer stor grad av samling av regionfag/-funksjoner som i dag er lokalisert både på Ullevål og Rikshospitalet. For lokal- og områdefunksjoner vil situasjonen være en annen, idet disse i dette alternativet vil deles mellom Gaustad sør og lokalsykehuset. Her er det imidlertid snakk om større pasientvolumer og duplisering av fag/funksjoner kan være hensiktsmessig for pasienter og drift av sykehuset. Se for øvrig kap. 6 om lokalsykehusfunksjonen.

3.6.4 Idéfase og OUS organisasjonsutviklingsprosjekt

OUS gjennomfører en organisasjonsutviklingsprosess parallelt med Idéfaseprosjektet. Endringer i organisasjonen planlegges fra 1.1.2016 med et perspektiv på varighet i 5-6 år. Idéfaseprosjektet har på sin side et perspektiv som går vesentlig lenger, med ferdigstilling av en 1. etappe rundt 2023/2025, dvs. 8 – 10 år frem. Organisasjonsutviklingsprosessen (OU) har derfor ikke forholdt seg til idéfasens alternativer.

Idéfaseprosjektet vil ved videreføring til konseptfase komme nærmere inn på spørsmål som har med organisering å gjøre. Prosjektet har derfor gjennomført møte med OU-prosjektet og sett på forslagene til endring som foreligger. Organisasjonsendringen som foreslås gjennomført fra 1.1.2016 er deling av flere klinikker, slik at antallet endres fra 9 til 15. Fagsøylene er tydelige, og matriseorganisering omkring pasientforløp et viktig virkemiddel.

Denne organiseringen vil være en struktur som er fleksibel nok til å kunne utvikles til enten en klyngemodell eller en virksomhetsmodell egnet for delt løsning, avhengig av hvilket alternativ som velges. Det er nødvendig å ha en ny OU-prosess forkant av ferdigstilling av valgt alternativ. Organisering av pasientforløpene og arbeidsprosessene (sett i sammenheng med bygg og logistikk) vil være ett av elementene som omhandles nærmere i neste fase.

3.7 Koordinering med Oslo kommunes utredning av storbylegevakt

Oslo kommune utreder plassering av Storbylegevakt med tre alternativer for plassering; Ullevål, Gaustad og Aker. Idéfaseprosjektet koordinerer OUS utbyggingsplaner med kommunens storbylegevaktprosjekt. Prosjektene har hatt flere møter for bl.a. å sikre dialog om fysisk plassering og avhengigheter på de aktuelle tomtene.

En eventuell plassering av storbylegevakten på Ullevål er planlagt på trekant-tomten bak barnesenteret. Denne tomten er ikke benyttet av OUS i idéfasealternativene. Koordineringsmøter har også adressert plassering av erstatningsbygg for virksomhet OUS i dag har på trekanttomten, og som eventuelt må flyttes ved utbygging av Storbylegevakt her.

Utredning av plassering av storbylegevakten på Aker pågår, og det har vært dialog mellom kommunens prosjekt og idéfaseprosjektet når det gjelder fysisk plassering av bygg til både et eventuelt lokalsykehus og til en storbylegevakt på Aker-tomten. Det er krevende å finne gode løsninger som imøtekommer kombinasjonen av god adkomst, legevaktfunksjoner, helsearena, lokalsykehus somatikk samlokalisert med psykisk helse og avhengighet, og de hensyn som ivaretas av vernemyndigheter, samt pågående utvikling på nabotomter.

Oslo kommune har også utredet plassering av storbylegevakt på Gaustad. Den mest aktuelle tomten var da å bygge på parkeringshuset som i dag ligger mot Ringveien. Kommunen har signalisert at denne løsningen ikke er aktuell, og idéfaseprosjektet har derfor planlagt med utvikling av OUS-funksjoner på denne tomten i idéfasealternativene.

3.8 OUS' virksomhet på de ulike lokalisasjoner i dag

3.8.1 Ullevål

Ved Ullevål er det virksomhet både innen somatikk, psykisk helse og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Ullevål ivaretar lokal-, område- og regionsfunksjoner inkludert traume-/akuttmottak og tilhørende klinisk virksomhet, samt enkelte nasjonale funksjoner. Mye av gjenværende virksomhet på Aker, etter overføring til Ahus, er flyttet til Ullevål. Standarden på bygningsmassen og etter hvert også økende kapasitetsbehov som følge av befolkningsøkningen, har medført at innflytting fra Aker foreløpig ikke er fullført. Nytt akuttmottak er oppført på Ullevål og åpnet i 2014.

3.8.2 Rikshospitalet og Gaustad sykehus

På Rikshospitalet (RH) ivaretas i dag i hovedsak elektive lands-, region- og en del områdefunksjoner. I tillegg kommer noen mer akutte funksjoner knyttet til bl.a. hjerte, subarahnoidal, avansert intensiv/ECMO og barn. OUS har gjennomført tiltak for å samle flere regionsfunksjoner på Rikshospitalet de siste årene. Denne tilflyttingen av aktivitet har medført fortetting og kapasitetsutfordringer, spesielt når det gjelder operasjon, intensiv og postoperativ virksomhet samt støtteareal og eksisterende infrastruktur.

Virksomheten på Gaustad er hovedsakelig døgnvirksomhet for voksen psykiatri i tillegg til hoveddelen av forskningsvirksomheten i klinikk for psykisk helse og avhengighet. Bygningsmassen er av eldre byggeskikk som har store begrensninger i forhold til tilpasningsmuligheter og fremtidige bruksområder. Bygningsmassen har også stort teknisk oppgraderingsbehov. En betydelig andel av bygningene, samt tomten, har vernestatus.

3.8.3 Radiumhospitalet

Radiumhospitalet ivaretar om lag halvparten av OUS virksomhet innen kreftbehandlingen. I løpet av de siste årene har OUS flyttet endel "tung" intensivkrevende kreft-kirurgisk virksomhet fra Radiumhospitalet til Rikshospitalet. Dette har også vært påkrevet sett i lys av eksisterende standard på operasjonsstuer og bygninger. For mer utfyllende omtale av OUS virksomhet på Radiumhospitalet henvises det til eget kapittel om kreftvirksomheten.

3.8.4 Aker

Det ble i 2014 etablert en 20 års avtale med Oslo kommune om utvikling og drift av en samhandlingsarena på Aker. Tabellen nedenfor 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.

OUS	Rehabilitering, døgnet Rehabilitering, daghospital og poliklinikk Mammografiscreening Radiologi og laboratorietjenester Lærings- og mestringssenter
Oslo kommune	Legevakt Aker Kommunal akutt døgnenhet (KAD) (se omtale nedenfor) Kommunal rehabilitering, døgnet Geriatrisk ressurscenter m/visningsleiligheten Almas hus Senter for migrasjonshelse Kommunal kompetansetjeneste for rehabilitering
Sunnaas	"Raskere tilbake"- poliklinikk Regionale kompetansetjenester rehabilitering
Sophies Minde	Produksjon og tilpasning av ortopediske hjelpemidler

Figur 11 Samhandlingsaktiviteter ved Aker helsearena, Aker sykehus

Videre har Oslo kommune etablert Kommunal akutt døgnenhet (KAD) på Aker med 73 senger. Tilbudet skal sikre døgnopphold for pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp, men som ikke har behov for innleggelse i spesialisthelsetjenesten. Innleggelser i KAD skal redusere behovet for innleggelser i sykehus.

Aker er på vei mot en samhandlings- og rehabiliteringsprofil, men har fremdeles en god del aktivitet innen fagområder som er ønsket samlet på hhv. Rikshospitalet og Ullevål, men som pga. manglende plass ikke er gjennomført. Dette gjelder bl.a. urologi, karkirurgi, endokrinologi, endokrinkirurgi, fedme, forebyggende medisin, ME, hormon- og dopinglaboratorium. I tillegg er Seksjon rusakuttmottak og avgiftning lokalisert på Aker. Samtidig arbeider OUS konkret med å opprette et dagkirurgisk/ elektivt kirurgisk senter med tilhørende femdøgnspost på Aker.

3.8.5 AKS/SSE

Avdeling for kompleks epilepsi (AKS, tidligere SSE), ligger i Sandvika og har et nasjonalt ansvar for barn, ungdom og voksne personer med vanskelig kontrollert epilepsi.

Byggene som er i bruk har varierende teknisk tilstand, der de nyeste er svært gode. Flere bygg er ikke i bruk, og tilstanden på disse er vurdert som dårlig eller uakseptabel. Som en erstatning for bygg som er stengt, pga. utilfredsstillende rømningskrav ved brann, benyttes et leid modulbygg nå til pasientbehandling. Det foreligger midlertidig brukstillatelse for dette, men det er usikkert hvor lenge man kan opprettholde denne.

3.8.6 Dikemark

Dikemark huser OUS-virksomhet knyttet til Seksjon for psykosebehandling. Her foregår utredning og behandling på høyeste nasjonale nivå tilpasset pasienter med psykiske lidelser og omfattende funksjonsnedsettelse som har behov for døgnkontinuerlig opphold og behandling. Mange har også vansker knyttet til rus og/eller farlighetsproblematikk. Det er et sterkt behov for bedre og mer moderne bygg til regional sikkerhetsavdeling og psykiatrisk avdeling for personer med utviklingshemming/autisme. Bygningsmassen på Dikemark er meget dårlig.

3.8.7 Sognsvannsveien

Spesialseksjonen innen Barne- og ungdomspsykiatri (BUP) er lokalisert i Sognsvannsveien. BUP ungdomsseksjonen er også lokalisert her. Den er godkjent for tvunget psykisk helsevern og består av

to døgnenheter. En vurdering av levedyktighet basert på Multiconsults kartlegging i 2011 viser at byggene i Sognsvannsveien generelt er middels egnet og lite tilpasningsdyktige.

3.9 Aktivitet, kapasitet og areal

Det forventes en betydelig befolkningsvekst i Oslo og i regionen. I 2030 viser prognosene at det vil bo ca. 3,5 millioner mennesker bare i HSØ-området, en økning på 24 % fra 2012. Befolkningen i Oslo forventes å øke med 29 % fra 2012 til 2030, og med hele 37 % frem mot 2040. Dette er en raskere vekst i folketallet enn forventet i Norge og HSØ forøvrig.

Befolkningsøkningen vil innebære økt aktivitet for alle nivåer i helsetjenesten. Det er imidlertid ikke lagt til grunn en tilsvarende arealøkning for OUS. Moderne bygg og investeringer i IKT og medisinsk teknologi som kan gi mer effektive pasientforløp gjennom bedre samhandling og nye behandlingsmetoder, påvirker arealbehovet. I idéfasen ble det foretatt en systematisk gjennomgang av en rekke omstillingsfaktorer for å vurdere pasientgrunnlaget i 2030. 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 diskutert i vedlegg 2 til idéfaserapport 2.0.

Det er videre gjort en vurdering av arealbehovet i 2030 basert på pasientgrunnlaget og arealstandarder. Arealene summeres først i nettoareal som er summen av funksjonsrommene. Ved å legge til arealer til trafikk, teknikk og konstruksjon får man det samlede bruttoareal (ved bruk av brutto/nettofaktor). I tillegg til pasientbehandling har OUS, i nært samarbeid med UiO, Oslo kommune og høgskolene, omfattende og viktige oppgaver innen forskning, utvikling, utdanning og innovasjon. I sum gir dette et arealbehov på ca. 630 000 kvm for framtidens OUS, forutsatt nybygg.

Samlet arealbehov kvm brutto	Somatikk	Psykisk helse og avhengighet	I alt
Sykehusfunksjoner	475 000	55 000	530 000
Forskning og utdanning	92 000	7 000	99 000
I alt (avrundet)	567 000	62 000	Ca. 630 000

Tabell 8 Arealbehov 2030

Alternativene som presenteres i denne rapporten vil ha et høyere samlet areal (over 630 000 kvm) grunnet bruk av eksisterende bygg.

Med den aktivitetsutvikling, de arealstandarder og utnyttelsesgrader som er lagt til grunn i idéfaseprosjektet, vil OUS ha et samlet sengebehov på vel 1600 somatiske sengeplasser (eksklusiv hotellplasser) og rundt 330 plasser til psykisk helse og avhengighetsmedisin i 2030. Tallet omfatter somatiske senger og senger til psykisk helsevern og avhengighet.

Senger	Somatikk 1)	Senger	Psykisk helse og avhengighet ²
«Normalsenger»	1 460	Akutfunksjoner	13
(Hotellsenger	381)	Behandling	278
Observasjonssenger	42	RSA	32
Intensivsenger	120	Særlig høgt sikkerhetsnivå	4

Tabell 9 Forventet behov for døgnplasser/senger 2030

1) Postoperative senger er ikke med i oppstillingen

4 Kreftområdet i OUS

4.1 Forståelse av oppdraget

På bakgrunn av styrets vedtak 30. april 2015 har det vært viktig raskt å få frem virksomhetsavklaringer som kan gi tallgrunnlag for planlegging av byggeaktivitet på Radiumhospitalet. Det er også en viktig oppgave å avklare de virksomhetsmessige forhold knyttet til fordeling av kreftrelaterte oppgaver i den løsningen som blir valgt i hovedprosjektet (delvis samling Gaustad sør, delt løsning Gaustad/Ullevål eller 0-alternativet). Med den svært begrensede tid utredningen og utredningsgruppen har hatt til disposisjon, er arbeidet omkring fremtidig virksomhet og driftsmodell for Radiumhospitalet gitt størst prioritet i utredningsgruppens rapport (Delrapport om kreftområdet). I hovedrapporten er utredningsgruppas arbeid oppsummert i tillegg til at konsekvenser for hele OUS i større grad er vurdert.

4.2 Dagens situasjon

Ved fusjonen av OUS og den påfølgende integrasjonsprosessen var det en tydelig målsetting å samle likeartet virksomhet for å skape sterkere fagmiljøer og bedre drift. Innen kreftområdet er geografisk samling av fagområder innen onkologi i stor grad gjennomført, men noe gjenstår. Den onkologiske behandlingen av pasienter med lymfom, melanom, gynekologisk kreft og CNS-svulster er samlet ved Radiumhospitalet, mens pasienter med testikkelkreft og mage-tarmkreft er samlet ved Ullevål. En større del av lungekreftbehandlingen er flyttet til Ullevål, men fortsatt er lungekreft, brystkreft og urologisk kreft (unntatt testikkelkreft) delt mellom de to enhetene. Mye av intensivkrevende kirurgisk virksomhet har de siste årene blitt flyttet fra, og gynekologisk kreft er samlet til, Radiumhospitalet, men for øvrig har det skjedd liten endring i fagområder innen kirurgisk virksomhet der. Den gynekologiske kreftbehandlingen er integrert med annen onkologisk bekkenkirurgi som i dag er samlet på Radiumhospitalet og fordrer tilstedeværelse av også gastrokirurger, urologer og plastikkirurger og ortopedier.

Kreftkirurgien innen gastro- og barnekirurgi er samlet til ett sted i OUS slik at all barnekirurgi (og barneonkologi) innen kreft og HPB (lever-galleveier-pancreas) er på Rikshospitalet, tykk/endetarmskreft og magesekk/spiserørskreft på Ullevål og sarkom og spesialisert bekkenkirurgi er på Radiumhospitalet.

For lungekreft og hjernesvulster har det ikke vært nevneverdig endring, og urologisk kreft opereres som tidligere på Radiumhospitalet og Aker.

Radiumhospitalet ivaretar om lag 40 % av OUS virksomhet innen kreftbehandling; resterende del utføres i hovedsak ved Ullevål sykehus og Rikshospitalet. Ca. 60 % av strålebehandlingen og 45 % av kjemoterapien gis ved Radiumhospitalet, mens Ullevål sykehus har 40 % av stråleterapien og 50 % av kjemoterapien. I likhet med store deler av virksomheten i OUS, har den kliniske aktiviteten på Radiumhospitalet dårlige bygningsmessige forhold, til dels svært dårlige, og en del av bygningsmassen er stengt. Strålebygget og Kreftforskningsinstituttet er nye og tidsmessige, og det er en stor og god basal forsknings- og translasjonsforskningsaktivitet i instituttet.

4.3 Forventet utvikling av fag og forskning

Antall nye kreftpasienter i Norge har steget de siste årene, både som følge av økning i aldersjustert insidens og økende andel eldre i befolkningen. Innen vår helseregion har Kreftregisteret fremskrevet de 10 hyppigste kreftformene fra perioden 2007-2011 til 2027-2031 og anslått en økning på 48 %.

Bedret behandling har medført at flere lever lenger etter en kreftdiagnose, og blant disse finnes også et økende behov for oppfølging for å ta hånd om følgetilstander og senskader etter behandling.

Mye av kreftutredningen vil foregå på lokalsykehusnivå, i samarbeid og koordinert med spesialiserte miljøer. Kontrollopplegg etter kreftbehandling vil i stor grad kunne skje på lokalsykehus eller i primærhelsetjenesten. Pasienten blir i økende grad en viktig part ved avveininger og valg av eget behandlingsopplegg. Kirurgi vil fortsette å utgjøre en viktig del av kreftbehandlingen. Utviklingen de siste årene er preget av en overgang til mer dagkirurgi (spesielt innen brystkreft) og laparoskopisk kirurgi, eventuelt robotassistert. Det krever spesialisert infrastruktur, men er gjennomgående mer skånsom for pasientene og krever kortere sykehusopphold. Mer teknisk krevende inngrep har som konsekvens at opplæring tar lengre tid og gjør det nødvendig å samle større pasientvolum for å oppnå tilfredsstillende kompetanse innen et team. Det vil derfor være gunstig i størst mulig grad å samle liknende inngrep i sentra som kan spesialiseres. Utviklingen i den medisinske kreftbehandlingen går i retning av mer individuell behandling. Det vil fortsatt være utstrakt bruk av stråleterapi og kjemoterapi, men hyppigere i kombinasjon med persontilpassede behandlingsformer og/eller immunterapi basert på den enkeltes biologiske karakteristika.

Kreftforskning utgjør en stor del av OUS' totale forskningsaktivitet. Kreftrelaterte artikler utgjør ca. 40 % av rundt 1700 originale publikasjoner årlig. Kreftfeltet er i en rivende utvikling der ny kunnskap tilføres i rask tempo. Dypere innsikt i immunsystemets innvirkning gir ny forståelse av nøkkelmekanismer for kreftcellenes oppførsel, og dermed mange nye muligheter for målrettet behandling mot disse. Dette øker behovet for samarbeid mellom laboratorieforskning, klinisk forskning, diagnostikk og klinisk praksis. En stor andel av kreftforskningen ved OUS er knyttet til utvikling og utprøving av ny medikamentell behandling i modellsystemer i laboratorier og i preklinisk og klinisk utprøving. Det foregår også forskning knyttet til strålebiologi og stråleterapi, samt palliativ medisin. Forskning som inkluderer flere samvirkende behandlingsmetoder slik som kirurgi, strålebehandling og medikamentell behandling er viktig å prioritere. Det er et betydelig behov for å utvide forskningsaktiviteten innen alle disse områdene. Det er også behov for å styrke forskning vedrørende optimal bruk av helsetjenester innen kreftområdet og innen optimalisering av pasientforløp og forløpslogistikk. En bedre samordning av forskningskompetansen innen ulike miljøer i OUS, og spesielt mellom Kreftforskningsinstituttet og kliniske miljøer fra alle lokaliteter og ved universitet og høyskoler, ville kunne bidra til dette.

4.4 Avhengigheter – innen kreftbehandling og til andre fag

Utviklingen innen kreftbehandling og andre fagområder har de siste tiårene vært preget av økende tverrfaglig samarbeid og aktiv involvering av flere fagområder og profesjoner. Samtidig har det vært en betydelig styrking i støttefunksjoner rundt både kirurgi og annen behandling ved behov for håndtering av komorbiditet⁵, organsvikt og komplikasjoner. En tettere integrasjon av kirurgi og onkologisk behandling, spesielt innen de vanligste kreftsykdommer gir nye muligheter for pasientnær klinisk forskning. Her bør man også inkludere kommunehelsetjenesten. I Oslo, med en stor befolkningsmengde og hvor OUS har alle nivåer og deler av kreftbehandlingen inklusiv Kreftregisteret, ligger forholdene til rette for å kunne utføre forskning på et høyt internasjonalt nivå.

Et behandlingsforløp med pasienten i sentrum innebærer behov for samhandling med og nærhet til mange forskjellig fagmiljøer og funksjoner. Enkelte slike samhandlinger er så godt innebygget at de ikke diskuteres videre, for eksempel behov for kirurg, operasjonspersonale og anestesi ved inngrep.

⁵ Flere diagnoser/sykdommer i tillegg til og/eller i sammenheng med hoveddiagnosen/hovedsykdommen

Andre avhengigheter kan som eksempel være behov for tilstedeværelse av flere spesialiteter eller funksjoner ved samme inngrep. For et sykehus som OUS med spesialiteter fordelt på flere steder har det vært argumentert med at en spesialist til stede på et nærliggende, men adskilt geografisk sted kan fylle et krav til tilstedeværelse, men vedkommende må kunne være tilgjengelig innen relativt kort tid, for eksempel for å bistå ved et kirurgisk inngrep. For å opprettholde kompetanse, kvalitet og beredskap er det nødvendig å tilrettelegge og organisere fagmiljøene slik at de er tilstrekkelig store og har både spiss- og breddekompetanse til å dekke oppgavene. Dette gjelder særlig små fagområder og spesialisert virksomhet. Dersom slike spesialiteter må dekke oppgaver og vakt på mange steder, vil dette kunne forringe fagmiljøet og mulighetene for faglig utvikling og kvalitet.

Fysisk nærhet fremmer forskningssamarbeid. Dette gjelder samarbeid mellom klinikere og ulike spesialiteter involvert i kreftdiagnostikk og behandling og det gjelder forskningssamarbeid mellom klinikk og laboratoriefag. Dette har vært og er vesentlig for forskningsutviklingen på Radiumhospitalet, men gjelder OUS generelt. Det er bred faglig konsensus nasjonalt og internasjonalt om at institusjonell kreftforskning fremmer kvaliteten av pasientbehandlingen.

4.5 Kreftoppgaver ved lokalsykehus

Spørsmålet om hvilke funksjoner som kan plasseres utenfor hovedsykehuset er vurdert ut fra to sider: Hvilke funksjoner innen diagnostisering og behandling av kreft som kan legges til et eget lokalsykehus, og hvilke deler av den spesialiserte kreftvirksomheten som kan legges utenfor hovedsykehuset.

Følgende oppgaver er vurdert som mulige å legge til et lokalsykehus i OUS:

- Primær utredning av kreft innen de fagområder som lokalsykehuset dekker og slik pakkeforløpene beskriver
- Enklere former for kjemoterapi og annen medikamentell behandling
- Mindre kompleks og mindre utstyrskrevenne palliativ behandling, inkl. smertebehandling.

Også strålebehandlingen går i retning av etablering av flere stråleenheter i de ulike sykehusområder i HSØ for å gi behandling nærmere pasientens bosted. Det er i HSØ utført analyse av fremtidig behov for slike enheter med en opptrappingsplan. For kirurgiske kreftinngrep er det en økende tendens til samling på færre steder og dermed mindre virksomhet på lokalsykehus. Dette åpner opp for at andre deler av den generelle kreftomsorgen i enda større grad bør utføres på lokalsykehusene, fortrinnsvis innenfor rammen av regionale fagnettverk. Enkelte deler av kreftkirurgien som er nær knyttet til akuttfunksjoner bør fortsatt kunne utføres i lokalsykehuset, gitt at dette har tilstrekkelig fagmiljø og støttefunksjoner.

Utviklingen innen medikamentell kreftbehandling og den nasjonale overbygningen med felles behandlingsretningslinjer og fagnettverk, tilsier en økende grad av overføring av oppgaver til lokalsykehuset. I dag er en økende del av medikamentell kreftbehandling poliklinisk (80 %) og nye medikamenter har gjennomgående mindre risiko for akutte alvorlige komplikasjoner som tradisjonell cellegiftbehandling har, noe som tilsier at behandlingen kan skje på flere sykehus.

Hva slags og hvor mye kreftvirksomhet som kan lokaliseres på et lokalsykehus, avhenger av hva slags lokalsykehusmodell som velges. Ved en slik planlagt organisering bør det etableres et godt nettverk der kreftavdelingen ved OUS blir navet. Lokalsykehuset må kunne innfri de forutsetninger som er nødvendige for å ta oppgavene. Dersom det først er aktuelt med lokalsykehus i en senere etappe av

OUS' utviklingsplan, får mulig utskillelse av funksjoner i liten grad konsekvenser for de planene som legges for kapasitet de nærmeste år.

4.6 Kreftvirksomhet utenfor hovedsykehuset

Med bakgrunn i kreftområdets kompleksitet og avhengighet mot andre driftsområder i sykehuset vil det ikke være mulig å tenke seg all kreftvirksomhet samlet utenfor hovedsykehuset. Av bygningsmessige grunner er det heller ikke aktuelt i nær fremtid å få samlet all klinisk kreftaktivitet og heller ikke forskningen innen hovedsykehuset. I arbeidet er det derfor sett på hvilke pasientgrupper som best kan behandles på Radiumhospitalet med utgangspunkt i hensyn til gode og samlede fagmiljøer, komplette og trygge pasientforløp og videreutvikling av et godt forskningsmiljø. I likhet med annen spesialisert virksomhet vil også kreftbehandling drives best innen et elektivt driftskonsept, selv om det må være beredskap for pasienter under pågående behandling. Strålebehandlingen legger også mer langvarige føringer for drift fordi en strålebunker innebærer en stor investering og har en levetid på over 30 år (selv om strålemaskinen har kortere levetid).

Det er i kreftrapporten beskrevet ulike modeller for hva som kan være virksomhetsområdene for Radiumhospitalet. Modellene varierer med hensyn til fire dimensjoner:

- Hvor bred eller smal virksomheten på Radiumhospitalet bør være, hvor mange kreftdiagnoser den bør omfatte og hvor samlet pasientforløpene skal være
- Hvor krevende virksomhet på Radiumhospitalet bør være når det gjelder krav til overvåkningskapasitet, indremedisinsk støtte og vaktordninger
- Hvor stort innslag av mottaksfunksjoner og beredskap bør være på Radiumhospitalet
- I hvilken grad kreftgrupper har stor nytte av fysisk nærhet til Kreftforskningsinstituttet

Alle variablene kan ha betydning, hver for seg og sammen, for kvaliteter knyttet til virksomheten på Radiumhospitalet. De vil også som konsekvens ha betydning for kreftvirksomheten ved de andre sykehuslokalisasjonene. Ingen av modellene er uten uønskede konsekvenser.

4.7 Driftsmessige tiltak uten behov for større endringer

Det er behov for å styrke støttefunksjoner for fremtidige krav til sikkerhet i pasientbehandling. Utredningsgruppen for kreftområdet foreslår at følgende tiltak iverksettes så raskt det er mulig, uavhengig av løsningsalternativ:

- Tilstedeværelse av kardiolog og utstyr til å utføre ekkokardiografi på dagtid som driftes fra avdeling for kardiologi på Rikshospitalet.
- Tilstedeværelse av infeksjonsmedisiner på dagtid som driftes av avdeling for infeksjonsmedisin.
- Pasienter innen lymfomgruppen der behandlingen innebærer høy risiko for å måtte overflyttes til intensivbehandling eller annen behandlingsstøtte ved Rikshospitalet, starter sin behandling på Rikshospitalet. Tiltaket er drøftet med involverte fagavdelinger og det er enighet om hvilke pasienter dette skal gjelde (bl.a. HMAS/oppstartbehandling ved aggressive lymfomer), men det må gjøres mer konkrete beregninger av økt pasientvolum og håndteringen av dette på Rikshospitalet. Foreløpige anslag tilsier et økt behov for senger på Rikshospitalet.
- Sikre tilstrekkelig kapasitet for overvåkning.

4.8 Forslag til fremtidig lokalisering av funksjoner innen kreftområdet i OUS

Utgangspunktet er hvilke endringer innen fordeling av kreftbehandling i OUS som gir best forhold for pasientbehandling, fagutvikling og forskning i framtiden. Her må også drift og kostnadmessige faktorer tillegges vekt. Utviklingen medfører økende kompleksitet og krav til sikkerhet i behandlingen. Dette vil kunne medføre behov for utvidede støttefunksjoner i framtiden og kan gi løsningene som foreslås ulik levetid. Det er derfor nødvendig å sikre fleksibilitet i valgt løsning, slik at sammensetning av pasientgrupper kan tilpasses utviklingen.

I vurderingen av modellene er det viktig å ikke splitte opp de integrerte behandlingsmiljøene som i dag er på Radiumhospitalet. Det gjelder i første omgang det bekkenkirurgiske senteret og sarkombehandlingen.

I Delrapport om kreftområdet er det listet ni modeller for mulig virksomhetsforskyvning mellom Radiumhospitalet og øvrige lokalisasjoner i OUS, fordelt på tre hovedgrupper A, B og C (tabell 16 og 17 i Kreftrapporten). Alle modeller inneholder komplett behandlingstilbud ved Radiumhospitalet for brystkreft og gynekologisk kreft, samt onkologisk behandling innen ØNH- og hudkreft, samt en utprøvningsenhet. Modellgruppene B og C skilles i hovedsak ved at modellene i B innebærer flytting av prostatakreftbehandling til Ullevål slik at denne kan samles der, mens modellene i C innebærer en fortsatt deling av denne behandlingen mellom Ullevål og Radiumhospitalet. Alle undermodellene under B og C krever tilnærmet samme kapasitet innen strålebehandling, angitt som LAE – lineær akselerator-ekvivalenter, der kveldsskift legges inn i kapasitetsberegningen, mens det er variasjon i kapasitet innen annen behandling (se tabeller på de neste sidene). Modellene i C med deling av prostatakreftbehandlingen mellom Radiumhospitalet og Ullevål ble ikke vurdert videre fordi den ikke gir mulighet for et samlet fagmiljø innen prostatakreft. Den interne høringen har medført en ny modell D, som er basert på dagens virksomhet ved Radiumhospitalet (beskrevet som forslag 3 under), men med ytterligere utvidelse i forhold til A- og B- modellene. Høringsinnspillene gir videre et entydig signal om valg av modell B4 fremfor de andre B-modellene, i hovedsak fordi sarkom- og bekkenkirurgi her er beholdt på Radiumhospitalet. Flere av modellene har bare mindre kapasitetsmessige forskjeller. Modellene må sees på som illustrasjoner av mulige forskyvninger i de fremlagte forslagene 1-3, og det vil også være mulig med andre kombinasjoner av fordelinger. Beregninger av sengebehov, operasjonsstuebehov og strålekapasitetsbehov vurderes på dette tidspunkt som usikre, men gir likevel gode estimater av nødvendig kapasitet.

4.9 Oversikt over modeller og sengebehov

Status nå	A	B1	B2	B3	B4	C1	C2	C3	C4	D
Bryst onk og kir, + tyr. Onk seng: 10 Kir seng: 2	Bryst onk og kir, +evt. tyr. Onk seng: 20 Kir seng: 5	Bryst onk og kir, +evt. tyr. Onk seng: 20 Kir seng: 5	Bryst onk og kir, +evt. tyr. Onk seng: 20 Kir seng: 5	Bryst onk og kir, +evt. tyr. Onk seng: 20 Kir seng: 5	Bryst onk og kir, +evt. tyr. Onk seng: 20 Kir seng: 5	Bryst onk og kir, +evt. tyr. Onk seng: 20 Kir seng: 5	Bryst onk og kir, +evt. tyr. Onk seng: 20 Kir seng: 5	Bryst onk og kir, +evt. tyr. Onk seng: 20 Kir seng: 5	Bryst onk og kir, +evt. tyr. Onk seng: 20 Kir seng: 5	Bryst onk og kir, +evt. tyr. Onk seng: 20 Kir seng: 5
Prostata 50%- onk og kir Onk seng: 8 Kir seng: 10	Prostata – onk og kir Onk seng: 15 Kir seng: 10(Rad) + 20(AS)= 35					Prostata 50%- onk og kir Onk seng: 8 Kir seng: 10	Prostata 50%- onk og kir Onk seng: 8 Kir seng: 10	Prostata 50%- onk og kir Onk seng: 8 Kir seng: 10	Prostata 50%- onk og kir Onk seng: 8 Kir seng: 10	Prostata 50%- onk og kir Onk seng: 8 Kir seng: 10
Gastro Seng 12				Gastro Seng 12	Gastro Seng 12			Gastro Seng 12	Gastro Seng 12	Gastro Seng 12
Sarkom/ Lymfom HMAS Seng 31			Sarkom/ Lymfom HMAS Seng 31		Sarkom/ Lymfom HMAS Seng 31		Sarkom/ Lymfom HMAS Seng 31		Sarkom/ Lymfom HMAS Seng 31	Sarkom/ Lymfom HMAS Seng 31
CNS-onk Seng 5		CNS-onk Seng 5	CNS-onk Seng 5	CNS-onk Seng 5	CNS-onk Seng 5					CNS-onk Seng 5
Lunge onk Seng 8		Lunge onk Seng 7+8=15	Lunge onk Seng 7+8=15	Lunge onk Seng 7+8=15	Lunge onk Seng 7+8=15					Lunge onk Seng 7+8=15
Onko- ortopedi Seng 4			Onko- ortopedi Seng 4		Onko- ortopedi Seng 4		Onko- ortopedi Seng 4		Onko- ortopedi Seng 4	Onko- ortopedi Seng 4

Tabell 10 Oversikt over anslag over sengebehov på Radiumhospitalet i hver av modellene (hentet fra Delrapport om kreftområdet)

Status nå	A	B1	B2	B3	B4	C1	C2	C3	C4	D
ØNH onk	ØNH onk	ØNH onk	ØNH onk	ØNH onk	ØNH onk	ØNH onk	ØNH onk	ØNH onk	ØNH onk	ØNH onk
Seng 15	Seng 15	Seng 15	Seng 15	Seng 15	Seng 15	Seng 15	Seng 15	Seng 15	Seng 15	Seng 15
Melano m hud	Melano m hud	Melano m hud	Melano m hud	Melano m hud	Melano m hud	Melano m hud	Melano m hud	Melano m hud	Melano m hud	Melano m hud
Seng 10	Seng 10	Seng 10	Seng 10	Seng 10	Seng 10	Seng 10	Seng 10	Seng 10	Seng 10	Seng 10
Plastikk 8	Plastikk 8	Plastikk 8	Plastikk 8	Plastikk 8	Plastikk 8	Plastikk 8	Plastikk 8	Plastikk 8	Plastikk 8	Plastikk 8
Utprøvin gs-enhet	Utprøvin gs-enhet	Utprøvin gs-enhet	Utprøvin gs-enhet	Utprøvin gs-enhet	Utprøvin gs-enhet	Utprøvin gs-enhet	Utprøvin gs-enhet	Utprøvin gs-enhet	Utprøvin gs-enhet	Utprøvin gs-enhet
Seng 4	Seng 4	Seng 4	Seng 4	Seng 4	Seng 4	Seng 4	Seng 4	Seng 4	Seng 4	Seng 4

Tabell 11 Virksomhet på Radiumhospitalet i dag som forblir uendret i alle modellene (hentet fra Delrapport om kreftområdet)

Status nå	A	B1	B2	B3	B4	C1	C2	C3	C4	D
Senger total RAD 166	146	122	156	119	168	119	158	136	171	174
Senger kir RAD 75	82	53	57	50	69	62	71	79	84	83
Senger onk RAD 91	64	69	99	69	99	57	87	57	87	106
Endring US -onk -kir	-5 ±0	-7 +21	-7 +21	-7 +9	-7 +9	+2 +12	+2 +12	+2 0	+2 0	0 0
Endring RH -onk -kir	30 4 (ort)	30 4 (ort)	0	30 4 (ort)	0	30 4 (ort)	0	30 4 (ort)	0	0
Poliklinikk økter RAD 209	230	214	259	221	263	180	225	184	229	283
Stråle-Kapasitet RAD (+brachy) 10,2 LAE	12,8 LAE	11,7 LAE	11,7 LAE	11,7 LAE	11,7 LAE	11,3 LAE	11,3 LAE	11,3 LAE	11,3 LAE	13,6 LAE
Op.stuer/dag RAD 6,4	6,9	4,7	5,5	5,6	6,4	5,7	6,5	6,6	7,4	7,4

Tabell 12 Samlet oversikt over konsekvenser for sengebehov, strålekapasitet, operasjonsstuer, poliklinikk-kapasitet i hver av modellene (hentet fra Delrapport om kreftområdet)

4.10 Begrunnelser for utvelgelse av modeller som grunnlag for videre utredning

I utredningen av kreftvirksomheten lokalisert på Radiumhospitalet (Delrapport om kreftområdet) er det lagt frem i alt 10 mulige modeller. Alle avviker i større eller mindre grad fra dagens modell. De ni modellene som omfattes av A- B1-B4 og C1-C4 var med i det første utkastet til rapport som gikk ut til intern høring. Premissene for å velge ut to av de ni var følgende:

- Et ønske om å få frem alternativer som bygger på tydelige forskjellige filosofier angående innhold og driftsmodell. I den forbindelse utgjør modellene A og B4 to slike ytterpunkt.
- I den første avgrensningen var det dessuten et ønske om ikke å ha med alternativ som innebar en fortsatt deling av prostatabehandling på to steder. Dermed falt C-variantene bort.
- Noen B-varianter ble dessuten valgt bort fordi de innebar en større oppsplitting av onkologisk behandling enn i dag (strålebehandling på Radiumhospitalet og annen onkologisk behandling på Rikshospitalet).
- En grunn til valg av B4 var dessuten å beholde en variant som opprettholdt en nærhet mellom gynekologisk kreftkirurgi og gastrokirurgi. Etter en høringsrunde var dette den foretrukne modell av klinikken med den største aktivitet på Radiumhospitalet

Etter en intern høring ble en modell D lagt til, etter ønske fra fagledere ved Radiumhospitalet. Innholdet i denne har stor likhet med modell B4 der også lungekreftonkologien er samlet ved Radiumhospitalet. Det er også foreslått at testikkelkreft flyttes fra Ullevål sykehus til Radiumhospitalet. I denne modellen er imidlertid prostatakraft delt 50/50 mellom Radiumhospitalet og Ullevål sykehus. Argumentet for å ta med D-modellen etter høringen var å vise en utvidet virksomhet ved Radiumhospitalet sammenlignet med dagens situasjon og modellene A og B4.

4.11 Vurdering av modellene

I Delrapport om Kreftområdet er de tre foreslåtte modellene vurdert med tanke på konsekvensene for Radiumhospitalet, basert på det mandat prosjektgruppen fikk. Disse er i rapporten vurdert opp mot de fire sentrale kriteriene som alle forslag i Idéfase for framtidens OUS skal vurderes mot.

En oppsummering av argumentene som kommer ut av en slik sammenstilling, er gitt nedenfor. Sterke og svake sider er i hovedsak vurdert med utgangspunkt i hvordan dette vil påvirke forholdene ved Radiumhospitalet, men i noen grad er også konsekvenser for kreftbehandlingen ved Ullevål eller Rikshospitalet diskutert. Vurderingene er gjort med forutsetning om at forslagene om driftsmessige tiltak som ikke krever større endringer, er utført.

Oppstillingene nedenfor oppsummerer evalueringen

Forslag 1		
Radiumhospitalet	Ullevål sykehus	Rikshospitalet
Brystkreft Prostatakreft Gynekologisk kreft Hode-halskreft: onkologi Melanom/hudkreft: onkologi + noe kirurgi Lymfom og sarkom: strålebehandling, utprøvende behandling	Mage-tarmkreft: onkologi + noe kirurgi Urologisk kreft unntatt prostata Lungekreft CNS-svulster Barnekreft: strålebehandling	Hematologisk kreft Lymfom + HMAS Sarkom Hode-halskreft: kirurgi Barnekreft Mage-tarmkreft: noe kirurgi CNS-svulster: noe kirurgi
Kriterium	Konsekvens	
Kvalitet i pasient-behandlingen: Risiko	Kirurgisk og onkologisk behandling med høyere risikonivå og fare for alvorlige komplikasjoner, med behov for støttefunksjoner fra intensivmedisin og medisinske spesialiteter er lokalisert ved RH og US (som høydosebehandling, lymfomer, større abdominalkirurgi). Få "risikopasienter" ved RAD gir lite behov for overflyttinger.	
Kvalitet i pasient-behandlingen: Pasientforløp	Samling av store pasientgrupper med komplett utrednings- og behandlingstilbud ved RAD, US og RH. Spesielt anses samling av lungeonkologi, lungemedisin og lungekirurgi som viktig. Samling av HMAS. Fortsatt delt pasientforløp ved hode-halskreft, lymfom/sarkom, barnekreft og noe mage-tarmkreft	
Arbeidsmiljø	Gir store og sterke samlokaliserte fagmiljøer ved RAD, US og RH. Prostatakreftbehandling skilles fra resten av urologisk behandling (testis, nyre, blære), både kirurgi og onkologi, som betyr at urologer må arbeide ved to lokalisasjoner. Flere miljøer endres, med oppdeling av etablerte miljøer og etablering av nye samarbeidsmiljøer. Dette kan i noen sammenhenger være negativt, i andre positivt. Modellen medfører flytting av spisskompetent personell, spesielt leger. Vaktordning for pasienter med lymfomer/sarkomer ved RH må etableres, i samarbeid med Avd. for blodsykdommer, Ortopedisk avd. og Gastrokirurgisk avd.	
Fagutvikling, forskning, utdanning	Samling av pasientgrupper og pasientforløp gir sterkere fag- og forskningsmiljøer med større pasientmaterialer for klinisk forskning og translasjonsforskning. Noen store fagområder får nærhet til Kreftforskningsinstituttet og Enhet for utprøvende behandling, mens andre får større avstand til Instituttet og Utprøvningsenheten. Dette vil kreve etablering av et sterkere forsknings samarbeid mellom lokalisasjonene. Det blir et noe «smalere» fagmiljø ved	

	Radiumhospitalet.
Kapasitetsmessige konsekvenser (senger, operasjonsstuer, strålekapasitet)	Modellen krever ca. 140 senger ved RAD, etablering av ca. 30 senger ved RH, nokså uendret US, vel 20 % økning i strålekapasitetsbehov ved RAD og tilsvarende mindre ved US, uendret antall operasjonsstuer RAD, flere operasjonsstuer RH (fra Delrapport om kreftområdet)

Tabell 13 Evaluering av forslag 1

Forslag 2		
Radiumhospitalet	Ullevål sykehus	Rikshospitalet
Brystkreft Gynekologisk kreft Hode-halskreft: onkologi Melanom/hudkreft onkologi + noe kirurgi Lungekreft: onkologi Lymfom + HMAS Sarkom Avansert gastrokirurgi CNS-svulster: onkologi Barnekreft: strålebehandling	Mage-tarmkreft: onkologi + noe kirurgi Urologisk kreft Lungekreft: medisin + kirurgi	Hematologisk kreft Mage-tarmkreft: noe kirurgi Hode-halskreft: kirurgi CNS-svulster: noe kirurgi Barnekreft
Kriterium	Konsekvens	
Kvalitet i pasient-behandlingen: Risiko	Det vil være pasienter ved RAD med større fare for komplikasjoner ved tyngre kirurgi (avansert abdominalkirurgi) og onkologisk behandling (lymfomer, HMAS, sarkomer). Dette må kompenseres med etablering av mer medisinske støttefunksjoner. Med flere «risikopasienter» ved RAD må det påregnes flytting av pasienter under behandling til RH/US. Gastrokirurgisk virksomhet sikrer gastrokirurgisk støttefunksjoner til gynekologisk kreftkirurgi og onkologi.	
Kvalitet i pasient-behandlingen: Pasientforløp	RAD vil ha de fleste kreftsykdommene, med noen hele pasientforløp og mange delte forløp (mage-tarmkreft, lungekreft, CNS-svulster, barnekreft) i tillegg til de som er i forslag 1. Komplette behandlingstilbud ved RAD ved lymfom og sarkom. Utfordrende at lungeonkologien flyttes bort fra lungemedisin, thoraxkirurgi og palliativt senter ved US. US får to relativt samlede fagmiljøer: Urologisk kreft i hovedsak og	

	mage-tarmkreft delvis. Forløp innen mage-tarmkreft vil gå mellom US (onkologi) og RH og RAD (kirurgi). Prostatakreftpasienter behandles mest ved US, men vil få brakyterapi ved RAD, evt. må brakyterapi etableres ved US.
Arbeidsmiljø	Bevarer eksisterende samarbeidsmiljøer ved RAD. Flytting av urologisk kreft (onkologi og kirurgi) fra RAD til US med samling til ett miljø. Krevende omstilling for ansatte ved US som får et smalere onkologisk miljø (mage-tarmkreft og urologisk kreft)
Fagutvikling, forskning, utdanning	Med unntak av urologien/uroonkologien, som samles ved US, bevares klinikk- og forskningsmiljø ved RAD med nærhet til Kreftforskningsinstituttet. Samarbeidet mellom urologien/uroonkologien ved RAD og Kreftforskningsinstituttet utfordres når urologisk kreft flyttes fra RAD, må kompenseres uavhengig av samlokalisasjon. De fleste store pasientgrupper lokaliseres med avstand til det palliative senter, fag- og forskningsmiljø ved US
Kapasitetsmessige konsekvenser (senger, operasjonsstuer, strålekapasitet)	Modellen krever ca. 170 senger ved RAD, nokså uendret US og RH, relativt liten økning i strålekapasitet ved RAD, uendret antall operasjonsstuer RAD (fra Delrapport om kreftområdet)

Tabell 14 Evaluering av forslag 2

Forslag 3		
Radiumhospitalet	Ullevål sykehus	Rikshospitalet
Brystkreft Gynekologisk kreft Hode-halskreft: onkologi Melanom/hudkreft onkologi + noe kirurgi Lungekreft: onkologi Prostatakreft: 50 % Evt. testikkelkreft Lymfom + HMAS Sarkom Avansert gastrokirurgi CNS-svulster: onkologi Barnekreft: strålebehandling	Mage-tarmkreft: onkologi + noe kirurgi Prostatakreft 50 % Nyre- og blærekreft Evt. testikkelkreft Lungekreft: medisin + kirurgi	Hematologisk kreft Mage-tarmkreft: noe kirurgi Hode-halskreft: kirurgi CNS-svulster: noe kirurgi Barnekreft

Kriterium	Konsekvens
Kvalitet i pasient-behandlingen: Risiko	Det vil være pasienter ved RAD med større fare for komplikasjoner ved tyngre kirurgi (avansert abdominalkirurgi) og onkologisk behandling (lymfomer, HMAS, sarkomer, testikkelkreft). Dette må kompenseres med etablering av mer medisinske støttefunksjoner. Med flere «risikopasienter» ved RAD må det påregnes flytting av pasienter under behandling til RH/US. Gastrokirurgisk virksomhet sikrer gastrokirurgisk støttefunksjoner til gynekologisk kreftkirurgi og onkologi.
Kvalitet i pasient-behandlingen: Pasientforløp	RAD vil ha de fleste kreftsykdommene, med noen hele pasientforløp og mange delte forløp (mage-tarmkreft, lungekreft, CNS-svulster, barnekreft) i tillegg til de som er i alternativ 1. Komplette behandlingstilbud ved RAD ved lymfom og sarkom. Utfordrende at lungeonkologien flyttes bort fra lungemedisin, thoraxkirurgi og palliativt senter ved US. US får to fagmiljøer: Urologisk kreft delvis og mage-tarmkreft delvis. Forløp innen mage-tarmkreft vil gå mellom US (onkologi) og RH og RAD (kirurgi). Prostatakreftpasienter samles ikke, men deles 50/50 mellom US og RAD, både kirurgi og onkologi. Brakyterapi ved prostatakreft ved RAD
Arbeidsmiljø	Bevarer eksisterende samarbeidsmiljøer ved RAD. Krevende omstilling for ansatte ved US som får et svært smalt onkologisk miljø (deler av mage-tarmkreft og deler av urologisk kreft). Testikkelkreftmiljøet ble samlet ved US i 2012, vil i dette alternativet bli flyttet til RAD. Lungekreftonkologi har vært delvis flyttet fra RAD til US, spisskompetanse vil i dette alternativet flyttes tilbake til RAD
Fagutvikling, forskning, utdanning	Klinikk- og forskningsmiljø ved RAD med nærhet til Kreftforskningsinstituttet bevares. De fleste store pasientgrupper lokaliseres med avstand til det palliative senter, fag- og forskningsmiljø ved US. Prostatakreft delt på to steder, vanskeliggjør forskning og utdanning
Kapasitetsmessige konsekvenser (senger, operasjonsstuer, strålekapasitet)	Modellen krever ca. 170 senger ved RAD (flere om testikkelkreft flyttes), nokså uendret RH og US, økning med en operasjonsstue og ca. 30 % større strålekapasitet ved RAD. Tilsvarende mindre på US (fra Delrapport om kreftområdet).

Tabell 15 Evaluering av forslag 3

4.12 Beskrivelse av forslagene

Det er i Delrapporten for kreftområdet pekt på tre alternativer for drift innen mandatets tidsramme (her beskrevet som «forslag»). Fordeling av pasientgrupper og konsekvenser for den samlede virksomhet ved OUS er vurdert i ovenstående oppstilling. Nedenfor kommer en beskrivelse av hvert forslag.

Forslag 1 (Modell A)

Dette forslaget har som utgangspunkt en mer begrenset drift på Radiumhospitalet, med vekt på mest mulig fullstendige pasientforløp for de gruppene som skal behandles der, samtidig som behovet for støttefunksjoner og overvåking er relativt lite. Dette forslaget vises som **Modell A** i tabellene og innebærer fullstendige behandlingsforløp for pasienter med prostatakraft, brystkreft og gynekologisk kreft, samt samlet onkologisk behandling av ØNH-kreft og hudkreft på Radiumhospitalet. Disse pasientgruppene vil kunne behandles uten stort behov for støttefunksjoner. Det betyr at kirurgisk og onkologisk behandling med høyere risikonivå og fare for alvorlige komplikasjoner, med behov for støttefunksjoner fra intensivmedisin og medisinske spesialiteter er lokalisert ved RH og US (som høydosebehandling, lymfomer, større abdominalkirurgi). Når det gjelder kreft i thyreoidea foreligger det planer for samling av thyreoideakirurgi på Rikshospitalet, men et alternativ er at kreftkirurgien på dette området legges sammen med brystkirurgien som er samme spesialitet. Dette innebærer i så fall en deling av thyreoideakirurgien. Modell A innebærer at det innen dagens volum av senger og operasjonsstuer på Radiumhospitalet vil være rom for en anslått økning i pasientantall i et 15-20 års perspektiv. Ulempene ved modellen er at det blir få, men store fagområder som lokaliseres til Radiumhospitalet med nærhet til Kreftforskningsinstituttet samt at urologisk kreftkirurgi deles mellom hovedsykehuset (urologisk kirurgi utenom prostatakraft) og Radiumhospitalet (prostatakraft). Det bør i fremtiden satses mye på Fase I kliniske studier som bør være lokalisert til Utprøvningsenheten ved Radiumhospitalet. Nærheten av denne enheten til Kreftforskningsinstituttet er viktig. For kreftpasienter som behandles ved de øvrige lokalisasjoner i OUS, må biologisk materiale fraktes til Instituttet. Dette alternativet vil også kreve tilstedeværelse av en eller to gastrokirurger med kompetanse innen gynekologisk kreftkirurgi på dagtid, samt gastrokirurgisk bakvaksordning knyttet til gynekologisk kirurgi.

Forslag 2 (Modell B4)

Forslag 2 innebærer en løsning hvor den store gruppen innen bekken- og abdominalrelatert kreft forblir på Radiumhospitalet sammen med sarkombehandlingen, men hvor prostatakraftbehandlingen i sin helhet flyttes ut. I første omgang vil en slik flytting måtte skje til Ullevål sykehus. Lungeonkologien samles ved Radiumhospitalet ved at virksomheten ved Kreftsenteret ved Ullevål sykehus flyttes til Radiumhospitalet, noe som betyr en større oppdeling av pasientforløpet enn i dag. Forslaget er skissert som **modell B4**. Dette innebærer fortsatt avansert kirurgi på Radiumhospitalet innen lokalavansert endetarmskreft og peritonealsykdom. Den ivaretar behovet for gastrokirurgisk støtte til gynekologisk kirurgi, men forutsetter at det lages løsninger som sikrer mulighet for urologisk kompetanse på dagtid, men uten egen vaktordning. Behovet for støttefunksjoner vil være som i dag, hvor de kortsiktige tiltakene ansees tilstrekkelige, men hvor det vil råde usikkerhet om dette er tilstrekkelig i et fremtidsperspektiv med større krav til sikkerhet. Forslaget bevarer mange av de eksisterende gode samarbeidsmiljøene på Radiumhospitalet, både mellom kliniske disipliner og mot Kreftforskningsinstituttet.

Forslag 3 (Modell D)

Forslag 3 har bakgrunn i **Modell D** og vektlegger det velfungerende miljø som allerede finnes ved Radiumhospitalet og at flere pasientgrupper skal behandles ved Radiumhospitalet, spesielt pga. nærheten til Kreftforskningsinstituttet. Dagens driftsmodell videreføres med tillegg av et brystkreftsenter samt at lungeonkologien og evt. testikkelkreft samles ved Radiumhospitalet. Forslag 3 er derfor det mest omfattende alternativet for drift ved Radiumhospitalet. Denne tilnærmingen innebærer fortsatt deling av prostatakraftbehandlingen. Areal- og ressursbehovet vil øke fra dagens nivå. Behovet for strålekapasitet er også størst, og vil medføre behov for økt maskinkapasitet på sikt.

Avhengigheter mellom fagmiljø og mot forskningen ved Kreftforskningsinstituttet er godt ivaretatt i denne modellen, men det råder usikkerhet om de foreslåtte tiltak til støttefunksjoner er tilstrekkelige i framtiden. Modellen har klare negative konsekvenser for onkologimiljøet ved Ullevål sykehus som kun vil behandle mage-tarmkreft og deler av urologisk kreft.

4.13 Trinnvis utvikling av fremtidige modeller og fleksibilitet

Ingen av modellene lar seg realisere umiddelbart pga. arealmessige forhold. Virksomheten ved Radiumhospitalet må videreføres omtrent i nåværende form i flere år fremover. Imidlertid kan små justeringer som ikke har store arealmessige konsekvenser, gjøres ganske raskt for å bedre pasientsikkerhet og pasientforløp, slik som å flytte en mindre gruppe høyrisikopasienter fra Radiumhospitalet til Rikshospitalet/Ullevål sykehus. Uansett må noen medisinske støttefunksjoner innen indremedisin (kardiologi, infeksjonsmedisin) styrkes så fort som mulig. I forbindelse med utbygging av sykehuset i en første etappe vil større endringer kunne gjøres.

Det er sterkt ønskelig at man kommer frem til løsninger som kan legges til grunn for hvordan man i dag og de nærmeste årene utvikler samarbeidsformer innenfor delte løsninger, men hvor det langsiktige målet er samlokalisering. Dette er spesielt nødvendig for de tre store diagnosegruppene bryst-, lunge- og prostatakreft. Et tettere samarbeid internt ved OUS vil også kunne få positive effekter mot samarbeidene lokalsykehus og mot primærhelsetjenesten

I forslag 1 vil en flytting av lymfom, HMAS og sarkom til Rikshospitalet og avansert abdominalkirurgi til Rikshospitalet/Ullevål sykehus trolig først kunne skje når nybygg er etablert på Gaustad. Samtidig med dette vil all prostatakreftbehandling kunne samles ved Radiumhospitalet. Onkologisk behandling av CNS-svulster og strålebehandling av barn er relativt begrensede virksomheter som kan vurderes lokalisert på et senere tidspunkt avhengig av spesielt strålekapasitet ved de to lokalisasjonene. Hvis et brystsenter kan etableres ved Radiumhospitalet før nybygg kan etableres på Gaustad, vil det kunne bety at noe poliklinisk strålebehandling ved brystkreft eller mer poliklinisk strålebehandling ved prostatakreft i en overgangsperiode må foregå ved Ullevål sykehus.

Påvirkning av de tre hovedalternativene (0-alternativet, delt løsning og Gaustad Sør med lokalsykehus).

Alle forslagene vil kunne realiseres innenfor dagens areal på Radiumhospitalet, men på grunn av den bygningsmessige kvalitet er dette neppe aktuelt. Av den grunn arbeides det også med planer om et nytt bygg.

Med unntak av 0-alternativet, hvor nytt bygg på Radiumhospitalet ikke inngår, vil forslagene kunne realiseres både med Alternativ 2, delt løsning og med Alternativ 3, Gaustad sør med lokalsykehus. Fremdriften av de fremlagte forslagene og hvordan forslagene vil kunne påvirke hovedalternativene, vil i stor grad være avhengig av tidspunkt for realisering av et av et evt. nytt bygg på Radiumhospitalet og av gjennomføring og innhold av første etappe av nybygg andre steder i OUS.

5 Idéfase Radiumhospitalet

5.1 Innledning

Denne idéfaserapporten beskriver muligheter for videre utvikling og drift av Radiumhospitalet frem til 2030. Rapporten er et selvstendig dokument som kan leses for seg, men den er også et delelement av den store "Idéfase 2.0 - del 2 konkretisering etter høring". Dette tilsvarer den strukturen som er lagt opp for Idéfase Regional sikkerhetsavdeling (RSA). Hensikten med å ha disse som separate idéfaser er at de ikke påvirker andre løsninger i idéfasen, begge har høy prosjektmodenhet og begge forutsettes å kunne videreføres i et noe raskere løp enn videre arbeidet med planlegging forøvrig.

Idéfase Radiumhospitalet er også en formalisering og en sammenstilling av ulike arbeid som har pågått over flere år, men særlig det siste året. Disse beskrives nedenfor. I august 2015 fikk Oslo universitetssykehus overrakt et skisseprosjekt som inneholder tegninger og beskrivelser av et potensielt nybygg på sykehusområdet på Montebello. Gaven er et privat initiativ. Bygget, slik det er skissert, er tenkt å kunne gi pasienter og ansatte langt bedre forhold tilpasset moderne kreftbehandling og vil kunne erstatte deler av dagens bygningsmasse. Dagens bygningsmasse på Radiumhospitalet er av variabel kvalitet, men store deler er nedslitt med store oppgraderingsbehov. Det hefter en rekke tilsynsavvik, spesielt innen brann, elektro- og ventilasjonsforhold, ved bygningsmassen, men også avvik meldt fra egne ansatte samt klager fra pasientene. Det foreligger derfor omfattende oppgraderingsplaner for bygningsmassen på Radiumhospitalet både på kort og lenger sikt. Radiumhospitalets tilstand utgjør en vesentlig del av grunnlaget for de midlene som er bevilget i lån over statsbudsjettet 2016 for å lukke tilsynsavvik de neste fire årene, og som reflekteres i OUS' prosjekt- og investeringsplaner.

Som en del av styrets vedtak om sykehusdrift på Radiumhospitalet i minst 15 år til, har det vært arbeidet med en delutredning for kreftområdet. Innstilling er levert denne høsten, og konkluderer med at det er mulig og faglig ønskelig med videre drift på Radiumhospitalet. Det er beskrevet tre ulike forslag til løsninger som man ønsker å konkretisere nærmere. Modellene har noe ulik sammensetning av pasientgrupper med noe ulike behov for areal og støttefunksjoner. Idéfase forholder seg ikke til innholdet i virksomheten, utover den evalueringen som allerede foreligger, men konkluderer med at det er arealmessig mulig å inkludere alle tre modeller i Radiumhospitalets bygningsmasse, enten man velger å oppgradere eller å erstatte deler av denne med et nybygg. Det vil imidlertid i neste fase av planleggingen være behov for at linjeledelsen konkluderer om hvilken retning som er ønskelig, da de delene som ikke skal inngå i Radiumhospitalets virksomhet eventuelt må innlemmes i andre bygg eller på andre lokalisasjoner.

Arbeidet med denne idéfasen er utført av en prosjektgruppe bestående av representanter fra de ulike gruppene som har arbeidet med de ulike beskrevne initiativene det siste året, altså både representanter fra skisseprosjektet, byggplanlegging i OUS, men også fra kreftutredningsgruppen i idéfaseprosjektet Framtidens OUS. I tillegg har gruppen bestått av tillitsvalgte og brukerrepresentanter. Tidsperspektivet har vært kort og arbeidet har foregått over to måneder. Forutsetningen for at det har vært mulig å ferdigstille på så kort tid, var at det bygges videre på allerede utført arbeid.

HSØ og Sykehusbygg ble orientert om prosessen med idéfase Radiumhospitalet i møter 6. og 23. oktober 2015. I tillegg er det avholdt et eget arbeidsmøte den 20. november med Sykehusbygg og HSØ i forhold til planlegging og dokumentasjonskrav til neste fase av prosjektet.

5.2 Anbefalinger

Det anbefales på bakgrunn av idéfaseutredningen å gå videre til konseptfase med de foreliggende planene. I konseptfase er kravet at man normalt sett skal gå videre med minst tre, men at det skal være minst to alternativer. Det første alternativet er det såkalte "0-alternativet" som innebærer å drifte videre i dagens bygg, men at disse oppgraderes og ombygges for å understøtte drift. Det andre alternativet er å etablere et nybygg som erstatter deler av dagens bygningsmasse, og oppgradere gjenværende arealer som er nødvendige for en helhetlig løsning. Begge alternativer forutsetter å være arealmessig tilstrekkelige til å understøtte alle foreslåtte virksomhetsmodeller. Begge alternativer forutsetter riving av eksisterende bygningsmasse. I tillegg kommer videreføring av tre virksomhetsmodeller hvor valg mellom disse skal avklares som en del av arbeidet i konseptfasen.

Ut fra en samlet evaluering av begge byggalternativene, og basert på den kunnskapen som nå foreligger, fremstår alternativet med nybygg som langt bedre enn 0-alternativet. Det er en rekke argumenter for dette. De viktigste er som følger:

Pasientperspektivet – Ut fra pasientperspektivet er nybygg å foretrekke av flere grunner. For det første er det vanskelig å se for seg at det er mulig å håndtere den belastningen en ombygging gir samtidig med full drift. Det er signifikante mangler på fleksibilitet i gammel bygningsmasse versus ny bygning. Et nytt klinikkbygg vil kunne ha flerbruksfunksjoner og en *fleksibilitet* som man ikke vil få i gamle bygg.

Det er også vesentlig lettere å legge til rette for nærhet mellom funksjoner og reduserte avstander i et nytt bygg enn i et gammelt. For å sikre *gode pasientforløp* for alvorlig syke pasienter er reduksjon av avstand et mål i seg selv. Nærhet vil også ha betydning for de ansatte og legge til rette for mer effektive arbeidsprosesser. I tillegg er et nytt klinikkbygg forventet å gi positiv påvirkning på rekruttering.

Forutsigbarhet for kapasitet og drift er ulike mellom et 0-alternativ og et alternativ som inkluderer et nybygg. Etablering av et nybygg legger til rette for full drift i gamle bygg i byggeperioden uten at dette går utover kapasitet og drift. Omvendt vil gjennomføringen av et 0-alternativ tvinge frem redusert drift i hele gjennomføringsperioden. I beskrivelsen om gjennomføringsrisiko stilles det spørsmål om ombyggingene vil være så omfattende at de utløser nye forskriftskrav. Dersom dette er tilfellet er det spørsmål om det i det hele tatt lar seg gjøre å bygge om. Slik det er planlagt i 0 alternativet så er det lagt opp til rokeringsbygg og areal for sengeposter og poliklinikk, samt en fremdriftsplan for operasjon der det først etableres nye stuer, før man bygger om de neste i en rekkefølge på to og to. Det er imidlertid en del usikkerhet til gjennomførbarheten av dette. Dersom det ikke viser seg mulig så vil det gå utover kapasitet og drift i ombyggingsperioden, og kan gi økt ventetid for kritisk syke pasienter.

Tid og forskjeller i tid er vanskelig å anslå eksakt i denne fasen, men det kan fastslås at det vil være forskjell i medgått tid mellom oppgradering av eksisterende bygg i et 0-alternativ og et nybygg i nybyggets favør. Dette avhenger noe av reguleringsmyndigheter, men et nybyggsalternativ er beregnet å kunne være ferdigstilt innen utgangen av 2020. Ombygging i eksisterende arealer vil kreve en etasjevis tilnærming med etapper som hver vil være 1,5-2 år. Dette vil altså gi forlengelse av gjennomføringsperioden. Det private initiativ har skissert tidsplaner med enda kortere horisont gitt at dette er et gjennomførbart alternativ.

Kostnadmessig skiller de to alternativene seg fra hverandre med ca 300 millioner, der oppgradering som inkluderer nybygg vil være det dyreste alternativet. Ulikheter i kostnadsbildet mellom 0-alternativ og et nybyggalternativ er imidlertid lavere/mindre i dette tilfellet enn man ser i andre

byggprosjekter. Det vil være noe høyere forvaltnings-, drift- og vedlikeholdskostnader (FDV kostnader) også i et nybyggalternativ, men det forventes lavere vedlikeholdskostnader over tid. Denne forskjellen inkluderer lukking av tilsynsavvik og inkluderer et brystsentersenter.

Omdømme og synlige resultater inngår ikke som et kriterium i evalueringsprosessen, men er likevel trukket frem av mange. OUS har drevet planlegging og utredning i mange år etter fusjonen og foreløpig er kun ett nybygg realisert (akuttbygget på Ullevål). Muligheten for å realisere et nybygg og avhende gammel bygningsmasse på Radiumhospitalet trekkes frem av brukere og ansatte som en betydelig forbedring og et synlig resultat. Realisering av et brystsentersenter i et eget bygg vil også gi muligheter til å avvikle stiftelsen og overføre eierskapet av tomter til OUS. Dette vil føre til mer ryddighet og forutsigbarhet.

5.3 Usikkerhet og risiko

Det er tatt inn en rekke viktige avgrensninger og forutsetninger på dette stadiet i prosessen. Mange av disse vil avklares i neste fase eller senere i prosessen. En del av de viktigste er stikkordsmessig gjengitt under og gjenfinnes også i idéfaserapporten for Radiumhospitalet.

Oppgradering av eksisterende bygg som skissert i 0-alternativet, har store usikkerheter vedrørende gjennomføring. Det antas at arbeidet vil kunne være så vidt omfattende at det utløser en såkalt hovedombygging og at det ikke vil være mulig å ha full eller delvis drift i ombygningsperioden. En eventuell hovedombygging vil dermed også trolig redusere totalkapasitet da det vil innebære møte med nye forskrifter der flersengsrom må gjøres om til ensengsrom osv. Det vil kanskje være mulig å søke dispensasjon, men ikke som en varig løsning.

Grunnforhold og omregulering innebærer begge risikomomenter. Der D bygget er i dag og et nytt klinikkbygg eventuelt skal bygges, er det krevende grunnforhold og deler av jordmassen er i bevegelse. Dette resulterer i store setningsskader mellom de deler av byggene som står stødig og de deler av byggene som er i bevegelse, eksempelvis i C bygget. Dette er en håndterbar problemstilling, men den må løses. Andre usikkerheter som er kommet frem er blant annet hovedstrømledningen til Oslo vest går i det samme området og må flyttes dersom et nytt klinikkbygg skal plasseres der det er tegnet. Ytterligere forhold i denne kategorien vil kunne dukke opp i senere planleggingsfase og skape nye usikkerheter.

Et nytt bygg vil trolig medføre behov for omregulering. Erfaringsmessig er dette tidkrevende prosesser som krever administrativ og politisk involvering. Det er gitt noe ulike signaler foreløpig vedrørende et eventuelt nytt klinikkbygg. Regulering ligger på kritisk linje skissert i tidsplanen i kapittel 13.

Nye bygg skal ikke være til *hinder* for *helhetlig og videre utvikling av Radiumhospitalet*. HSØ har stilt som et tydelig krav at et eventuelt nytt klinikkbygg ikke skal være til hinder for videre utvikling av Radiumhospitalet inkludert plassering av et eventuelt fremtidig protonsentersenter. Så langt i arbeidet med skisseprosjektet og dagens riveplaner er dette ikke en risiko eller usikkerhet i dette prosjektet.

Lang avstand mellom etapper i tid og kostnad er og vil være en risiko for utvikling av Radiumhospitalet. Dersom det er stor avstand i tid til et eventuelt nytt klinikkbygg lar seg realisere eller mellom et eventuelt nytt klinikkbygg og videre oppgradering av bygg som skal beholdes (bygg C og Bygg F) så vil det måtte investeres uforholdsmessig store midler til vedlikehold og oppgraderinger i bygg som siden er planlagt erstattet og/eller revet (A og B).

6 Lokalsykehusfunksjonen

6.1 Innledning

Spørsmålet om det bør etableres et lokalsykehus øst eller sørøst i Oslo adresseres i Idéfaserapporten, versjon 2.0. Etablering av et lokalsykehus et annet sted i byen kan være hensiktsmessig både for Oslos befolkning, samhandlingen med primærhelsetjenesten og bydelen/Oslo kommune og OUS egen utvikling.

Styret i OUS vedtok i styremøte 9.4.2015 i sak 20/2015 Idéfase OUS å fortsette den såkalte idéfaseutredningen av framtidens OUS. Vedtaket innebærer at sykehuset avgrensner sitt videre arbeid til tre hovedalternativer. Basert på dette vedtaket har mandatet for utredningsarbeidet knyttet til lokalsykehus vært å beskrive mulig virksomhetsinnhold og lokaliseringalternativer for et lokalsykehus i OUS, samt konsekvenser for OUS' øvrige virksomhet. Hovedvekten er lagt på beskrivelse av lokalsykehusvarianter.

I utredningen brukes lokalsykehus som betegnelse på det sykehus OUS kan plassere utenfor regionsykehuset og omfatter, i de beskrevne modeller, ulikt omfang av funksjoner fra lokalsykehus til store deler av områdesykehuset.

Utredningsarbeidet har lagt eksisterende oppgavedeling i Oslo sykehusområde til grunn. Dette medfører at vi har sett på lokalsykehusfunksjoner for de bydelene OUS har ansvaret for i dag, inkludert Sagene, som når det gjelder somatikk i dag er «lånt ut» til Lovisenberg. Estimert befolkningsvekst i Oslo viser at OUS vil ha lokalsykehusansvar for 328 000 innbyggere og områdesykehusansvar for 685 000 innbyggere i 2030. Utredningen har foretatt skaleringsvurderinger for lokalsykehusvariantene, for på denne måten å ta høyde for endringer i oppgavedeling og kommunens organisering i nåværende bydeler som vi per i dag ikke kjenner til utfallet av.

Hovedfokuset for utredningen har vært å skissere en organisering av lokalsykehusfunksjonen som ivaretar hensynet til at:

- Alle Oslos innbyggere skal motta **likeverdige lokalsykehustjenester**, uansett hvilket lokalsykehus de sokner til. Enhetlig organisering av lokalsykehusene er ønskelig både av hensyn til fleksible skaleringsmuligheter og gode samhandlingsmodeller.
- Det fremtidige lokalsykehuset bør organiseres med tanke på å sikre **gode pasientforløp** og ikke kun etter diagnose ved innleggelse.
- Det fremtidige lokalsykehuset bør ta høyde for at en stor del av pasientene vil være av **annen kulturell bakgrunn** enn den norske. Man må legge til rette for ulike behov i forhold til pårørendes tilstedeværelse og deltakelse i pasientens sykehusopphold.
- Det fremtidige lokalsykehuset skal være **fleksibelt** nok til å kunne ta i bruk ny **tjenestedesign, innovasjon og ny teknologi** raskt til pasientenes beste. Det må legges til rette for samhandling mellom spesialist- og primærhelsetjeneste, pasienter og pårørende på flere plattformer.

6.2 Virksomhetsinnhold i lokalsykehus

Det legges til grunn at et lokalsykehus i Oslo skal kunne ta seg av de vanligste sykdommer og kunne stabilisere pasienter som må videresendes. Et lokalsykehus vil dels være rettet mot pasientgrupper som er relativt store forbrukere av spesialisthelsetjenester, og vil derfor måtte ha en bred kontaktflate med befolkningen og bydeler/Oslo kommune og primærhelsetjenesten. Et grunnleggende prinsipp bør være at pasienten kommer rett til stedet som kan tilby behandling, dvs.

triageres til rett nivå. Et lokalsykehus i OUS skal drive forskning og utdanning. Dette er en del av kjernefunksjonen i alle deler av et universitetssykehus.

Som underlag for utforming av varianter av lokalsykehus har utredningsgruppen blant annet benyttet et utvalg relevante referansesykehus i HSØ; Lovisenberg diakonale sykehus, Diakonhjemmet sykehus, Bærum sykehus, Sykehuset Østfold Kalnes og Ahus.

6.3 Varianter av lokalsykehus

For å definere ulike varianter av lokalsykehus har utredningsgruppen sett spesielt på tre forhold som er avgjørende for både innhold og dimensjonering av lokalsykehuset:

- a) Skal lokalsykehuset ha akuttkirurgi?
- b) Hvor stort omfang av sykehusfunksjoner innen psykisk helse og avhengighetsbehandling skal legges til lokalsykehuset?
- c) Skal alle eller bare noen av OUS lokalsykehuspasienter få sitt sykehustilbud ved lokalsykehuset?

For å forenkle denne problemstillingen noe er det valgt å beskrive to alternativer i rapporten; lokalsykehus for halvparten (ca. 150-200 000/3 bydeler) eller alle (ca. 300 000/6 bydeler)

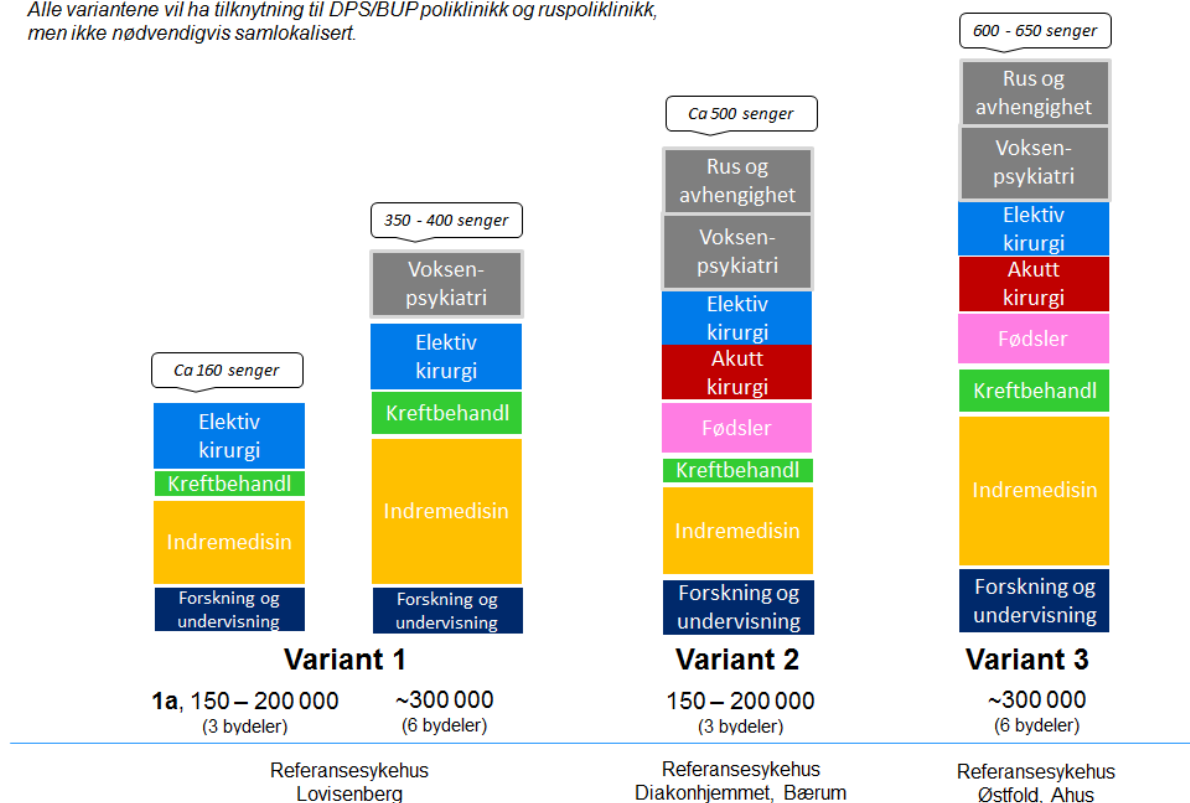
Lokalsykehusvariantene som er skissert tar utgangspunkt i grunnleggende funksjoner i lokalsykehus, og bygger på med akuttkirurgi, fødsler, område- (og regions-) funksjoner innen psykisk helse og avhengighet, støttefunksjoner og forskning og utdanning. Variantene skiller seg fra hverandre på disse områdene, samt på størrelsen av pasientgrunnlaget.

Innen kreftbehandling er det, basert på innspill fra utredningsgruppen for kreft, beskrevet flere funksjoner som aktuelle for plassering i et lokalsykehus. Funksjoner og aktivitetsvolum er avhengig av omfang av indremedisin og bredden på tilbudet i lokalsykehuset. Tilsvarende gjelder også for omfanget av psykisk helse og avhengighet.

Elektiv kirurgi er vurdert å være et viktig element for å sikre faglig kvalitet på lokalsykehuset, spesielt dersom lokalsykehuset er uten akuttkirurgi. Elektiv kirurgi er derfor lagt inn i alle lokalsykehusvariantene, men med noe ulikt omfang.

Følgende tre varianter av lokalsykehus er beskrevet:

Alle variantene vil ha tilknytning til DPS/BUP poliklinikk og ruspoliklinikk, men ikke nødvendigvis samlokalisert.



Figur 12 viser et overordnet bilde av innhold i variantene. Medisinske og ikke-medisinske støttefunksjoner er inkludert, men ikke vist på denne illustrasjonen.

Variant 1 er uten akuttkirurgi, med enten kun DPS/BUP pol/ruspoliklinikk tilknytning (1a) eller også voksenpsykiatri (1). Variant 2 og 3 er begge med akuttkirurgi, men skiller seg fra hverandre i pasientgrunnlag, dvs. antall innbyggere dette er et lokalsykehus for, og som en konsekvens av dette, omfang av lokalsykehusfunksjoner på regionsykehuset i OUS. Variant 3 inneholder all virksomhet innen psykisk helse og avhengighet, unntatt regional sikkerhetspsykiatri, BUP døgn- og dagfunksjoner, nasjonale og regionale funksjoner og høyspesialisert forskningsvirksomhet. DPS, BUP poliklinikk og ruspoliklinikk inngår ikke i idéfaseprosjektet.

Ved fremskriving av befolkningsutvikling i Oslo (moderat befolkningsvekst) forventes det en økning av fødselstallet fra dagens antall på noe under 10 000 fødsler til 13 500 fødsler frem mot 2030 i de bydeler av Oslo hvor OUS i dag har ansvaret for fødselsomsorgen. Dette er et svært høyt antall fødsler samlet på ett sted, og deling av fødevirksomheten er derfor vurdert, tilsvarende dagens organisering mellom Rikshospitalet og Ullevål. Fødsler i lokalsykehus forutsetter akuttmedisinsk beredskap, anesthesiologi og nyfødtdmedisin, på døgnbasis samt tilstedeværende gynekolog.

Sett fra et prehospitalt ståsted vil ett enkelt akuttmottak som tar imot alle pasienter være det enkleste. Alle andre varianter innebærer muligheter for at pasienten havner på feil sted og får behov for sekundærtransport. Alle varianter av mer enn ett mottak bør derfor fokusere på enkel triage. Best her er sannsynligvis at lokalsykehuset enten er så lite at det er aksept for at en rekke pasienter uansett ikke hører hjemme der, og derfor kan transporteres rett til regionsykehuset, eller at det er så stort, og har så mange tjenester, at det håndterer de vanligste lokalsykehusfunksjonene.

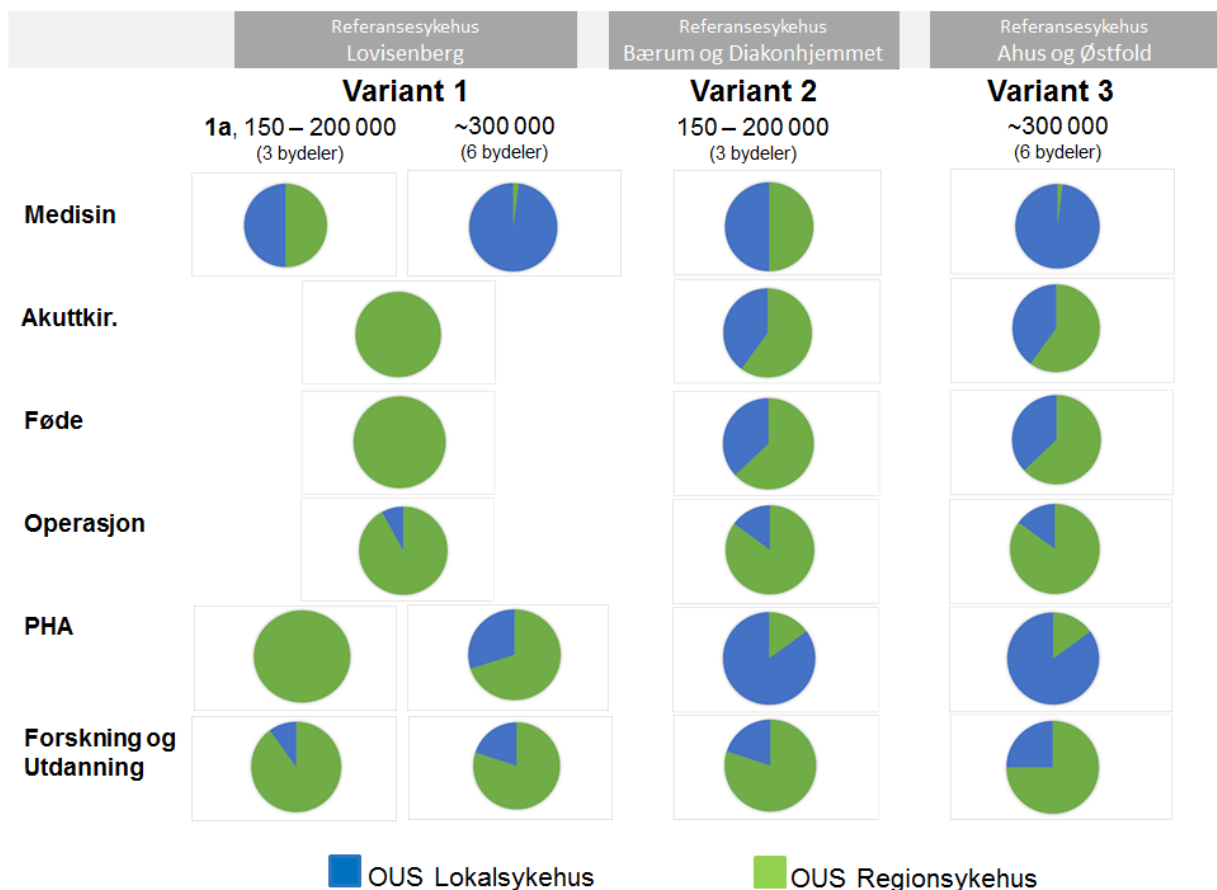
6.4 Konsekvenser for virksomheten i resten av OUS

Konsekvensene for virksomhet i OUS belyses ved å knytte de tre lokalsykehusvariantene opp mot idéfasens tre hovedalternativer:

- Alternativ 1: 0-alternativet
- Alternativ 2: Delt løsning mellom Gaustad og Ullevål
- Alternativ 3: Delvis samling på Gaustad sør kombinert med et lokalsykehus utenfor hovedsykehuset

Lokalsykehuset i 0-alternativet blir primært et spørsmål om hvor og hvordan lokalsykehusfunksjonen vil ivaretas ved en videre drift av sykehuset slik man er lokalisert i dag. Dette skiller seg fra lokalsykehusene i tiltaksalternativene Delt løsning mellom Ullevål og Gaustad og Delvis samling på Gaustad sør. Der det for de to sistnevnte alternativene presenteres et lokalsykehus som finnes ett sted, for sin befolkning/ sine bydeler, vil 0-alternativet innebære at lokalsykehusfunksjoner innen ulike fagområder leveres fra flere lokalisasjoner i OUS. Hovedandelen av lokalsykehusfunksjoner innen somatikk vil være på Ullevål.

Delvis samling på Gaustad sør kombinert med et lokalsykehus utenfor hovedsykehuset overlapper med Delt løsning mellom Gaustad og Ullevål når lokalsykehuset plasseres på Ullevål. Figuren nedenfor gjelder derfor begge disse alternativene, og illustrer variantene på et overordnet nivå ved å vise andelen av virksomhet på henholdsvis lokalsykehuset (blå) og regionsykehuset (grønn). Både lokalsykehuset og regionsykehuset vil inneholde områdefunksjoner. Variant 1a er en nedskalert versjon av variant 1.



Figur 13 Andelen virksomhet på henholdsvis lokalsykehuset og regionsykehuset.

Tall og bydelsreferanser som relateres til variantene knytter seg først og fremst til lokalsykehusfunksjoner innen medisin. Akuttkirurgi og fødsler er områdefunksjoner og vil relateres

nødvendige/hensiktsmessige pasientvolumer (omtalt tidligere). Omfanget av PHA på henholdsvis lokalsykehus og regionsykehus varierer med omfang av indremedisin og bredden på tilbudet i lokalsykehuset.

For de ovenfor nevnte områdene er det spesielt noen forhold knyttet til de ulike lokalsykehusvariantene som er pekt på som utfordrende sett opp mot virksomheten på regionsykehuset:

- Medisin
I variant 1 og 3 vil nesten alle indremedisinske pasienter behandles ved lokalsykehuset. Man vil da få et regionsykehus med akuttkirurgisk, men uten ordinær indremedisinsk funksjon. Dette er en ikke utprøvd modell i Norge og vil kreve kompensatoriske løsninger for å sikre adekvat indremedisinsk kompetanse. Slike kompensatoriske løsninger vil sannsynligvis være lite driftseffektive og gi lite optimale pasientforløp. Dersom disse variantene skal være aktuelle må man finne kompenserende løsninger som gjør det mulig å opprettholde nødvendig indremedisinsk kompetanse og beredskap på regionsykehuset.
- Psykisk helse og avhengighet
I variant 2 vil mesteparten av behandlingen innen psykisk helse og avhengighet foregå utenfor regionsykehuset. Det må derfor finnes gode liaisonløsninger som tilfredsstillende behovet for denne kompetansen på et regionsykehus som også skal ivareta halvparten av OUS lokalsykehuspasienter. PHA liasonløsning til regionsykehuset må også finnes for variant 3, men utfordringen er her noe mindre idet alle somatiske lokalsykehuspasienter ivaretas ved lokalsykehuset.
- Føde/gynekologi/nyfødtintensiv
I variant 2 og 3 vil gynekologi-miljøet måtte finne en løsning for å håndtere fødevirksomhet på to steder. Det samme gjelder tilfredsstillende løsninger for nyfødtintensiv. I variant 1 samles alle fødsler på regionsykehuset, og 13 500 fødsler per år på ett sted vurderes å være for mye.
- Forskning og utdanning
For universitetsfunksjonene vil lokalsykehusvariant 1 uten akuttkirurgi være utfordrende. Dette gjelder både med hensyn til forskning og rekruttering av vitenskapelig personell til lokalsykehuset og for undervisning, der studentene i samme termin vil få undervisning på forskjellige sykehus i medisin og kirurgi.
- Akuttkirurgi og multitraume
I variant 3 er omfanget av akutt indremedisin på regionsykehuset svært lite. Det må derfor, som nevnt ovenfor under punktet medisin, etableres kompenserende løsninger som gjør det mulig å opprettholde nødvendig indremedisinsk kompetanse og beredskap på regionsykehuset.

6.5 Vurdering av lokalsykehusalternativene i et virksomhetsperspektiv

Alle lokalsykehusvariantene er mulig å etablere i et framtidens OUS. Lokalsykehusvariantene som inkluderer både medisin og akuttkirurgi fremstår som de mest attraktive for både OUS' egen virksomhet, brukerrepresentanter, Oslo kommune og UiO. Variant 2 og 3 skiller seg i hovedsak fra hverandre når det gjelder omfang av indremedisin ved lokalsykehuset, men variant 3 har som konsekvens at man får et regionsykehus med akuttkirurgi, men uten ordinær akutt indremedisin. Dette er en ikke utprøvd modell og regionsykehusets behov for akutt indremedisinsk funksjon vil

fremtvinge kompensatoriske løsninger som med stor sannsynlighet ikke vil være driftseffektive, og vil kunne medføre lite optimale pasientforløp.

Når de ulike variantene for lokalsykehus vurderes og konsekvenser for regionsykehuset også tas hensyn til, anbefales det at variant 3 legges til grunn for videre arbeid med etapper for Alternativ 2, delt løsning, og variant 2 legges til grunn for Alternativ 3, delvis samling Gaustad sør pluss lokalsykehus annet sted.

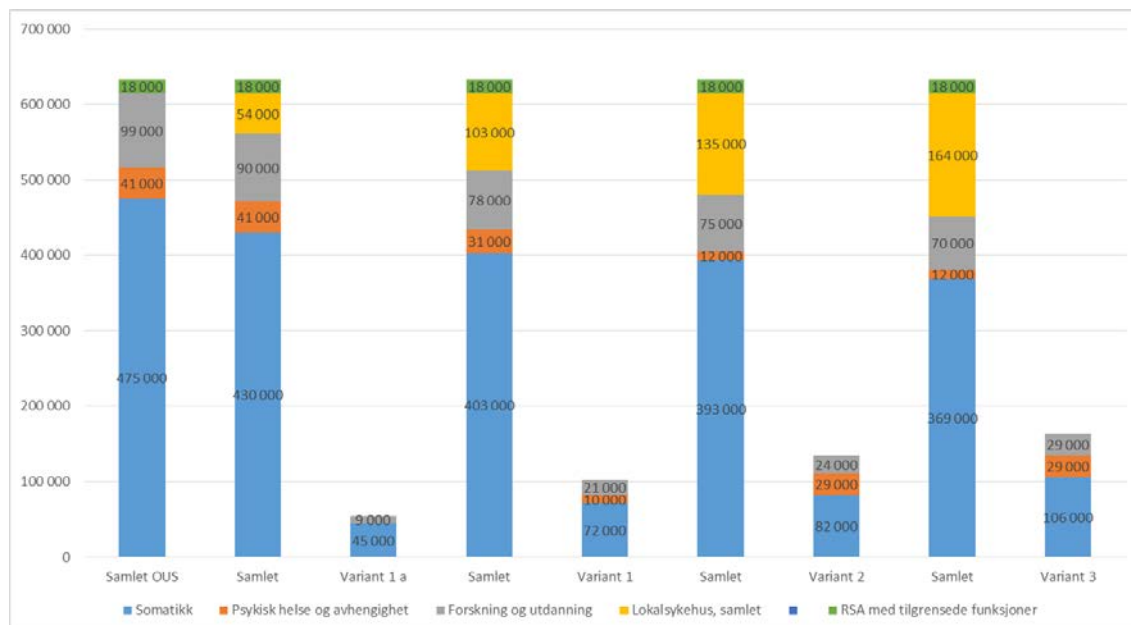
Variant 2 kan også bygges ut trinnvis, og kan eventuelt utvides til variant 3 på et senere tidspunkt om det skulle være ønskelig. Ved å legge lokalsykehusvariant 2 til grunn låses dermed ikke valget, samtidig som det er en arbeidsforutsetning som gjør det mulig å jobbe med etappeinndelingen uten for stor kompleksitet.

6.6 Arealbehov for lokalsykehusvariantene

Det ble som en del av idéfasearbeidet i 2014 etablert en arealmodell for å dimensjonere framtidens OUS basert på aktivitet og arealstandarder, dokumentert i kapittel 3.5 i idéfaserapport 2.0. Denne arealmodellen er videreutviklet for å vurdere arealer i et lokalsykehus.

I delrapporten om lokalsykehus skisseres aktivitets-omfang og volumer som kan legges til ulike alternativer av et lokalsykehus. Dimensjoneringen av et eventuelt lokalsykehus er basert på en fordeling av aktivitet på lands- og regionsnivå versus område- og lokalnivå, på avdelingsnivå i OUS, dvs. at det på avdelingsnivå er vurdert andel av aktivitet som kan legges til et lokalsykehus.

Arealene summeres først i nettoareal som er summen av funksjonsrommene basert på aktivitet og arealstandarder. Ved å legge til arealer til trafikk, teknikk og konstruksjon får man det samlede bruttoareal. Forholdet mellom bruttoareal og nettoareal kalles brutto/nettofaktor, og det regnes med en brutto/nettofaktor på 2,1 for somatikk og 1,8 for psykisk helse og avhengighet. I figuren under vises resultatet av arealberegningene for lokalsykehus.



Figur 14 Areal lokalsykehus

Arealvurderingene viser at størrelsen på lokalsykehuset varierer fra 54 000 (variant 1a), 108 000 (variant 1), 140 000 (variant 2) til 169 000 kvm (variant 3), gitt nybygg. Dette utgjør fra 9 til 27 % av det samlede arealet for framtidens OUS (ved kun nybygg). Arealvurderingene for lokalsykehuset er benyttet i arbeidet med skisser og fysiske løsninger.

I arbeidet med idéfase RSA med tilknyttede funksjoner, foreslås det at plasser for lokal sikkerhet lokaliseres sammen med RSA og PUA. Anslått areal for lokal sikkerhet er ca. 5 000 kvm, noe som innebærer en reduksjon av lokalsykehuset og en tilsvarende økning for RSA med tilknyttede funksjoner.

7 Ny analyse av Alternativ 2, Delt løsning

7.1 Innledning

Virksomhetsmodellen i tidligere beskrevet Delt løsning jf. idéfase 2.0, innebar en todeling av virksomheten etter funksjonsnivå. I denne modellen var multitraume lagt til Gaustad. I den reviderte delte løsningen legges det til grunn at multitraumevirksomheten forblir på Ullevål sammen med all akuttkirurgi og indremedisin fra OUS' opptaksområde. Virksomhetsmessig gir dette et tydeligere skille mellom akutt ikke-triangert og elektiv høyspesialisert virksomhet.

Delt løsning baseres prinsipielt på en deling etter funksjonsnivå, med unntak av virksomhet knyttet til traume og virksomhet med avhengighet til traume. For øvrige regionfunksjoner på Ullevål, dvs. som ikke har avhengigheter til traume, legges det til grunn at disse på sikt samlokaliseres med andre regionfunksjoner på Gaustad. Delt løsning innebærer dermed at OUS får regionsfunksjoner på to sykehus (tre med Radiumhospitalet). Forskning og utdanning skal være tett integrert med virksomheten på begge lokalisasjoner.

7.2 Ullevål – en kombinasjon av regionalt akutt- og traumesenter og lokalsykehus

Ullevål vil i det reviderte alternativ 2, Delt løsning, være en kombinasjon av lokalsykehus for alle bydeler OUS har lokalsykehusansvar for, samtidig som det vil være et områdesykehus for store deler av den kirurgiske virksomheten, samt regionsykehus med en betydelig, og for regionen sentral, spisset akuttvirksomhet inkludert multitraume. Dette innebærer samling og behandling av akutte tilstander der multidisiplinær tilnærming og ressurskrevende utstyr for behandling av akutte tilstander er nødvendig. OUS vil på Ullevål ha kapasitet og et samlet akuttmedisinsk og -kirurgisk fagmiljø som utgjøre en regional beredskapsressurs. Ullevål vil være et sentralt sted for utdanning og forskning knyttet til lokal-, område- og regionale funksjoner både elektivt og akutt. Innen psykisk helsevern for voksne samt avhengighetsbehandling vil alle lokal- og områdefunksjoner samles på Ullevål i denne løsningen.

7.3 Gaustad – regionsykehus

På Gaustad vil man i dette alternativet samle regionfunksjoner som ikke har avhengighet til traumevirksomheten. Det vil si samling av utredning og behandling av tilstander der multidisiplinær tilnærming og/eller ressurskrevende utstyr/behandlingsmetoder er nødvendig. Omfanget av regionfunksjoner som her flyttes fra Ullevål til Gaustad er ikke svært stort, men OUS har flere miljøer med lands- og regionfunksjoner som i dag ligger spredt og i tildels dårlig bygningsmasse. Eksempler er AKE (SSE) og døgnvirksomhet innen barne- og ungdomspsykiatri (BUP) samt regionfunksjoner som i dag ligger på Aker.

OUS barneverksamhet samles på Gaustad, med unntak av behandling av barn utsatt for skader (traume). Det etableres et barnesenter med kvinnesykdommer og fødsler (inkl. gyn). Slik beskrevet i «lokalsykehusutredningen» vil rundt 60 % av fødevirksomheten ligge på Gaustad. Innen psykisk helse og avhengighet er det i delt løsning, som i delvis samling på Gaustad sør, lagt til grunn at BUP (døgn og spesialpoliklinikk som i dag ligger på Sogn) og avdeling psykisk helse, nasjonale og regionale tjenester som i dag ligger på Ullevål og Gaustad samles på Gaustad sammen med det meste av forsknings og utviklingsaktiviteten.

Forskningsvirksomheten på Gaustad forventes intensivert gjennom en slik samling av høyspesialisert virksomhet.

7.4 Skisse til fysisk løsning



Figur 15 Delt løsning – skisse til fysisk løsning

7.5 Kan det etableres et lokalsykehus i tillegg til virksomheten på Gaustad og Ullevål?

Delrapporten adresserer også spørsmålet om det i alternativ 2, Delt løsning mellom Gaustad og Ullevål kan etableres et lokalsykehus i tillegg til de to førstnevnte lokalisasjoner. I teorien kunne man tenke seg at det var mulig å legge deler av indremedisin og akuttkirurgi til et lokalsykehus plassert et annet sted i Oslo, men fortsatt som en del av OUS. Dette vurderes imidlertid å skape en vanskelig situasjon på Ullevål. Multitraumevirksomheten og tilhørende/avhengige funksjoner har behov for et stort robust sykehus med alle nødvendige spesialiteter og akutfunksjoner rundt seg. Et lokalsykehus variant 2 på Ullevål vurderes som for lite til å gi den nødvendige støtten i så måte. En delt løsning med lokalsykehus i tillegg betyr også en varig spredning av OUS virksomhet på fire lokalisasjoner⁶ med akuttvirksomhet på tre av dem. Dette er ikke hensiktsmessig for god pasientbehandling, drift, faglig utvikling eller forskning og undervisning i OUS. Et lokalsykehus i tillegg må da være en lokalsykehusvariant 1a. Denne varianten er i utredning av lokalsykehus i OUS beskrevet som en lite hensiktsmessig løsning både for pasientbehandling, faglig samarbeid og utvikling, forskning og utdanning og effektiv drift. Løsningen med lokalsykehus i tillegg til lokalisering på Gaustad og Ullevål er derfor lagt til side før utredning av etappevis utvikling.

7.6 Skalerbarhet i delt løsning

Skalerbarheten ved den delte løsningen vurderes som begrenset idet Ullevål ikke bør bli større, dvs. at OUS ikke kan håndtere flere enn 6 bydeler i denne modellen. På den andre siden kan OUS heller ikke gi fra seg mer enn 1, maks 2, bydeler fordi det er nødvendig med et robust og stort miljø rundt en regional akutt- og traumefunksjon.

⁶ Gaustad, Ullevål, Radiumhospitalet og et lokalsykehus

Det bemerkes her at denne utredningen legger dagens oppgavedeling i Oslo sykehusområde til grunn. Skulle OUS tilføres ansvar for 2- 3 flere bydeler enn i dag kan et lokalsykehus i tillegg til delt løsning eventuelt vurderes på ny, og løsningen er i så måte skalerbar.

8 Etappevis utvikling

8.1 Etappeinndeling - hovedprinsipper og prioriteringer

8.1.1 Innledning

Styrets vedtok som punkt. 4 i behandling av idéfaserapport versjon 2.0, 9.4.2015 saken (SAK 20/2015):

4. *Styret ber administrerende direktør på grunnlag av det samlede idéfasearbeidet om å legge fram forslag til plan for idé-/ konseptfase for Oslo universitetssykehus HF til styremøtet i desember 2015. Denne planen skal inneholde forslag om en første etappe for de aktuelle alternativene, herunder en beskrivelse av virksomhetsinnhold for alle tre alternativene.*

Basert på dette vedtaket er oppgaven for utredningsarbeidet knyttet til etappeinndeling og innhold i 1. etappe å beskrive:

- Etappeinndeling pr. alternativ;
0-alternativet, alternativ 2 delt løsning og alternativ 3 delvis samling Gaustad Sør med lokalsykehus.
- Etappeinnhold i 1. etappe pr. alternativ;
0-alternativet, alternativ 2 delt løsning og alternativ 3 delvis samling Gaustad Sør med lokalsykehus.
- Plan for gjenværende virksomhet etter at 1. etappe er realisert.

8.1.2 Forutsetninger

Utredningsgruppen har arbeidet basert på følgende forutsetninger:

- Lokalsykehusvariant 2 er lagt til grunn for arbeidet med etapper i alternativ 3 (ref. vedtak i styringsgruppen 31.8.2015) og Lokalsykehusvariant 3 er lagt til grunn i alternativ 2 (ref. kapittel 7).
- Tiltak som prioriteres i 1. etappe uavhengig av annet innhold:
 - Nybygg for regional sikkerhetsavdeling
 - Nybygg for økt kapasitet og forsvarlig drift av nyfødttintensiv på Gaustad
 - Det skal drives virksomhet på Radiumhospitalet i et perspektiv på minimum 15 år. Dette betyr at et målbilde for etappeinndeling som sees i et 2030 perspektiv legger til grunn at det drives virksomhet på Radiumhospitalet også i 2030 (ref. kreftutredningens Modell A, B4 eller D). Det er liten størrelsesvariasjon mellom de tre alternativene. Det tas høyde for å etablere areal for 30-35 senger og 2 operasjonsstuer på Gaustad for virksomhet som flyttes ut fra Radiumhospitalet. Dette er et aktuelt tiltak dersom Modell A velges på Radiumhospitalet.
- Ved eventuell riving av den eldste delen av Domus Medica (UiO) og hotellet på Gaustad må tilfredsstillende erstatningsarealer sikres før riving.
- For både AKE (SSE) og BUP døgn på Sogn flyttes virksomheten samlet.
- Urologi og kar forutsettes flyttet fra Aker før 1. etappe.

- I vår utredning brukes lokalsykehus som betegnelse på det sykehus OUS kan plassere utenfor regionsykehuset og omfatter både lokalsykehus- og store deler av områdefunksjoner (ref. kapittel 6). Lokalsykehuset forutsettes å være en del av OUS.
- Dersom et lokalsykehus legges til Ullevål er det lagt til grunn at hele Ullevål benyttes. Denne forutsetningen er basert på en vurdering av at det på grunn av eksisterende virksomhet på Ullevål, er lite sannsynlig at større deler av tomten kan frigjøres for nybygg i en første etappe.
- Dersom et lokalsykehus legges på Aker er det lagt til grunn at nybygg for somatikk bygges i sør, og for psykisk helse i nord. Denne forutsetningen er basert på analyser for mulighetsrommet på tomten, og signaler fra bl.a. Riksantikvar og Byantikvaren. Muligheten for å ta hensyn til vern i en slik løsning er vesentlig bedre enn motsatt.

8.1.3 Hovedprinsipper og prioriteringer

HSØ har signalisert et omfang på i størrelsesorden rundt 10 milliarder kroner i en første etappe som kan ha byggestart 2019/2020. Utredningsarbeidet har tatt utgangspunkt i at alternativer for innhold i første etappe må være hensiktsmessige for virksomheten, og ikke nødvendigvis begrenset til 10 milliarder. Det er heller ikke avklart hvordan nytt RSA/PUA, nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet og vedlikeholdsinvesteringer i påvente av ferdigstilling av første etappe skal finansieres. I den økonomiske analysen er alle disse elementene tatt med (unntatt den allerede behandlede vedlikeholdsinvesteringen på ca. 1,8 mrd. kr).

Videre er anslagene i denne rapporten kun grove estimater som må bearbeides videre i en konseptfase. Usikkerhet er det også knyttet til sykehusets økonomi og mulighet til å håndtere en første etappe i omfang 10 milliarder.

Basert på signaler fra HSØ om omfang av 1. etappe, er det også klart at OUS må vurdere hvilket hovedgrep som prioriteres. Det er for eksempel, innenfor denne rammen, ikke mulig å prioritere både bygging av et nytt lokalsykehus og en større utbygging på Gaustad i første etappe.

For å kunne diskutere en håndterlig mengde løsningsalternativer har utredningsgruppen sett på muligheter for etappeinndeling basert på tre ulike hovedgrep. Hovedgrepene er utformet bl.a. basert på behovet som ligger til grunn for arbeidet med idéfaseprosjektet:

Prosjektutløsende behov	Alternative hovedgrep i 1. etappe
1. Erstatte gamle, uhensiktsmessige og til dels nedslitte bygg på OUS	Samle regionfunksjoner <i>Nybygg for samling av regionfunksjoner på Gaustad er her hovedgrepet i 1. etappe. Som en konsekvens frigjøres kapasitet på Ullevål.</i>
2. Samle pasientforløp og styrke kvalitet, fagmiljø, utdanning og forskning. Dette gjør det mulig å redusere antall vaktlag og dublering av kostbart medisinsk utstyr.	Bygge lokalsykehus først <i>Hovedgrep utgjøres av nybygg for lokalsykehuspasienter, fødsler og nyfødttintensiv. Ullevål, Aker eller en av tomtene pekt på av Oslo kommune (kalt X) er aktuelle lokaliseringer.</i>
3. Styrke den samlede kapasiteten pga. sterk befolkningsvekst i opptaksområdet.	Nybygg for både regionfunksjoner og lokalsykehus i første etappe <i>Hovedgrep er nybygg som gjør det mulig å flytte fra Dikemark, Sogn, gamle Gaustad, AKE (SSE) og dårlige bygg på Ullevål og Radiumhospitalet</i>

Tabell 16 Etappeinndeling basert på tre ulike hovedgrep

Det understrekes at alle tilnærminger, kalt hovedgrep, skal bidra til å fraflytte dårlige bygg.

Idéfaserapport versjon 2.0 beskriver noen hovedprinsipper for virksomhetsmessig prioritering av innhold i etapper. Utredningsgruppen har benyttet disse både i forbindelse med sammensetning av etapper og i forbindelse med vurdering av sterke og svake sider ved etappene.

Prinsippene for virksomhetsmessig prioritering er slik beskrevet nedenfor (ref. Idéfaserapport 2.0, kap. 10.3). Etappene må settes sammen slik at de understøtter pasientsikkerhet og medisinsk forsvarlighet.

Etappene må:

- Bidra til å lukke og forebygge bygningsmessige myndighetspålegg ved å flytte ut av gamle, dårlige og uhensiktsmessige bygg.
- Ivareta faglige avhengigheter mellom ulike deler av sykehusets virksomhet.
- Gi den nødvendige kapasitet til å møte den voksende befolkningens behov for spesialisthelsetjenester.
- Bidra til gode, helhetlige pasientforløp internt i sykehuset.
- Bidra til samling av tverrfaglig miljø som behandler én sykdom (der det er mulig).
- Gjøre det mulig å samle dupliserte funksjoner.
- Skjerme pågående klinisk virksomhet i byggeperioden.

Økonomiske forhold i vid forstand er viktig ved planlegging av etappevis utbygging, bl.a. driftsøkonomi både for den virksomheten som kommer med i 1. etappe, og for den gjenværende virksomheten. Første etappe må styrke sykehusets evne til å kunne drive god pasientbehandling og samtidig økonomisk effektivt.

8.1.4 Kort om arbeidsprosess og utredningsrekkefølge

Utredning av etappeinndeling ble først gjennomført for *0-alternativet* og *alternativ 3, Delvis samling på Gaustad sør med lokalsykehus*. Utredningen er dokumentert i en egen rapport; Delrapport om etappevis utvikling, datert 12.10.2015. Dette arbeidet ble etterfulgt av en revidert beskrivelse av *alternativ 2, Delt løsning* samt etappevis utvikling av dette alternativet. Metodisk bygget sistnevnte utredning på samme lest som den første. I etterfølgende kapitler er derfor etappevis utvikling av alternativ 3 omtalt før tilsvarende for alternativ 2. 0-alternativet har en egen tilnærming og omtales først.

8.2 0-alternativet

0-alternativet innebærer videreføring av virksomhet i eksisterende bygg til lavest mulig kostnad.

Det er i dette alternativet lagt til grunn at dagens arealer kan møte dagens aktivitetsnivå, og at aktivitetsøkning frem mot 2030 skal dekkes gjennom nybygg. I 0-alternativet inngår 119 000 kvm til nybygg. Det er ikke inkludert nybygg eller ombygginger som følge av eventuelle organisatoriske omstillinger. Totalt utgjorde 0-alternativet i Idéfaserapport 2.0 en investering på rundt 30 milliarder kroner.

Investeringstiltakene ble i idéfaserapport 2.0 fordelt på 3 etapper (se vedlegg 4 til Idéfaserapporten 2.0), og 69 % av omfanget ble lagt til etappe 1. De to øvrige er på hhv. 19 og 12 %. Tiltakene i etappe 1 utgjør i størrelsesorden 18 mrd. kroner i forventet prosjektkostnad.

En endring av første etappe til 10 mrd. kroner vil innebære at nær halvparten av tidligere anslått omfang av etappen må skyves til en senere etappe. Dette innebærer igjen at hele eller deler av nybygg og ombygginger ved Ullevål, Aker eller Radiumhospitalet vil måtte skyves på.

OUS vil bli innvilget lånesøknad (1,26 mrd. kr + egenfinansiering = ca. 1,8 mrd. kr) til opprustning av bygningsmassen, statsbudsjettet for 2016. Dette innebærer at viktig tiltak ved sykehuset da kan gjennomføres i perioden 2016-2019, slik at presset på å gjennomføre tiltak i første etappe må forventes å bli redusert.

Tiltakene i første etappe i 0-alternativet vil, etter en justering for å møte indikert ramme på omkring 10 milliarder, være som vist nedenfor, der de overstrøkne tiltakene i sin helhet er flyttet til senere etapper, mens de med grå skrift delvis gjennomføres, delvis skyves til etappe 2. Det er her lagt vekt på nybygg for RSA/PUA, samt tiltak på Radiumhospitalet og Ullevål som forbedrer situasjonen for virksomhet i de dårligste byggene i 1. etappe.

1) 0-alternativet

Bli på fire steder som nå;
renovering/oppgradering av
gamle bygg, enkelte nybygg



1. Etappe i 0-alternativet

- **Nybygg** (38 000 m²)
for somatikk på Ullevål og Rikshospitalet
- **Nybygg** (18 000 m²) RSA/PUA
- **Ombygging** (68 000 m²) av viktige bygg for pasientbehandling på Ullevål og Radiumhospitalet, Aker, Sandvika og Sognsvannsveien
- **Teknisk oppgradering** av bygg primært på Ullevål og Radiumhospitalet
- **Rokeringsbygg** (10 000 m²) på Ullevål og Radiumhospitalet

Tabell 17 Tiltak i etappe 1 0-alternativet. I figuren er RSA/PUA plassert på Gaustad, dette er imidlertid ikke bestemt, og utredning av flere lokalisasjoner pågår.

8.3 Delvis samling Gaustad sør med lokalsykehus

8.3.1 Etappeinndeling og innhold i 1. etappe

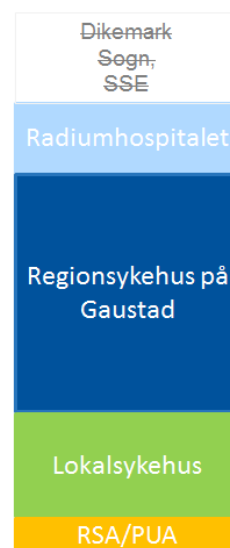
Målbildet for alternativ 3, delvis samling Gaustad sør med lokalsykehus, og grunnlag for etappeinndelingen kan beskrives slik vist i figuren til høyre.

OUS vil i tillegg til lokalisasjoner skissert i dette målbildet ha virksomhet på Aker helsearena og i DPS og BUP poliklinikk

Det er utredet ulike løsninger til innhold i 1. etappe, slik vist i oversikten nedenfor. Bygging av lokalsykehus på Ullevål (B1) i første etappe er markert med rødt idet denne løsningen ansees som utfordrende å gjennomføre før noe virksomhet er flyttet ut fra Ullevål samtidig som dette har begrenset effekt for bedring av forholdene for pasienter og ansatte på Ullevål og heller ikke bidrar til samling av regionfunksjoner. Løsningen vurderes som så dårlig at den er lagt til side. Det samme gjelder løsning C3 som innebærer at kun en liten del av lokalsykehuset bygges på tomt <X> i første etappe. Dette er en for dårlig løsning for virksomheten til å gå videre med.

Utbygging av lokalsykehus på tomt <X> i første etappe er gulmarkert idet det antas utfordrende, men ikke helt utelukket at regulering og tilrettelegging kan gjennomføres for bygging allerede i 1. etappe. Forventning om byggestart i 2019/2020 legges da til grunn. Løsning B3 indikeres imidlertid å ha et kostnadsnivå som i større grad overskrider signalisert ramme på 10 mrd.

Løsningen med å samle regionfunksjoner uten traume (A b) har overveiende mange svake sider og få sterke. Løsningen er derfor beskrevet som grovsilt ut med begrunnelse i vanskelig faglig grenseoppgang, begrenset areal som kan flyttes fra Ullevål, liten effekt og fysisk utfordrende å løse uten større omrokeringer i dagens Rikshospital.



Figur 16 Målbilde for alternativ 3, Delvis samling Gaustad sør

Arbeidsforutsetning: Målbilde Delvis samling på Gaustad med LSH-variant 2, virksomhet på RAD og nybygg for RSA/PUA	Tiltak i 1. etappe uavhengig av hovedgrep: Nybygg for RSA med tilhørende funksjoner, Oppgradering/ nybygg RAD, Kapasitet for nyfødintensiv på RH og evt. tyngre kreftkir. Fra RAD til RH, dersom valg av modell A på RAD.		
	Alternative hovedgrep		
	A: Samle regionfunksjoner	B: Bygge lokalsykehus	C: Bygge for både region og lokal
1 Målbilde med lokalsykehusvariant 2 på Ullevål	A	B1 Kun nybygg for PHA og ¼ indremed. Noe nybygg på regionsykehuset for PHA for å frigjøre plass på Ullevål.	C1 Nybygg for fraflytting av SSE, BUP (Sogn) og gamle Gaustad. Nybygg for delvis utflytting av medisinsk blokk på Ullevål. X
2 Målbilde med lokalsykehusvariant 2 på Aker		B2 Nybygg for lokalsykehusvariant 2, somatikk på Aker (i sør). Akuttmedisin og –kirurgi, samt 40% fødsler på Aker.	C2 Nybygg for fraflytting av SSE, BUP (Sogn) og noen av byggene på gamle Gaustad. Nybygg på Aker for delvis utflytting av medisinsk blokk på Ullevål. Akuttmedisinsk mottak på Aker. X
3 Målbilde med lokalsykehusvariant 2 på X		B3 Nybygg for lokalsykehusvariant 2 på tomt X.	C3 Nybygg for fraflytting av SSE, BUP (Sogn) og noen av byggene på gamle Gaustad. Kun nybygg for noen lokalsykehusfunksjoner på X.

Figur 17 Utrekede løsninger for 1. etappe i alternativ 3, Delvis samling på Gaustad sør med lokalsykehus

Videre er de svake sidene ved løsning C2 vesentlig mer fremtredende enn de sterke, idet løsningen kun omfatter en "liten" utbygging på Aker (lokalsykehusvariant 1a). Dette vil gi flere oppstykkede pasientforløp, og liten bredde i lokalsykehuset, som igjen skaper faglige utfordringer, og er ugunstig for forskning og undervisning. Samtidig opprettholdes mange dupliserte regionfunksjoner. Løsning C2 vurderes ikke å medføre tilstrekkelig positiv effekt, eller å være noen robust løsning etter gjennomført 1. etappe, og C2 grovsiles derfor også ut sammen med A b), B1 og C3.

I løsning C1, med lokalsykehus på Ullevål møter man i prinsippet på de samme utfordringene knyttet til gjennomføring som i B1. Kjernebyggene for klinisk somatisk virksomhet ligger på søndre del av tomten. Det er svært vanskelig å bygge nye bygg for klinisk virksomhet på Ullevål før noe flyttes ut herfra. C1 anbefales derfor også grovsilt ut som løsning for 1. etappe.

Etter en vurdering av sterke og svake sider ved de ulike løsningene for innhold i 1. etappe for alternativ 3, delvis samling på Gaustad med lokalsykehus, er det følgende løsninger for innhold i 1. etappe som anbefales bearbeidet videre med tanke på fysiske løsninger og økonomi.

- Løsning A a) Samling av regionfunksjoner og styrking av lokalsykehusfunksjoner i første etappe: *Multitraume med regionfunksjoner, akutt og elektiv kirurgi samt indremedisin (dvs. både region- og lokalsykehusfunksjoner).*
En slik 1. etappe vil være krevende, men et stort skritt mot målbildet for delvis samling på Gaustad med lokalsykehus. Sentral fysisk plassering av nybygg for denne virksomheten er viktig og førende for helheten på Gaustad. Samtidig vil den gjenværende virksomheten på Ullevål kunne fungere som et robust lokalsykehus med flere utvidede funksjoner (storbyssykehus). Etappen åpner også for rokering på

Ullevål og mulighet for å flytte ut av noe av den dårligste bygningsmassen og rive ett av de dårligste byggene (bygg 7). Det presiseres at innholdet, dvs. traume, kirurgi og indremedisin, i denne etappen har interne avhengigheter som ikke må brytes, og at etappen således må gjennomføres i sin helhet dersom den skal være aktuell.

For denne utbyggingen på Gaustad er det nødvendig å rive deler av PKI og hotellet. Tilfredsstillende erstatningsarealer må sikres før riving påbegynnes.

- Løsning A c) Samling av regionfunksjoner i første etappe:
Barn, ca 60 % føde/gyn, kvinne, AKE (SSE) og BUP (døgn- og spesialpoliklinikk på Sogn). Denne første etappen vil være spesielt positiv for kvalitet, fagmiljø, forskning og undervisning relatert til barn ved samling av SSE, BUP og barnesenteret. Etappen gjør det mulig å flytte ut av dårlige bygg samt evt. selge tomt der AKE (SSE) og BUP (døgn) ligger i dag. Den gjenværende virksomheten på Ullevål vil kunne benytte fraflyttede arealer, hvilket også her åpner for mulighet til å komme ut av noe av den dårligste bygningsmassen, og rive bygg 7. Denne løsningen til 1. etappe kan også være aktuelt for alternativ 2, delt løsning.
- Løsning B2) Bygge lokalsykehus på Aker i første etappe:
Nybygg for somatikk
Løsningen vil øke kapasiteten for behandling av lokalsykehuspasienter og bidra til å lette trykket på de to dårligste byggene på Ullevål (3 og 7). Utbygging på søndre del av tomten på Aker kan også skje uten driftsforstyrrelser. Denne 1. etappen medfører at OUS vil ha to lokalsykehus med akuttvirksomhet etter gjennomført 1. etappe, der det ene (Ullevål) også vil inkludere multitraume og flere regionfunksjoner.
 - Løsning B3) Bygge lokalsykehus først på X:
Lokalsykehus variant 2
Denne løsningen innebærer full utbygging av et lokalsykehus på tomt X. Etappen vil bidra til kapasitetsøkning for lokalsykehuspasienter, muliggjøre utflytting fra dårlige bygg på Ullevål og antas å kunne svare ut et evt. ønske fra Oslo kommune om et lokalsykehus sør-øst i Oslo. For psykisk helse og avhengighet er dette en svært gunstig løsning med hensyn til faglig kvalitet og utvikling, pasientbehandling, forskning og drift. Løsningen vurderes imidlertid krevende med tanke på at tomt ikke er funnet eller regulert, og fordi investeringskostnaden knyttet til en slik utbygging er høy (men det kan endres ved en inndeling i rekkefølge på samme måte som i B2, der PHA kommer i en senere etappe). Denne 1. etappen medfører at OUS vil ha to lokalsykehus med akuttvirksomhet etter gjennomført 1. etappe, der det ene (Ullevål) også vil inkludere multitraume og flere regionfunksjoner.

For løsningene ovenfor generelt, og for løsning A a) spesielt er det viktig å bemerke at det er et sett av faktorer knyttet til akuttvirksomhet som må være tilfredsstillende for at løsningene skal være aktuelle:

- Det må, både under utbygging og etter ferdigstillelse av 1. etappe, være tilfredsstillende adkomstforhold på vei og for helikopter.
- Det må være fysisk mulig å bygge Aa i sin helhet, og det må være økonomi til det samme.
- Det må være mulig å drifte sykehuset på en forsvarlig måte samtidig som ut- og ombygging pågår.
- Sykehusets virksomhet må kunne driftes forsvarlig (funksjonell pasientsikkerhet) på alle lokalisasjoner etter gjennomført 1. etappe.

Illustrasjonen nedenfor viser gjenværende virksomhet på Ullevål etter gjennomført 1. etappe for alternativene som anbefales bearbeidet videre. Blå felt markerer virksomhet som skal til Gaustad, grønne virksomhet som skal til lokalsykehuset dersom dette legges til Aker eller til X, i tråd med beskrevet delt løsning med lokalsykehusvariant 2. Tomme felt med teksten «flyttet» markerer virksomhet som er flyttet fra Ullevål i den skisserte 1. etappen.

Oversikten viser hovedelementene i virksomheten på Ullevål, eksklusiv medisinske og ikke-medisinske støttefunksjoner. Fokus er også primært holdt på virksomhet der deler skal til lokalsykehuset og deler skal til regionsykehuset.

Situasjonsbilde på Ullevål etter 1. etappe når lokalsykehus plasseres på Aker eller X		Gjenværende virksomhet på Ullevål etter gjennomførte 1. etapper for alternativene som anbefales bearbeidet videre			
Virksomhet på Ullevål i dag som skal til:		A a)	A c)	B2	B3
Akuttkirurgi inkl. traume (til reg.)	Gaustad	flyttet			
	Aker eller X			flyttet	flyttet
Barn, kvinne, føde	Gaustad		flyttet		
	Aker eller X			flyttet	flyttet
Medisin	Gaustad	flyttet			
	Aker eller X			flyttet	flyttet
Kreft	Gaustad				
	Aker eller X			flyttet	flyttet
PHA	Gaustad				
	Aker eller X				flyttet
Lab, forskning, utdanning	Gaustad				
	Aker eller X			flyttet	flyttet
Øvrige region funksj. somatikk uavh. av traume (ex Øye)	Gaustad				
Gjør etappen det mulig å komme ut av de dårligste byggene på Ullevål (bygg 3 og 7)?		Utflytting avlaster bygg 3 og 7, og gjør det v.h.j.a. rokkering mulig å rive bygg 7	Utflytting avlaster bygg 8 og 9, og kan ved investering i ombygging og rokkering gjøre det mulig å rive bygg 7.	Utflytting avlaster flere bygg, og kan v.h.j. av rokkering trolig gjøre det mulig å rive bygg 7 og tømme deler av bygg 3.	Utflytting avlaster flere bygg, og kan v.h.j. av rokkering trolig gjøre det mulig å rive bygg 7 og tømme deler av bygg 3.
Konsekvens for pasientene I alle alternativer bedres situasjonen for pasienter innen regional sikkerhetspsykiatri og lignende behandling samt for pasienter på Radiumhospitalet.		Mer samlede og bedre pasientforløp for lands- og regionpasienter, og bedret kapasitet for lokal- og områdesykehuspasienter innen somatikk. For lokal-/områdesykehuspasienter innen PHA vil det være liten endring.	Spesielt behandling knyttet til barn styrkes ved samling av barn i et barnesenter og ved nærhet til BUP og SSE. Kun mindre bidrag til kapasitetsøkning. Forhovedandelen av pasienter innen PHA, og for lands- og regionspasienter innen somatikk (ut over de nevnte) vil det være liten endring.	Lokalsykehus variant 2, somatikk har god bredde og kan forventes hensiktsmessig for pasientbehandling og -forløp. Bedret kapasitet for pasientbehandling. For hovedandelen av pasienter innen PHA, og for lands- og regionspasienter innen somatikk vil det være liten endring.	Medfører et robust, godt lokalsykehus for tilhørende bydeler, og kan forventes hensiktsmessig for pasientbehandling og -forløp, både for somatikk og psykisk helse og avhengighet. Bedret kapasitet for pasientbehandling. For lands- og regionspasienter innen somatikk vil det være liten endring.

Tabell 18 Hovedelementene i virksomheten på Ullevål, eksklusiv medisinske og ikke-medisinske støttefunksjoner etter 1. etappe.

Illustrasjonen viser et spenn fra A-alternativene der få, men sentrale, virksomhetslementer flytter til nybygg på Gaustad og virksomheten på Ullevål får mulighet til å flytte ut av noe av den dårligste bygningsmassen, til B alternativene der deler av virksomheten på Ullevål vil få nye lokaler i et lokalsykehus variant 2 etableres et annet sted. Ullevål vil i en slik situasjon være en kombinasjon av regionsykehus og lokalsykehus variant 2 (som også inkluderer flere områdefunksjoner), idet

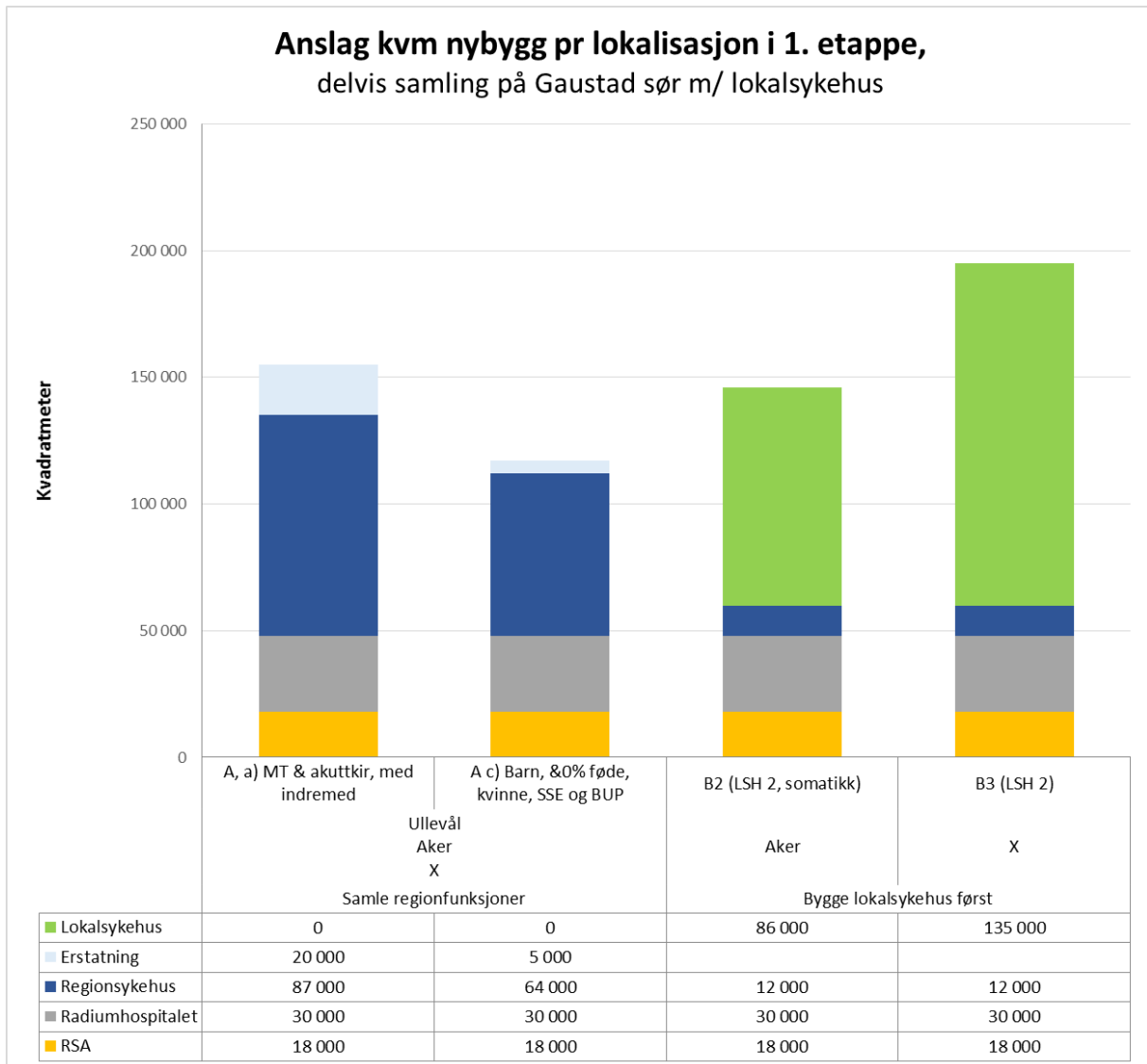
multitraume og flere regionsfunksjoner blir værende. Konsekvensen av B-alternativene blir samtidig ett ekstra sted for akuttmottak og tre steder for fødevirksomhet.

Kapasitet for pasientbehandling bedres primært i A a), B2 og B3. For pasientbehandling og -forløp vil alle alternativene bidra positivt, men for ulike grupper av pasienter. Alle alternativene planlegges med at Ullevål etter gjennomført 1. etappe skal kunne drive pasientbehandling i tilfredsstillende bygg, dvs. komme ut av minimum bygg 7.

- A a) vil bedre situasjonen for både lands- og regionsykehuspasienter og lokalsykehuspasienter som vil sokne til Gaustad. Ullevål vil avlastes, og det planlegges å finne løsninger som gjør at pasientbehandling kan drives i tilfredsstillende bygg også her.
- A c) vil primært bedre situasjonen for barn og nyfødt.
- B2 vil bedre situasjonen for lokalsykehuspasienter innen somatikk. Først og fremst for de bydelene som vil søgne til Aker, men indirekte også ved avlastning og mulighet for roking og ibruktakelse av tilfredsstillende bygg til pasientbehandling på Ullevål.
- B3 vil som B2 bedre situasjonen for lokalsykehuspasienter, men her gjelder dette også for pasienter innen psykisk helse- og avhengighetsbehandling.

8.3.2 Arealbehov og skissert gjennomføringstid

Løsningene innebærer ulik grad av utbygging på Gaustad (regionsykehuset) og lokalsykehuset, mens for regional sikkerhet med tilhørende funksjoner og Radiumhospitalet er alternativene til innhold i første etappe like i «tiltaksalternativene». Nedenfor vises en oversikt over anslått omfang av nybygg ved de ulike lokaliseringene.

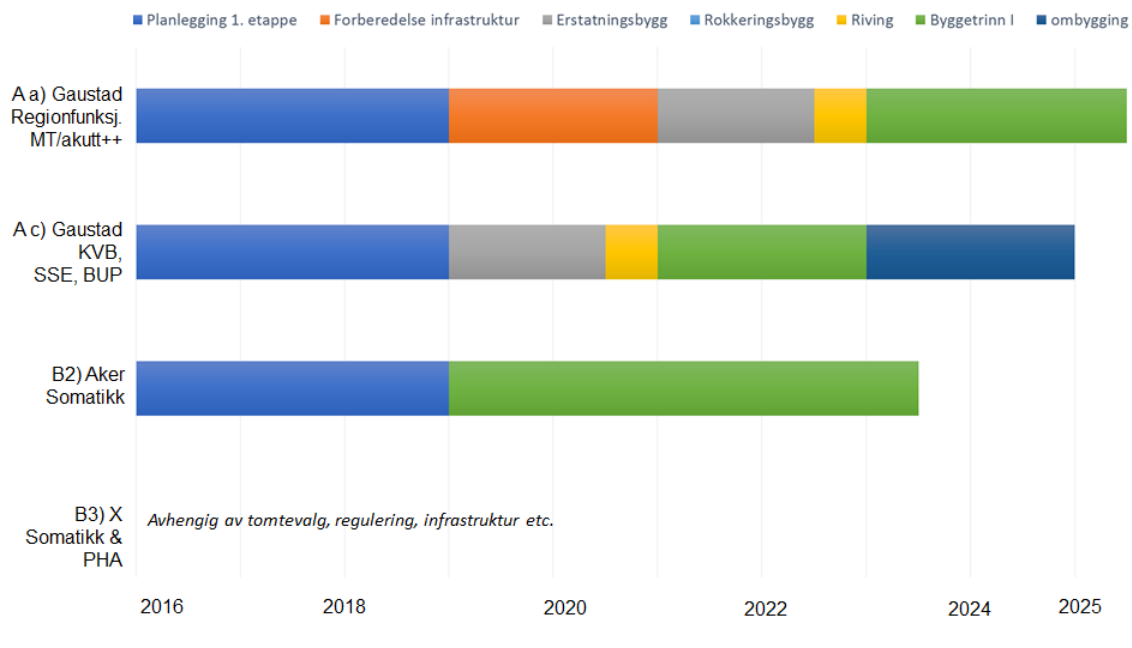


Figur 18. Anslag kvm nybygg pr lokalisasjon i for ulike 1. etapper i delvis samling Gaustad sør m/ lokalsykehus⁷

Nedenfor skisseres grovt tidsplan for de ulike 1. etappene for delvis samling Gaustad sør med lokalsykehus. For alternativ Aa) ligger det til grunn for den skisserte tidsaksen at erstatningsarealer for UiO bygges på parkeringstomten på Gaustad. Parkeringskapasitet må derfor etableres først, vist som forberedende infrastrukturtiltak. Byggeaktiviteter som ikke berører hotellet eller Domus Medica kan startes opp parallelt med dette. Et alternativ er også at erstatningsarealene legges inn i et første byggetrinn sør for Rikshospitalet som ikke berører Domus Medica. Se for øvrig omtale under hhv. kapittel om fysiske løsninger og plan for videre arbeid.

⁷ Arealet for RSA er økt etter ferdigstilling av delrapport om etappevis utvikling i henhold til utviklingen i idéfasearbeidet med RSA/PUA og tilhørende funksjoner. Arealet for PHA lokalsykehus på X i første etappe er redusert av samme grunn idet lokal sikkerhet er flyttet fra lokalsykehuset til RSA.

Skissert tidsakse for løsningsalternativene, 1. etappe, Alt. 3, Delvis samling på Gaustad sør med lokalsykehus



Figur 19 Tidsakse for aktuelle løsningsalternativer for 1. etappe, delvis samling på Gaustad sør med lokalsykehus

8.4 Delt løsning mellom Ullevål og Gaustad

8.4.1 Forutsetninger og prinsipper

Som nevnt under kapittel 8.1 brukes betegnelsen lokalsykehus på det sykehus OUS kan plassere utenfor regionsykehuset og omfatter både lokalsykehus- og store deler av områdefunksjoner. I delt løsning vil Ullevål ivareta lokalsykehusfunksjonen, men også omfatte område- og regionsfunksjoner. I praksis vil OUS i delt løsning ha to regionsykehus.

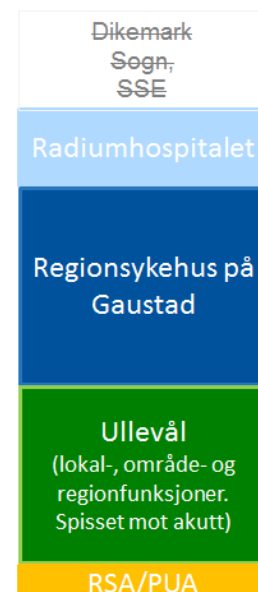
Rapporten bruker primært Gaustad og Ullevål som begreper, men der man metodisk har gjenbrukt elementer fra utredning om etappevis utvikling av alternativ 3 som ble utført tidligere, ber vi leseren forstå «regionsykehus» som Gaustad og «lokalsykehus» som Ullevål.

Målbildet for etappeinndelingen i delt løsning kan beskrives slik vist i figuren til høyre.

OUS vil i tillegg til lokalisasjoner skissert i dette målbildet ha virksomhet på Aker helsearena og i DPS og BUP poliklinikk.

8.4.2 Etappeinndeling og innhold i 1. etappe

I arbeidet med etappeinndeling for alternativ 2, delt løsning har man benyttet samme tilnærming som for alternativ 3, delvis samling på Gaustad sør med lokalsykehus. Det vil si at man også her har sett på ulike hovedgrep for innhold i 1. etappe, og deretter vurdert mulighetene for etterfølgende etapper i lys av dette.



Figur 20 Målbilde i alternativ 2, Delt løsning

Det er utredet ulike løsninger til innhold i 1. etappe, slik vist nedenfor. Matrisen som tabellen nedenfor er et utsnitt av, ble utarbeidet for alternativ 3, delvis samling på Gaustad sør med lokalsykehus og inneholder derfor en A a) løsning der multitraume med nødvendig tilhørende virksomhet var en mulig 1. etappe. Dette innholdet er imidlertid ikke relevant for delt løsning og derfor markert med «ikke relevant» i tabellen. Ullevål vil i denne løsningen være noe annet enn et lokalsykehus, men den prinsipielle tilnærmingen til hvor det bygges nytt gjelder likevel, og matrisen vurderes derfor som relevant.

Bygging på Ullevål i nord (B1 b) i første etappe er markert med rødt idet denne løsningen ansees som så lite realistisk både i omfang og fraflytting av også gode bygg tidlig at den er lagt til side. Det samme gjelder løsning A b) som har overveiende mange svake sider og få sterke, og som vurderes som en uaktuell opsjon fra traumemiljøets side. Usikkerheten med hensyn til omfang og grenseoppgang mot traume er stor, arealet som flyttes fra Ullevål er begrenset, effekten er liten og løsningen signaliseres vanskelig å få til uten større omrokeringer i dagens Rikshospital, som igjen påvirker arbeidsmiljøet negativt. Løsningen er derfor også for delt løsning grovsilt ut som aktuell 1. etappe.

I løsning C1, med lokalsykehus på Ullevål møter man i prinsippet på de samme utfordringene knyttet til gjennomføring som i B1, og en løsning som beskrevet i B1 a) er for omfattende til at 1. etappe også kan inkludere bygging på Gaustad. Mindre utbygging på Ullevål for PHA som kan kombineres med nybygg for AKE (SSE) og BUP (Sogn) er en god løsning for psykisk helsevern og avhengighetsbehandling, men bidrar ikke til mulig utflytting fra bygg 3 eller 7. C1 vurderes heller ikke til å være en løsning sykehuset kan fungere tilfredsstillende med i perioden etter gjennomført første etappe, spesielt ikke dersom denne perioden skulle bli lang. Løsningene vurderes derfor til å ha for liten positiv effekt for sykehuset i sin helhet til at den anbefales som løsning for 1. etappe.

Løsningsalternativene som da gjenstår for en første etappe i delt løsning er som illustrert i tabellen nedenfor A c) og B1 a).

Arbeidsforutsetning: Målbilde Delt løsning mellom Gaustad og Ullevål med, virksomhet på RAD og nybygg for RSA/PUA	Tiltak i 1. etappe uavhengig av hovedgrep: Nybygg for RSA med tilhørende funksjoner, Oppgradering/ nybygg RAD, Kapasitet for nyfødtintensiv på RH og evt. tyngre kreftkir. Fra RAD til RH, dersom valg av modell A på RAD.		
	Alternative hovedgrep i 1. etappe, Delt løsning		
	A: Samle regionfunksjoner	B: Bygge Lokalsykehus/ Ullevål	C: Bygge for både region og lokal
1 Målbilde med lokalsykehusvariant 3, multitraume og tilhørende akutt- og elektiv kirurgi inkl. nødvendige regionfunksjoner på Ullevål	A a) Multitraume med regionfunksjoner, akutt og elektiv kirurgi, indremed. <i>ikke relevant</i> b) Regionfunksjoner ekskl. multitraume c) Barn, ca. 60% føde/gyn, kvinne, SSE, BUP (døgn og spes.pol)	B1 a) Utbygging for PHA i nordre del av tomten samt etablering av ny infrastruktur og rokkeringsbygg for å kunne rive og erstatte bygg 3. (utviklet variant av B1 fra forrige rapport) b) Bygge ny løsning for somatikk i nord (slik skissert i idefaserapport 2.0 for alternativet delt løsning, Ullevål nord og Gaustad med løkk.) c) Utbygging med nybygg i bakkant av dagens sentralblokk. (slik den ble skissert i arealutviklingsplanen fra 2011)	C1 Nybygg for fraflytting av SSE, BUP (Sogn) og gamle Gaustad. Nybygg for utflytting av bygg 3 eller 7 på Ullevål.

Tabell 19 Gjenstående løsningsalternativ 1 etappe Delt løsning mellom Ullevål og Gaustad

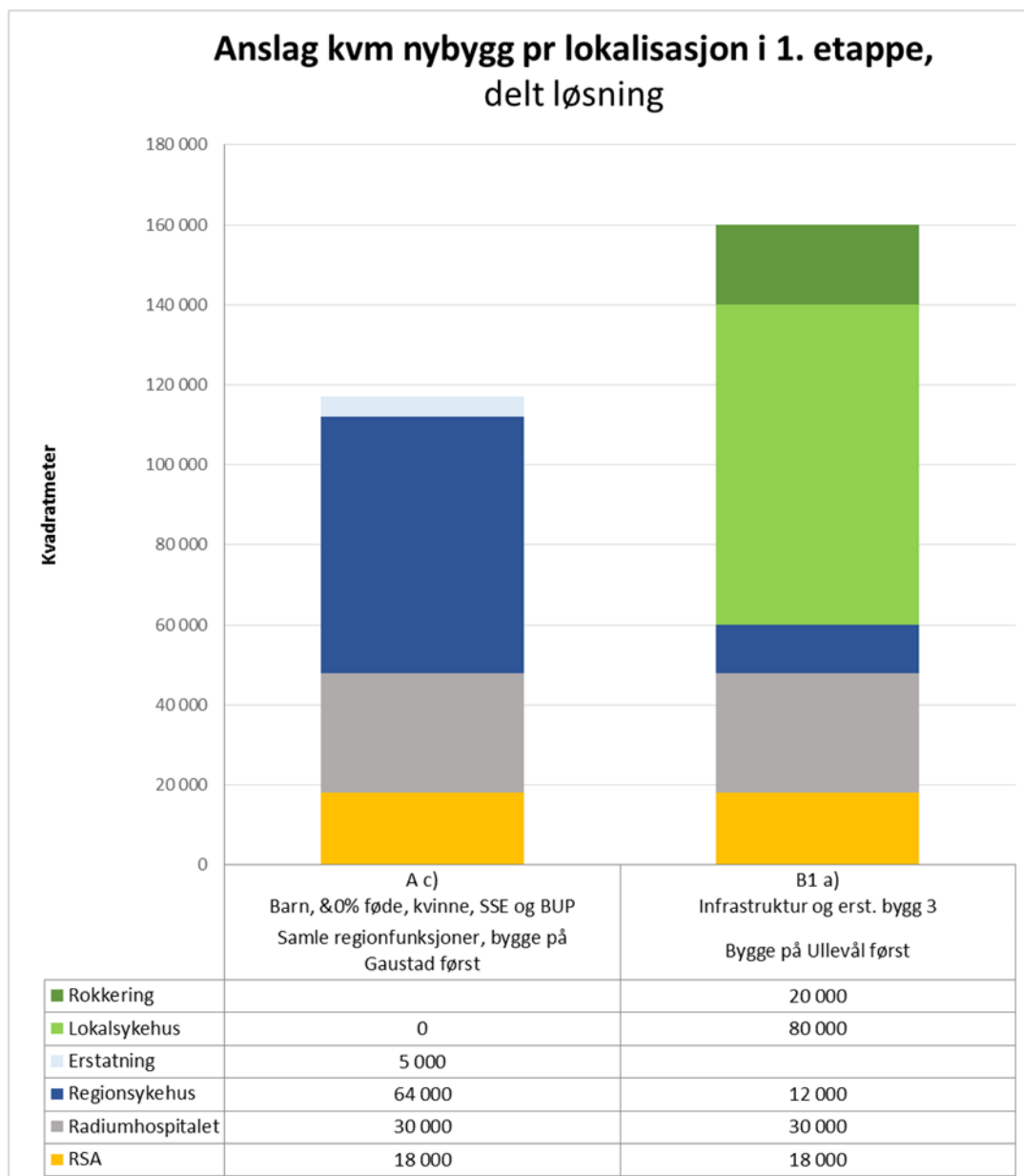
Etter en samlet vurdering av løsningenes sterke og svake sider slik beskrevet i forutgående kapitler er det dermed følgende alternativer til innhold i 1. etappe som anbefales bearbeidet videre med tanke på fysiske løsninger og økonomi.

Løsning A c) Samling av regionfunksjoner i første etappe:
Barn, ca. 60 % føde/gyn, kvinne, AKE (SSE) og BUP (døgn og spesial poliklinikk på Sogn). Denne første etappen vil være spesielt positiv for kvalitet, fagmiljø, forskning og undervisning relatert til barn ved samling av SSE, BUP og barnesenteret. Etappen gjør det mulig å flytte ut av dårlige bygg samt evt. selge tomt der AKE (SSE) og BUP (døgn) ligger i dag. Den gjenværende virksomheten på Ullevål vil kunne benytte fraflyttede arealer, hvilket også her åpner for mulighet til å komme ut av noe av den dårligste bygningsmassen, og rive bygg 7. Denne løsningen til 1. etappe tilsvarer den som ble beskrevet som A c) i alternativ3, delvis samling på Gaustad sør med lokalsykehus.

Løsning B1 a) Bygge på Ullevål i første etappe:
Utbygging for PHA i nordre del av tomten samt etablering av ny infrastruktur og rokeringsbygg for å kunne rive og erstatte bygg 3. Denne første etappen vil være begynnelsen på en trinnvis utvikling og erstatning av de dårlige kjernebyggene for somatikk på Ullevål samtidig som psykisk helsevern og avhengighetsbehandling samles i nye bygg nord på Ullevål-tomten. Etappen gjør det mulig å erstatte bygg 3, samt flytte ut av flere dårlige bygg der PHA driver sin virksomhet i dag og samle denne virksomheten på Ullevål.

8.4.3 Arealbehov og skissert gjennomføringstid

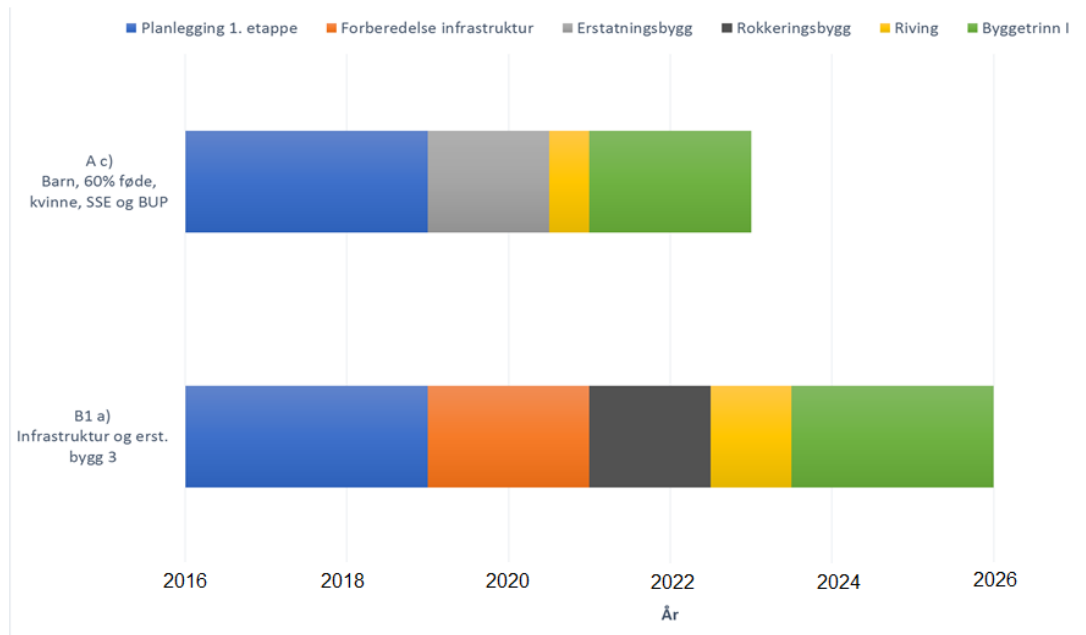
Løsningene innebærer ulik grad av utbygging på Gaustad og Ullevål, mens for regional sikkerhet med tilhørende funksjoner og Radiumhospitalet er alternativene til innhold i første etappe like. Nedenfor vises en oversikt over anslått omfang av nybygg ved de ulike lokaliseringene.



Figur 21 Anslag kvm nybygg pr lokalisasjon i for ulike 1. etapper i delt løsning

Slik som skissert nedenfor antas en første etappe på Ullevål å ta ca. 10 år å gjennomføre fra beslutning om igangsettelse av idé/ konseptfase til ferdigstilte bygg er klare for ibruktageelse. En første etappe på Gaustad antas å kunne ferdigstilles noen år tidligere. Forskjellen er begrunnet i behov for oppgradering av infrastruktur og etablering av rokeringsareal før bygg 3 kan rives og re-etableres på Ullevål. Bygg til PHA på kan ferdigstilles tidligere. Se for øvrig omtale under kapittel om fysiske løsninger og i plan for videre arbeid.

Skissert tidsakse for løsningsalternativene, 1. etappe, Alt. 2, Delt løsning



Figur 22 Tidsakse for aktuelle løsningsalternativer for 1. etappe, delt løsning

9 Egen revidert idéfaseutredning for Regional sikkerhetsavdeling med tilgrensende funksjoner

9.1 Bakgrunn, mål, mandat, organisering og rammer for arbeidet

OUS-styret vedtok (2010, sak 141) en idéfaseutredning for psykisk helsevern og rusomsorg, særlig med sikte på regionsfunksjoner og for å legge grunnlag for mer effektiv bruk av eiendomsressurser. Idéfase-dokumentet, «Prosjekt: OUS idéfase utbygging psykisk helse og avhengighet» forelå 22.08.2011. På grunn av organisasjonsendringer i «Klinikk psykisk helse og avhengighet», endringer i arealbehov og arealstandard, samt endrede premisser (psykisk helsevernlov, vurdering av effekten av befolkningsframskrivingen, m.m.) ble en ny og oppdatert utgave av idéfaserapporten bestilt 20.08.2015.

Delprosjektet har vært organisert med styringsgruppe, leder/fagledergruppe, delprosjektleder, utredningsgruppe med brukerrepresentanter, fysiske løsninger/mulighetsstudie-gruppe, areal- og økonomi-gruppe, samt kommunikasjon- og prosjektstøtte.

Overordnet forankring og bred involvering og medvirkning har vært sikret gjennom en rekke fora og møteformer (bl.a. dialog- og informasjonsmøter). Intranettside for delprosjektet er tatt i bruk.

«Veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter» har vært retningsgivende for arbeidet og idéfaserapportens struktur.

9.2 Identifisering og avgrensing ift utviklingsplan og investeringsplan. Overordnede krav og føringer.

Det overordnede målet om *mer effektiv bruk av eiendomsressurser* ligger til grunn for oppdatert idéfase. Overordnede rammebetingelser for investeringen fremgår primært av:

- Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven)
 - Lov om planlegging og byggesaksbehandling (plan- og bygningsloven)
- sekundært av:
- Lov om rettergangsmåten i straffesaker (Straffeprosessloven), § 167.

«Kravspesifikasjon for sikkerhetspsykiatribygg i Norge» blir en viktig del av grunnlaget for konseptfasen.

Ved oppstart av arbeidet med ny/oppdatert idéfase for RSA med tilgrensende funksjoner ble omfanget av organisasjonsheter definert som følger:

- Regional sikkerhetsavdeling (RSA)
- Avdeling Psykisk Utviklingshemming og Autisme (PUA)
- Lokal sikkerhet Dikemark
- Lokal sikkerhet Gaustad
- Kompetansesenter Sikkerhets-, Fængsels- og Rettspsykiatri (KPS)

Org.enh.	Adresse	Kommune	Byggnr	Byggnavn	Etasjer	BTA m ²
RSA	Sykehusveien 18	Asker	18	Granli	1. - 3.	4 480
PUA	Verkensveien 19	Asker	211	Verkensveien 19	¼	7 613
LS Dikemark	Verkensveien 19	Asker	211	Verkensveien 19	¼	2 538
LS Gaustad	Sognsvannsveien 21	Oslo	17	-	1. - 4.	3 651
KPS	Sognsvannsveien 21	Oslo	07	-	1. - 2.	1 111
I alt: 5	3	2	4		13	19 392

Tabell 20 Lokalisering og bygningsareal 2015

Org.enh.	Døgnplasser 2015
RSA	20
PUA	10
LS OUS-sektor	12
LS LD sektor	8
Særlig høyt sikkerhetsnivå	2
KPS	-
I alt	52

Tabell 21 Kapasitet og døgnplasser 2015

Bruttoareal (BTA) pr døgnplass i 2015

I 2015 er bruttoarealet pr døgnplass: 19 392 m² BTA / 52 døgnplasser = **373 m² BTA /døgnplass.**

Org.enh.	Årsverk
RSA	144
PUA	83
LS Dikemark	41
LS Gaustad	71
KPS	16
I alt	355

Tabell 22 Årsverk 2015

Bygningsmassen er lite arealeffektiv og bære flere steder preg av stort vedlikeholdsetterslep.

9.3 Interessentanalysen

Lokalisering av sikkerhetspsykiatrisk virksomhet har vist seg å være krevende ift interessenter i aktuelle omgivelser. Det er derfor gjennomført en interessentanalyse i idéfase. Her identifiseres flere tiltak for å redusere gjennomføringsrisikoen:

#	Interessent	Interesse/behov/krav: LOKALISERING RSA mtf	Holdning til tiltaket mot: - / for: + (skala: -3 / +3)	Antatt evne til å påvirke tiltaket (skala: 0 / +3)	Realiserings RISIKO	Mulige tiltak fra operativ / overordnet bestillers side
1	Pasienter	Normalitet, naturlige omgivelser	3	1	3	
2	Overordnet ledelse og samfunn	Nok areal (tomt, bygg). Sikkerhet.	3	1	3	
3	RSA, PUA, KPS	Nok areal (tomt, bygg). Avstand til nabo.	3	1	3	
4	LS, spesialisert døgnbehandling	Natur. Gode uteområder.	3	1	3	
5	Medarbeidere, tillitsvalgte, VO	Sikkerhetssone rundt bygget. Utbyggingsmulighet.	3	1	3	
6	Dikemark Grunneier	Utvikling og salg.	-1	2	-2	Dialog med grunneier
7	Dikemark Reguleringsmyndighet Admin.	Ungå konflikt med planlagt lokalsenter i Asker.	-1	2	-2	Dialog med planmyndighet
8	Dikemark Reguleringsmyndighet Politisk	?		3	?	Politisk avklaring
9	Dikemark Antikvarisk myndighet	Vernede bygg og utendørsarealer.	-1	1	-1	Dialog med antikvarisk myndighet
10	Gaustad Grunneier	Mer effektiv bruk av eiendomsressurser.	2	2	4	
11	Gaustad Reguleringsmyndighet Admin.	Ikke avstengning av områder.	-2	2	-4	Tilrettelegge forbindelser
12	Gaustad Reguleringsmyndighet Politisk	?		3	?	Politisk avklaring
13	Gaustad Antikvarisk myndighet	Skeptiske til lokalisering av RSA mtf på Gaustad.	-2	1	-2	Dialog med antikvarisk myndighet
14	Ila Grunneier	Kriminalomsorgen ønsker samlokalisering	2	2	4	
15	Ila Reguleringsmyndighet Admin.	Åpen for tiltaket, samlokalisering m/krim.omsorg	1	2	2	
16	Ila Reguleringsmyndighet Politisk	?		3	?	Politisk avklaring
17	Ila Antikvarisk myndighet	(Ingen spesielle)	0	1	0	
18	SSBU Grunneier	Mer effektiv bruk av eiendomsressurser.	2	2	4	
19	SSBU Reguleringsmyndighet Admin.	Ikke avstengning av områder.	-2	2	-4	Tilrettelegge forbindelser
20	SSBU Reguleringsmyndighet Politisk	?		3	?	Politisk avklaring
21	SSBU Antikvarisk myndighet	Skeptiske til lokalisering av RSA mtf på SSBU	-2	1	-2	Dialog med antikvarisk myndighet

Figur 23 Interessentanalyse

9.4 Dimensjonerende forutsetninger, forutsetninger for endring

Totalt beregnet behov for antall pasientplasser 2030 sammenlignet med 2015 er vist i tabellen nedenfor.

Organisasjonsenhet	2015	2030
RSA	20	32
Lokal sikkerhet	20	25
PUA	10	12
Særlig høyt sikkerhetsnivå	2	4
Totalt	<u>52</u>	73

Tabell 23 Døgnplasser 2015 og 2030

9.5 Arealbehov RSA med tilgrensede funksjoner

Arealbehovet for RSA med tilgrensede funksjoner er vist i tabellen under.

Areal	Plasser	BTA (m ²)
RSA	32	6 530
PUA	12	2 762
Lokal sikkerhet	25	4 729
Fellesfunksjoner		2 060
Særlig høyt sikkerhetsnivå	4	1 292
KPS		500
Totalt (avrundet)	73	18 000

Tabell 24 Arealbehov 2030 basert på 73 døgnplasser

9.6 Dagens situasjon / 0-alternativet

Videreføring av dagens situasjon (0-alternativet) innebærer fortsatt ineffektiv bruk av eiendomsressursene og fortsatt høy kost/nytte-forhold (kostnad pr døgnplass). Dagens situasjon vurderes ikke som levedyktig i et langsiktig perspektiv, og det ble i samlet idéfase (se rapport 2.0) forutsatt at et nybygg må til for å huse sikkerhetspsykiatrien også i 0-alternativet, men at lokalisering ikke er avklart. Det er derfor ikke regnet på et 0-alternativ basert på videreføring av dagens situasjon i foreliggende idéfase. Det foreligger planer for utbedring av kritiske vedlikeholdsetterslep på Dikemark, men planene er stanset inntil videre. I konseptfasen vil 0-alternativet for RSA med tilgrensede funksjoner vurderes nærmere, og da mest sannsynlig som et utsettelsesalternativ, ref. utbedringsplanene.

9.7 Evaluering

Grovsortering av alternative løsninger ut fra «skal krav» framgår av tabellen nedenfor.

Mulighet	Vurdering mht krav	Konklusjon
0-alternativet	Innfrir 3 av 9 skal-krav	Beholdes som referanse
D 1) Granli	Innfrir 5 av 9 skal-krav	Forkastes
D 2) Dagali / Kringsjø	Innfrir 9 av 9 skal-krav, med kun noen lunde elastisitet	Forkastes, inntil videre
D 3A) Furuli	Innfrir 9 av 9 skal-krav, med kun noen lunde elastisitet	Forkastes, inntil videre
D 3B) Furuli/Bjerget	Innfrir 9 av 9 skal-krav, med kun noen lunde elastisitet	Forkastes, inntil videre
D 4) Øvre åsen	Innfrir 5 av 9 skal-krav	Forkastes
D 5) Verkensveien 19	Innfrir 9 av 9 skal-krav	Vurderes nærmere
G 1) Østsiden Nord	Innfrir 5 av 9 skal-krav	Forkastes
G 2) Østsiden Syd	Innfrir 4 av 9 skal-krav	Forkastes
G 3) Nord	Innfrir 9 av 9 skal-krav	Vurderes nærmere
I 1) Syd	Innfrir 9 av 9 skal-krav	Vurderes nærmere
I 2) Nord	Innfrir 9 av 9 skal-krav	Vurderes nærmere
S 1) Nord	Innfrir 7 av 9 skal-krav	Forkastes
S 2) Syd	Innfrir 7 av 9 skal-krav	Forkastes

FORKLARING

D: Dikemark, G: Gaustad, I: Ila, S: SSBU (Sogn)

Tabell 25 Evaluering skal-krav

Tabellen under viser den skjønnsmessige vurderingen av resterende alternativer basert på eiendomsfaglige og psykisk-helsefaglige kriteriene dokumentert i tomteanalysene.

KRAV					Dikemark	Dikemark	Gaustad	Ila	
#	Kilde	Gjelder	Skal/Bør	Beskrivelse	V19 nyB	V19 nyB+omB	Nord	Syd	
11	Frømrågen	Lokalisering	Bør	Rekrutering	4	4	6	5	
12	Tilfredsstill	Lokalisering	Bør	Atkomst; eksisterende og fram	4	4	4	4	
13	Tilfredsstill	Lokalisering	Bør	Offentlig kommunikasjon	4	4	5	4	
14	Tilfredsstill	Lokalisering	Bør	Eksisterende bebyggelse: histo	5	3	3	5	
15	Tilfredsstill	Lokalisering	Bør	Lydforhold (inkl støy)	5	5	4	4	
16	Tilfredsstill	Lokalisering	Bør	Solforhold	5	5	4	5	
17	Tilfredsstill	Lokalisering	Bør	Parkering	4	4	2	4	
18	Tilfredsstill	Lokalisering	Bør	Utsiktsforhold	5	5	3	4	
19	Tilfredsstill	Lokalisering	Bør	Topografi; vurdere tomt med hei	5	5	5	5	
20	Tilfredsstill	Lokalisering	Bør	Teknisk infra-/ultrastruktur mtp	5	5	5	5	
21	Tilfredsstill	Lokalisering	Bør	Veier, interne	4	4	4	4	
22	Tilfredsstill	Lokalisering	Bør	Karakteristiske trekk ved nabok	5	5	4	4	
23	Tilfredsstill	Lokalisering	Bør	Beliggenhet i forhold til industr	5	5	3	5	
24	Tilfredsstill	Lokalisering	Bør	Gjeldende reguleringsplan med	3	3	3	4	
25	Tilfredsstill	Lokalisering	Bør	Vegetasjon; eksisterende veget	4	4	4	4	
26	Tilfredsstill	Lokalisering	Bør	Luktforhold	5	5	4	5	
27	Tilfredsstill	Lokalisering	Bør	Klima; temperatur, soleksponer	5	5	4	5	
28	Tilfredsstill	Lokalisering	Bør	Service og nærmiljø; avstand til	4	4	5	3	
29	Samling og	Lokalisering	Bør	Nærhet til somatikk	3	3	5	4	
30	Samling og	Lokalisering	Bør	Nærhet til annen psykiatri	4	4	5	4	
RESULTAT EVALUERING					Poengsum	88	86	82	87
					Rangering	1	3	4	2

FORKLARING

V19: Verkensveien 19, nyB: Nybygg, omB: Ombygging eksisterende bygg

Tabell 26 Evaluering bør-krav

9.8 Investeringskostnad

I tabellen under er investeringsanslaget for gjenværende alternativer. Det presiseres at dette er et grovt anslag i en tidlig fase, og anslaget må videreutvikles gjennom konseptfase og forprosjekt.

POST	ALT.:	Ila Syd			Dikemark Verkensvn 19 – alt. 1			Dikemark Verkensvn 19 – alt. 2			Gaustad Nord		
		kvm	kr/kvm	Mkr	kvm	Kr/kvm	Mkr	kvm	Kr/kvm	Mkr	Kvm	kr/kvm	Mkr
Nybygg		18 000	52 273	941	18 000	52 273	941	12 925	52 273	676	16 165	52 273	845
Ombygging		-		-			-	10 150	26 137	265	3 671	26 137	96
Infrastruktur		500	150 000	75	1 000	150 000	150	1 000	150 000	150	-	-	-
Parkering		2 700	7 700	21	2 700	7 700	21	2 700	7 700	21	720	7 700	6
Tomtekjøp		65 000	959	62	145 000	379	55	145 000	379	55	20 430	3 806	78
Perimetersikring				27			27						27
Delsum				1 126			1 194			1 194			1 051
Byggelånsrenter				37			46			46			41
Påslag for usikkerhet (*)				113			119			119			105
SUM				1 280			1 360			1 360			1 200

Tabell 27 Investeringsanslag

9.9 Tid til ferdigstillelse

Forutsatt beslutning om oppstart for konseptfase RSA mtf innen 01.03.2016 er følgende tider til ferdigstilles anslått basert på kontakt med administrativ planmyndighet i henholdsvis Bærum, Asker og Oslo.

	Ila Syd	Dikemark Verkensveien 19	Gaustad Nord
Tid til ferdigstillelse	4 ¾ år	6 ¼ år	4 ¾ år
Ferdigstilt anno	2020	2022	2020

Tabell 28 Tid til ferdigstillelse

9.10 Samlet evaluering

På bakgrunn av gjennomførte analyser og vurderinger sammenstilles resultatene til en samlet evaluering i tabellen under. Tall i grå celler viser rangering for respektive hovedkriterium.

	0-alternativ	Dikemark V19 nyB	Dikemark V19 nyB+Omb	Gaustad Nord	Ila Syd
Levetidskostnad	4	3	3	1	2
Investering inkl. usikkerhet, Mkr		1 360	1 360	1 200	1 280
Drift gjennom analyseperiode	(Beregnes i konseptfasen)	*	*	*	*
Avhending/restverdi/alternativverdi		*	*	*	*
Kostnad pr døgnplass	(Høyest)	*	*	*	*
Gjennomførbarhet (lav realiseringsrisiko)		2	3	4	1
Planfaglige signaler		-2	-2	-4	+2
Tid til ferdigstillelse		2	2	1	1
Antatt tid til ferdigstillelse		6 ¼ år	6 ¼ år	4 ¼ år	4 ¾ år
Ytelse og kvalitet i løsningen		1	3	4	2
Innfrir skal-krav, (forskjellig elastisitet)		1 (6)	2 (5)	3 (4)	2 (5)
Innfrir bør-krav rangering (poeng)		1 (88)	3 (86)	4 (82)	2 (87)
Samlet rangering		2	4	3	1

Tabell 29 Samlet evaluering

Anbefalte løsninger

Følgende løsninger anbefales på denne bakgrunn som grunnlag til mandat for konseptfasen:

- 1) Ila Syd
- 2) Dikemark Verkensveien 19, alt 1 – Nybygg
- 3) Gaustad Nord

10 Mulighetsstudier og fysiske løsninger

10.1 Videre arbeid med fysiske løsninger i tilleggsutredningen

Tilleggsutredningene gjennomført i idéfasen etter høringsprosessen har påvirket innhold og omfang i mulige fysiske løsninger for framtidens OUS i betydelig grad. Løsninger skissert tidligere i idéfasen ble derfor lagt til side eller måtte gjennom omfattende revurdering for å kunne gi gode svar på resultater og funn fra utredningene om lokalsykehus, kreftområdet og etappevis utvikling.

Parallelt med disse utredningene ble det gjennomført en forsterket kommunikasjonsprosess med viktige eksterne parter som Plan- og bygningsetaten i Oslo kommune, Statens vegvesen, Byantikvaren og Riksantikvaren som tydeliggjorde muligheter og begrensninger i en fremtidig utvikling av bygningsmassen til OUS i de tre hovedalternativene.

Som bidrag i egne idéfaseprosesser ble det i tillegg utredet mulighetsstudier for plassering av RSA med tilgrensende funksjoner og videre vurdering av et forslag for et nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet utarbeidet fra et privat initiativ, i forhold til funn i utredningen om kreftområdet.

Det samlede bildet for mulige fysiske løsninger for framtidens OUS har derfor forandret seg betydelig gjennom konkretiseringen etter høringsprosessen og skisseres derfor på nytt i dette kapittelet. Det påpekes at de presenterte bygningsmessige løsninger fremdeles må anses som mulighetsstudier og overordnede skisser, men totalt sett har løsningene modnet og fremstår generelt mer robust i forhold til en mulig gjennomføring i alle hovedalternativene.

Tiltaket om å etablere ny regional sikkerhetsavdeling og med tilgrensende funksjoner er inkludert både i 0-alternativet, alternativ 2 – delt løsning og alternativ 3 – delvis samling og vises derfor separat og gjelder for alle hovedalternativer. I likhet med RSA med tilgrensende funksjoner er også et nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet inkludert i flere av hovedalternativene, alternativ 2 – delt løsning og alternativ 3 – delvis samling.

Ellers er beskrivelsen av fysiske løsninger strukturert slik at det tegnes et mulig mål bilde for hvert av hovedalternativene. Dermed omtales lokaliseringer som Gaustad eller Ullevål som skal brukes i flere alternativer flere ganger i teksten.

10.2 Tiltak som skal gjennomføres i flere alternativer

10.2.1 Mulighetsstudier for RSA med tilgrensende funksjoner

Idéfaseutredningen for RSA med tilgrensende funksjoner har blant annet hatt som mål å utrede mulig lokalisering av denne funksjonen med fokus på fire områder:

- Gaustad sykehus – med bakgrunn i den tidligere idéfasen fra 2011
- Dikemark – der RSA er lokalisert i dag
- SSBU Sognsvannsveien og
- Ved Ila-fengsel i Bærum kommune

Med bakgrunn i et antatt arealbehov på omtrent 15 000 m² BTA ble 11 forskjellige lokaliseringsvarianter i disse områdene kartlagt og evaluert. Dette arbeidet er ikke avsluttet ennå.

Det henvises for øvrig til kap 9 Egen revidert idéfaseutredning for Regional sikkerhetsavdeling med tilgrensende funksjoner.

10.2.2 Nytt klinikkbygg for Radiumhospitalet



Figur 24 – skisse for nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet

For å få videreført virksomheten på Radiumhospitalet blir det foreslått å etablere et nytt klinikkbygg med omtrent 30 000 m² BTA mellom dagens bebyggelse. Skissen for dette bygget som ble utformet på bakgrunn av et privat initiativ og presentert i sommer 2015 respekterer formålsgrensen i dagens regulering, men utfordrer høydebegrensningen som er satt. Idéfaseutredningen for ny bygningsmasse på Radiumhospitalet baserer på kreftutredningen og det private skisseprosjektet og har hatt som mål å finne alternativer for en videre konseptutredning.

Planlagt framtidig virksomhet på Radiumhospitalet legger opp til at en del eksisterende bygg kan rives etter at nytt klinikkbygg er ferdig. Særlig riving av Bygg A og B (dagens sengebygg) vil komme Merradalen som friområde til gode og frigjør samtidig tomteareal for framtidige utvidelser eller funksjoner (f. eks. eventuelt et protonsentor). De nyeste av de eksisterende bygningene og bygg C og F antas brukt videre sammen med det nye klinikkbygget og skal oppgraderes hensiktsmessig.

For målbildene i hovedalternativ 2 og 3 betyr dette at arealbehovet i de andre lokalisasjoner minsker med ca. 80 000 m² BTA tilsvarende nybyggareal.

Med hensyn til ytterligere presentasjon henvises det til eget idéfasedokument for Radiumhospitalet.

10.3 Byggetiltak i Alternativ 1, 0-alternativet

I 0-alternativet er det totale omfanget av tiltak stort sett uforandret og det ble, med ett unntak, heller ikke gjennomført nærmere studier rundt plassering av eventuelle nybygg på de forskjellige lokalisasjoner, men det ble gjort en gjennomgang av de bygningsmessige tiltak i 0-alternativet i forhold til lånesøknaden om å lukke avvik i eksisterende bygg og en etappevis gjennomføring.

Tiltak inkludert i lånesøknaden ble trukket ut av kostnadsanslaget for 0-alternativet, men sammenlagt tilsvarer tiltakspakken det som tidligere i prosessen ble utredet. Det ble også gjort en omprioritering av tiltak som skal gjennomføres først i en etappevis inndeling av 0-alternativet for å begrense disse tiltak til et omfang som tilsvarer omtrent den nevnte kostnadsrammen for første etappe i Framtidens OUS på 10 mrd. kroner.

10.3.1 Radiumhospitalet

Omfang og tiltak i 0-alternativet på Radiumhospitalet er utredet nærmere i egen idéfase for Radiumhospitalet og kan sammenfattes slik:

Etappe 1:

- Nybygg erstatning Radiumhospitalet, bygg D, 2 530 kvm
- Rokkeringsbygg 4 500 kvm (25 % av 10 000 kvm)
- Ombygging, middels, bygg C og F, 50 % av 24 600 kvm
- Ombygging, høy, bygg I og AB, 50 % av 30 000 kvm
- Riving av G, H, E og D, 14 000 kvm

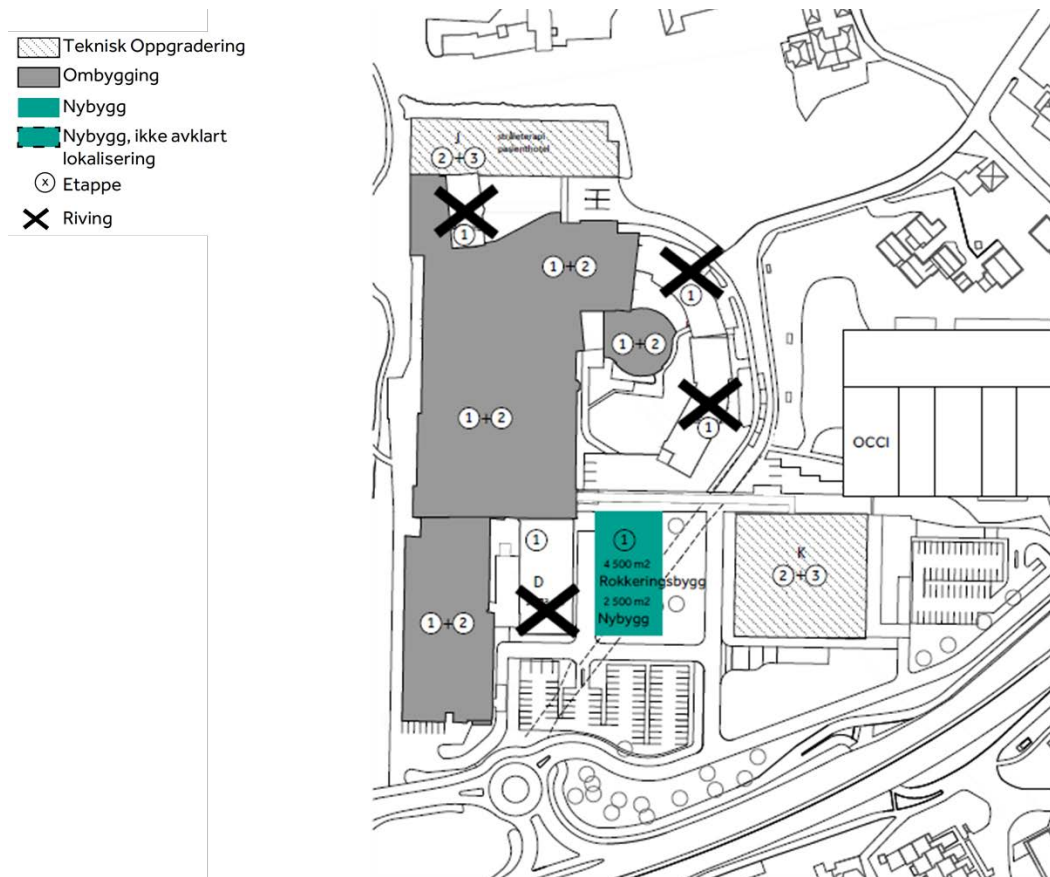
Etappe 2:

- Ombygging, middels, bygg C og F, 50 % av 24 600 kvm
- Ombygging, høy, bygg I og AB, 50 % av 30 000 kvm

Etappe 3:

- Teknisk oppgradering, Bygg J + K, 42 500 kvm

Samlet real areal blir omtrent 104 000 kvm (ned fra dagens 110 500 kvm). Det er forutsatt fortsatt leie i OCCI-bygg (40 000 kvm).



Figur 25 – 0-alternativet på Radiumhospitalet

10.3.2 Ullevål sykehus

Omfang på 0-alternativet tar utgangspunkt i kartlegging av teknisk tilstand gjennomført og oppdatert i 2010 og 2014 og kan sammenfattes slik:

Etappe 1:

- Nybygg somatikk 28 875 kvm (75 % av 38 500)
- Rokkeringsbygg 7 500 kvm (75 % av 10 000 kvm)
- Ombygging, middels, bygg 3, 7, 18, 19, 20, 21, 50 % av 68 000 kvm
- Teknisk oppgradering Ullevål sykehus, 50 % av 162 000 kvm
- Riving bygg 46, 3 700 kvm

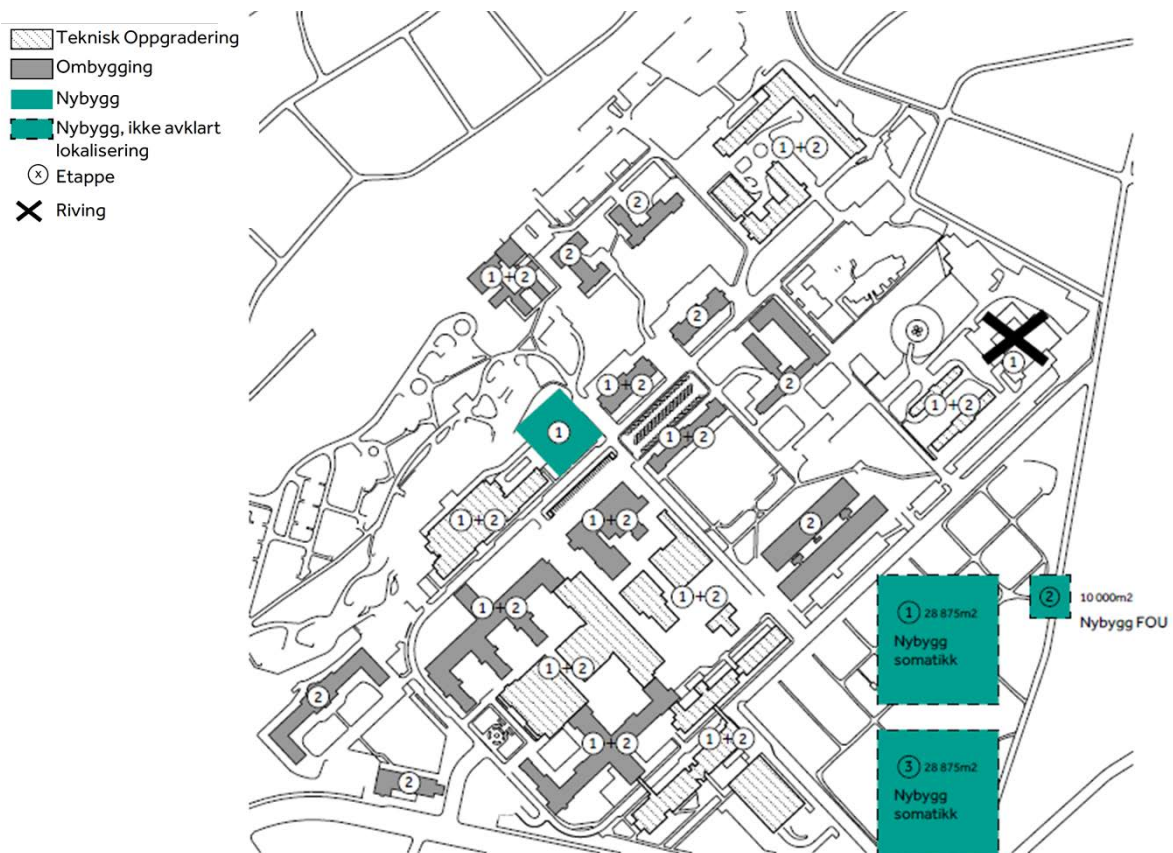
Etappe 2:

- Nybygg FOU i eget bygg 10 000 kvm (halvparten av 20 000 kvm)
- Ombygging, høy, bygg 30, 31, 32, 35, 1, 2, 38 000 kvm
- Ombygging, lav, bygg 25, 20 000 kvm
- Ombygging, middels, bygg 3, 7, 18, 19, 20, 21, 50 % av 68 000 kvm
- Teknisk oppgradering Ullevål sykehus, 50 % av 162 000 kvm

Etappe 3:

- Nybygg somatikk 28 875 kvm (75 % av 38 500)

Samlet real areal blir 372 700 kvm (opp fra dagens 285 600).



10.3.3 Aker sykehus

Omfang på 0-alternativet tar utgangspunkt i kartlegging av teknisk tilstand gjennomført og oppdatert i 2010 og 2014 og kan sammenfattes slik:

Etappe 1:

- Ombygging, høy, bygg 1 og 3 - 3 700 kvm

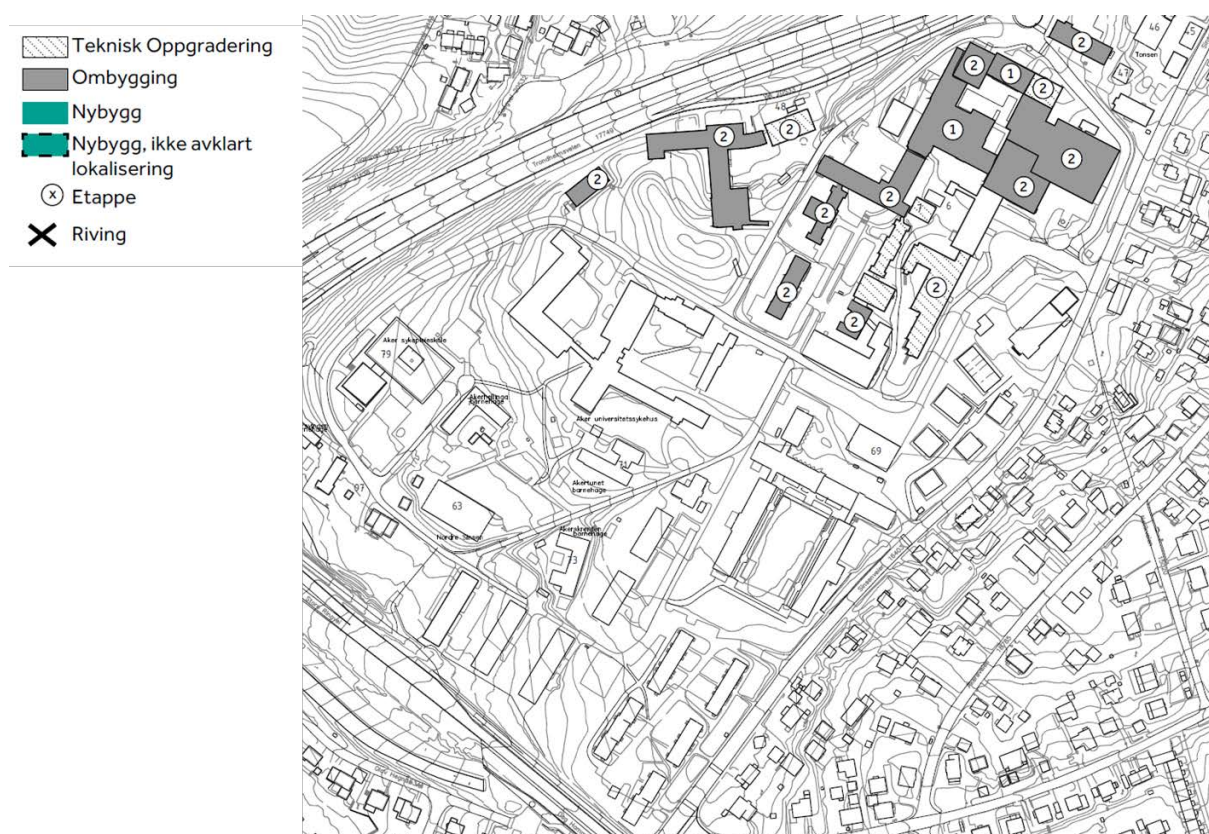
Etappe 2:

- Ombygging, middels, bygg 4, 5, 6, 20, 21, 22 - 38 300 kvm
- Ombygging, lav, bygg 2, 8, 40, 41 - 14 000 kvm
- Teknisk oppgradering resterende bygg

Etappe 3:

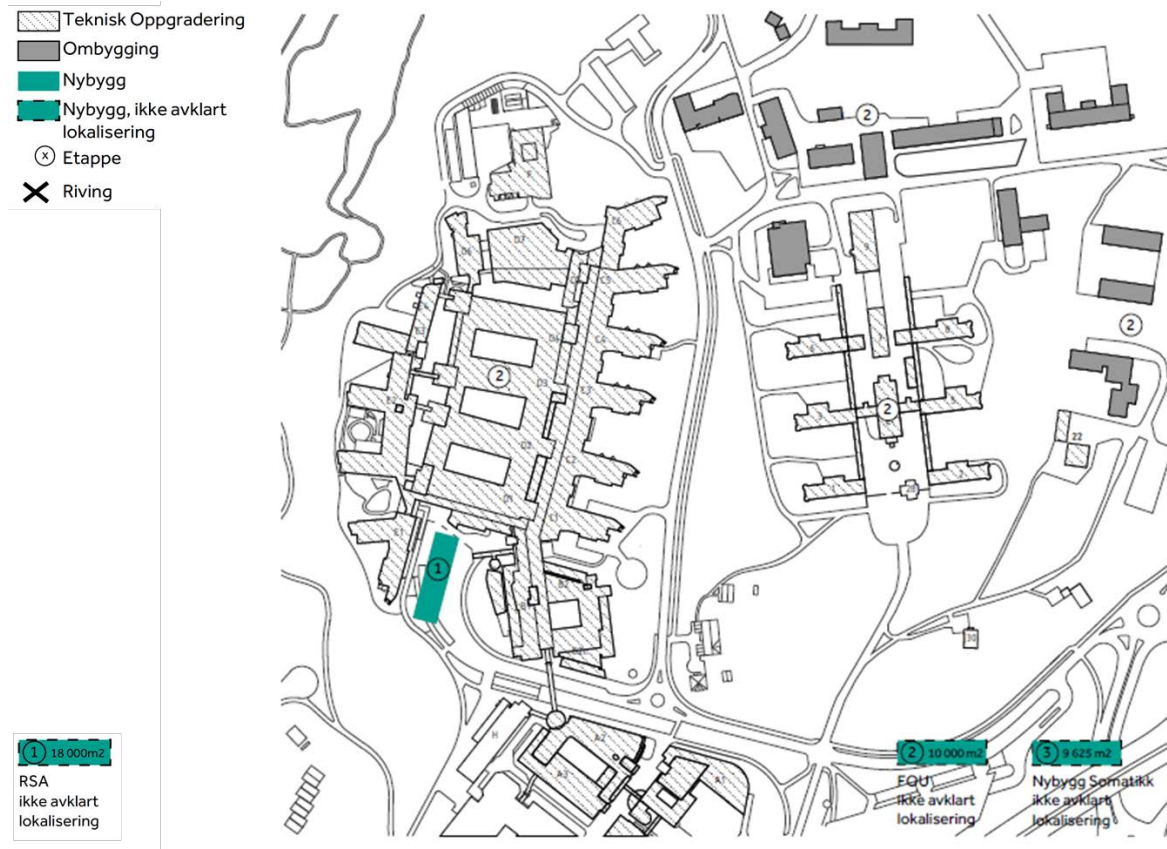
- Ingen tiltak

Samlet real areal blir 71 300 kvm (ned fra dagens 94 000).



Figur 27 – 0-alternativet på Aker sykehus

10.3.4 Rikshospitalet og Gaustad sykehus



Figur 28 – 0-alternativet på Rikshospitalet og Gaustad sykehus

Omfang og tiltak på Rikshospitalet kan sammenfattes slik:

Etappe 1:

- Nybygg somatikk 9 625 kvm (25 % av 38 500)

Etappe 2:

- Teknisk oppgradering av 176 000 kvm
- Nybygg FOU i eget bygg 10 000 kvm (halvparten av 20 000 kvm)

Etappe 3:

- Nybygg somatikk 9 625 kvm (25 % av 38 500)

Samlet real areal på Rikshospitalet blir 205 000 kvm (opp fra dagens 176 000 kvm). I tillegg er det forutsatt fortsatt leie av areal i Forskningsveien (19 000 kvm).

Omfang og tiltak på Gaustad sykehus kan sammenfattes slik:

Etappe 1:

- Nyetablering av RSA og tilhørende funksjoner et ennå ikke bestemt sted - eventuelt på Gaustad

Etappe 2:

- Ombygging, middels, Gaustad sykehus, 19 500 kvm
- Ombygging, høy, Gaustad sykehus, 9 000 kvm
- Teknisk oppgradering, 12 000 kvm

Etappe 3

- Ingen tiltak

Samlet real areal på Gaustad sykehus forblir på dagens nivå (40 500 kvm). Eventuelt etablering av RSA og tilhørende funksjoner på Gaustad kan komme i tillegg.

10.3.5 Andre lokaliseringer

Sogn senter for Barne- og ungdomspsykiatri (SSBU), Spesialsykehuset for epilepsi (SSE) i Sandvika og Dikemark videreføres som lokasjoner i 0-alternativet. Følgende tiltak er planlagt på disse:

Sognsvannsveien SSBU:

Etappe 1

- Ombygging, høy Sognsvannsveien 59 og 63, 2 500 kvm

Etappe 2

- Teknisk oppgradering resterende bygg i Sognsvannsveien, 3 250 kvm

Det er ikke planlagt tiltak i Etappe 3. Samlet areal er 5 750 kvm (uendret).

Spesialsykehuset for epilepsi (SSE) (heter nå Avdeling for kompleks epilepsi (AKE)):

Etappe 1

- Ombygging, middels AKE (SSE) (Bygg M), 800 kvm

Etappe 2

- Teknisk oppgradering, 17 500 kvm

Det er ikke planlagt tiltak i Etappe 3. Samlet areal blir 18 300 kvm (opp fra dagens 17 600).

Dikemark:

Etappe 1:

- Nyetablering av RSA og tilhørende funksjoner et ennå ikke bestemt sted - eventuelt på Dikemark

Etappe 2:

- Teknisk oppgradering av 25 000 kvm
- Ombygging, lav, 10 500 kvm

Det er ikke planlagt tiltak i Etappe 3. Samlet areal blir 35 500 kvm (ned fra dagens 75 500). Eventuelt nyetablering av RSA og tilhørende funksjoner på Dikemark kan komme i tillegg.

10.4 Nye bygg i Alternativ 2 – delt løsning

Utredningen i forhold til en ny tilnærming til Alternativ 2 – delt løsning, der traumesenteret skal bli liggende på Ullevål sykehus, har resultert i en ny arealfordeling mellom Gaustad og Ullevål. Samtidig reduseres fremtidig arealbehov på Gaustad ytterlig med at Radiumhospitalet får nytt klinikkbygg og de beste og viktigste delene av bygningsmassen der består videre. Dette fører til at det i den nye delte løsningen sannsynligvis kan etableres fysiske løsninger på Gaustad som hverken krever et lokk over Ring 3 eller riving av deler av Domus Medica som eies av UiO. Til gjengjeld blir den nødvendige utbyggingen på Ullevål sykehus mer omfattende og kompleks enn tidligere antatt en i delt løsning.

For en etappevis etablering av målbildet i Alternativ 2 – delt løsning - ble det utarbeidet to prinsipielt ulike muligheter for en første utbyggingsetappe. Utbyggingen i Alternativ 2 kan enten starte på Gaustad med en utbygging for kvinner, barn og fødsler som skal flytte fra Ullevål sykehus eller på Ullevål med en trinnvis prosess som fører til erstatning av dagens Bygg 3 (alternativt Bygg 7). For gjennomføringen generelt kan en start på Gaustad har en del fordeler, men en start på Ullevål vil sannsynligvis føre til nye bygg på Ullevål raskere.

10.4.1 Ullevål sykehus i delt løsning



Figur 29 – skisse for nye bygg på Ullevål sykehus i en oppdatert delt løsning

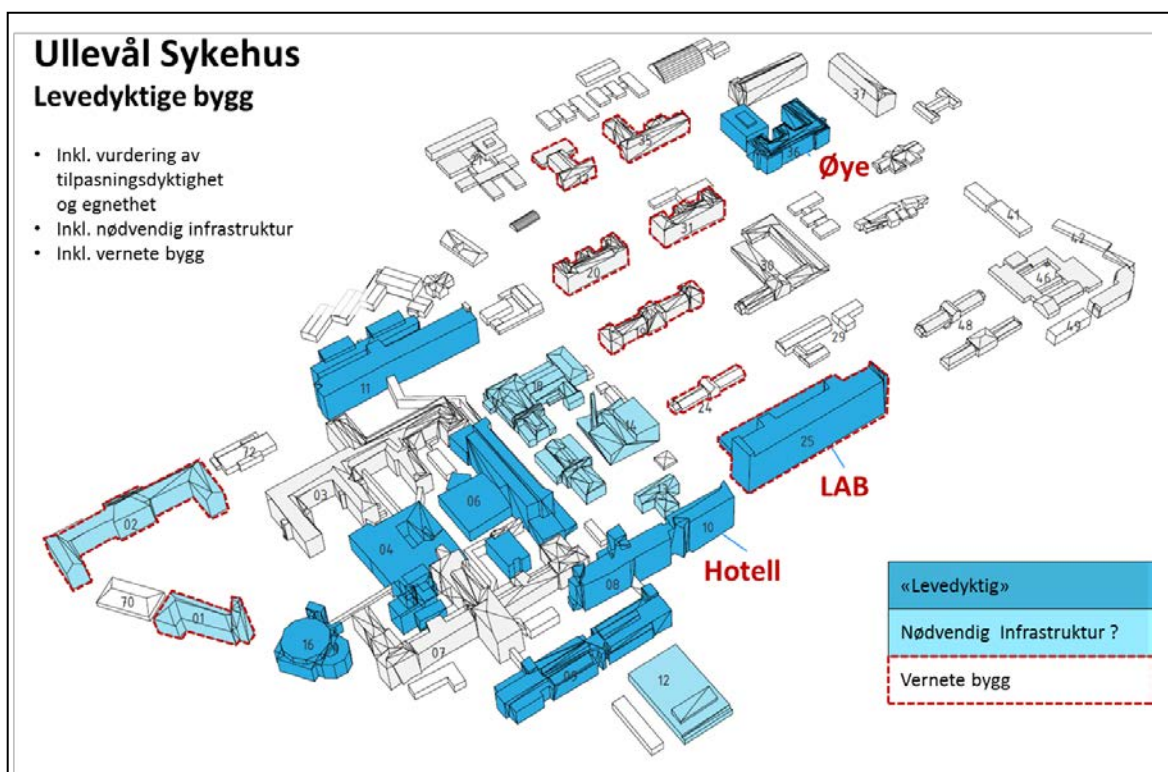
I en ny tilnærming til en delt løsning mellom Gaustad og Ullevål er arealbehov og antall funksjoner som er planlagt plassert på Ullevål økt i forhold til den tidligere løsningen, der det ble beskrevet tre varianter for en utbygging på Ullevål:

- «Ullevål - nord», der en tung utbygging i den nordre delen av tomten skal erstatte dagens dårlige bygg i sør, med mulighet for senere salg av tomteområder i sør
- «Ullevål - sør», der dagens somatikkbygg i sør trinnvis erstattes over tid, med mulighet for senere salg av tomteområder i nord og
- «Ullevål - hele», der hele tomten, dagens infrastruktur og de mest brukbare av eksisterende bygg benyttes videre, oppgraderes og suppleres med enkelte nye bygg.

Med en multitraume-virksomhet værende på Ullevål, som må ta høyde for en betydelig befolkningsvekst i ansvarsområdet og den største lokalsykehus-varianten «3» som grunnlag, fører dette til to viktige konklusjoner for en bygningsmessig løsning på Ullevål i en revidert delt løsning / Alternativ 2:

- Muligheten for å avhende betydelige deler av tomten på Ullevål må legges til side, fordi hele tomtearealet trengs for fremtidige rokader, funksjoner og utvidelser.
- Ny teknisk sentral og infrastruktur må etableres uansett bygningsmessig løsning for å sikre fremtidig drift og utbygging.

Utbyggingsløsningene på Ullevål måtte derfor revurderes og tegnes på nytt. Som den mest hensiktsmessige løsningen vises det nå en trinnvis utbygging som er basert på funn og utredninger gjort for arealutviklingsplanen for Ullevål sykehus fra 2011 og løsningene «Ullevål - sør» og «Ullevål – hele» fra idéfaserapport 2.0.



Figur 30 – Oversikt over

Ut fra en samlet betraktning av teknisk tilstand, tilpasningsdyktighet og egnethet som ble kartlagt av Multiconsult etter Multimap-metoden og oppdatert i 2014 kan det bestemmes eksisterende bygg på Ullevål sykehus som kan være «levedyktig» en stund til om det investeres i teknisk oppgradering og ombygging til framtidens funksjonelle krav. I tillegg kommer bygg som er vernet og bygg med viktig infrastruktur som må vurderes brukt videre i framtiden

Ved å satse på levedyktige bygg i starten av prosessen til en trinnvis utbygging, skisseres det en løsning som etter hvert kan fornye hele bygningsmassen for somatikk i den sørlige delen av tomten. I tillegg bygges det ut for psykisk helse og avhengighet i den nordre delen.

Hele prosessen er delt inn i 3 faser med forskjellige trinn i hver fase. Kun de første 2 fasene som har som mål til å erstatte i hovedsak bygg 3 og bygg 7 er tatt med i denne idéfaseutredningen og tilhørende kostnadsbilde for Alternativ 2. Fase 3 som tar for seg erstatning av bygg 4 og 6 til slutt kan være en opsjon for videre utvikling.

10.4.2 Gaustadområdet i delt løsning



Figur 31 – skisse for nye bygg på Gaustad i en delt løsning

En revidert delt løsning fører til en betydelig reduksjon i arealbehovet på Gaustad, fordi både Radiumhospitalet som består videre og multitraume-komplekset som blir liggende på Ullevål trekkes ut av bildet som ble tegnet tidligere.

Inklusive erstatningsarealer er det derfor behov for omtrent 150 000 m² BTA sykehusarealer på Gaustad i tillegg til dagens Rikshospital, tilsammen ca. 325 000 m² BTA. Idét det tas i bruk alle muligheter for å plassere dette arealet hensiktsmessig i området, kan nybyggandelen reduseres såpass, at en utbygging på Gaustad i delt løsning hverken krever nye sykehusbygg sør for Ring 3 - og dermed heller ikke et lokk over den – eller riving av deler av Domus Medica.

En mulig utbygging på Gaustad i en delt løsning kan dermed løses omtrent slik:

- 20 000 m² - tilsvarende nybyggarealer i Gaustad sykehus
- 25 000 m² nord for Rikshospitalet og Gaustad sykehus for somatikk og PHA
- 15 000 m² direkte tilbygg og påbygg på Rikshospitalet
- 19 000 m² fortsatt leie i Forskningsveien
- 55 000 m² nybygg sør for Rikshospitalet for somatikk
- Minst 16 000 m² nybygg på parkeringstomten
- Pluss en hensiktsmessig løsning for parkering under bakkenivå.

Utbyggingen kan i tillegg også ta hensyn til krav fra Oslo kommune om å respektere regulerte grøntområder mot bekken og turveiområdet vest for Rikshospitalet. I møtet mellom de nye sykehusbygg sør for Rikshospitalet og grøntområdet rundt turveien B1 foreslås det å etablere et parkområde som skal gjøre sykehuset og friområdet rundt mer tilgjengelig og brukbart for flere brukergrupper. Dette kan også anses som et kompensierende tiltak for en tyngre utnyttelse og en høyere bebyggelse enn dagens reguleringsplan for sykehusområdet slår fast. Dette og eventuell flere lignende tiltak må videre utredes når en nødvendig reguleringsprosess på Gaustad kan settes i gang i samarbeid med Oslo kommune.

10.5 Fysisk løsning for Alternativ 3 – delvis samling

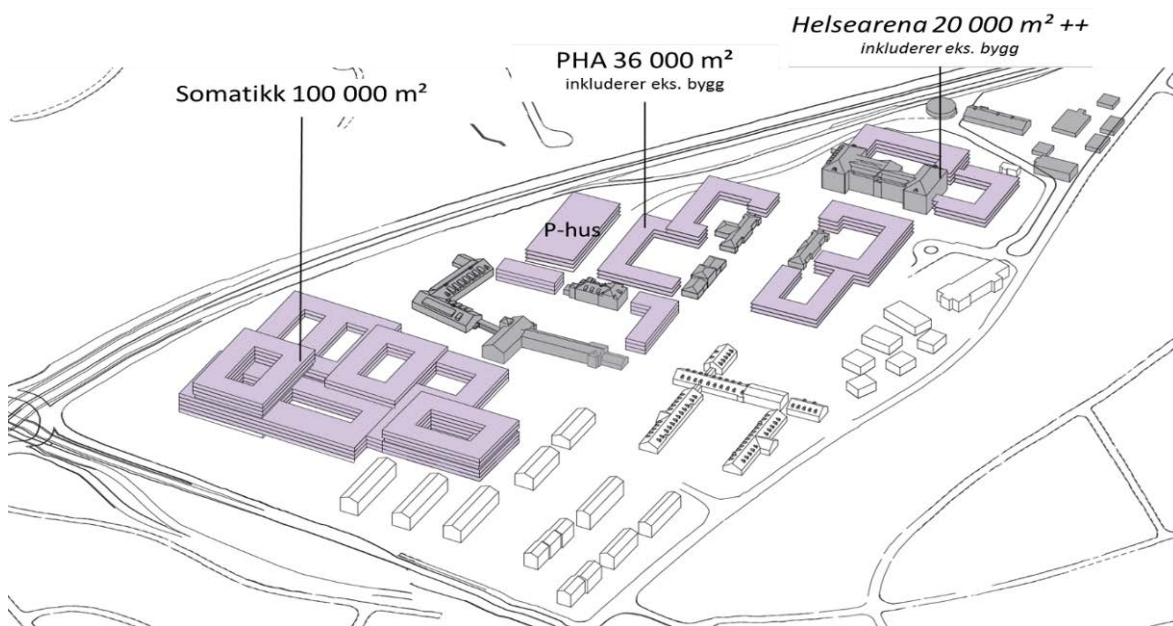
Alternativ 3, delvissamling - samler regionfunksjoner på Gaustad. Lokalsykehuset kan i Alternativ 3 plasseres enten på Ullevål sykehus, Aker sykehus eller en tomt «X» sør eller øst i byen. Siden mulighetene på Ullevål sykehus er utredet i forbindelse med Alternativ 2 og det ikke ble konkretisert en tomt «X» fra Oslo kommune sin side i løpet av utredningsprosessen har mulighetsstudiene for et lokalsykehus i denne fasen fokusert på Aker sykehus som en mulig lokalisering for et lokalsykehus.

Utredningen av en etappevis etablering av målbildet i hovedAlternativ 3, delvis samling har resultert i fire prinsipielt forskjellige muligheter for en første etappe. To av disse innebærer en første utbygging på Gaustad og to beskriver muligheten for å etablere lokalsykehus først, enten på Aker eller ukjent tomt «X».

Den første muligheten for en utbygging på Gaustad beskriver flytting av multitraume-funksjonen fra Ullevål til Gaustad og innebærer riving og erstatning av PKI-arealer i Domus Medica allerede i første etappe. Den andre muligheten tar for seg en utbygging for kvinner, barn og fødsler som skal flytte fra Ullevål sykehus og fører ikke til riving av deler av Domus Medica i første omgang.

Det er i denne sammenheng viktig å påpeke at en flytting av kvinner og barn i en første etappe i Alternativ 3 fører til andre prinsipielle bygningsmessige løsninger enn i en første etappe i Alternativ 2 fordi målbildene i hovedalternativene for en utbygging på Gaustad er ulike.

10.5.1 Lokalsykehus på Aker sykehus

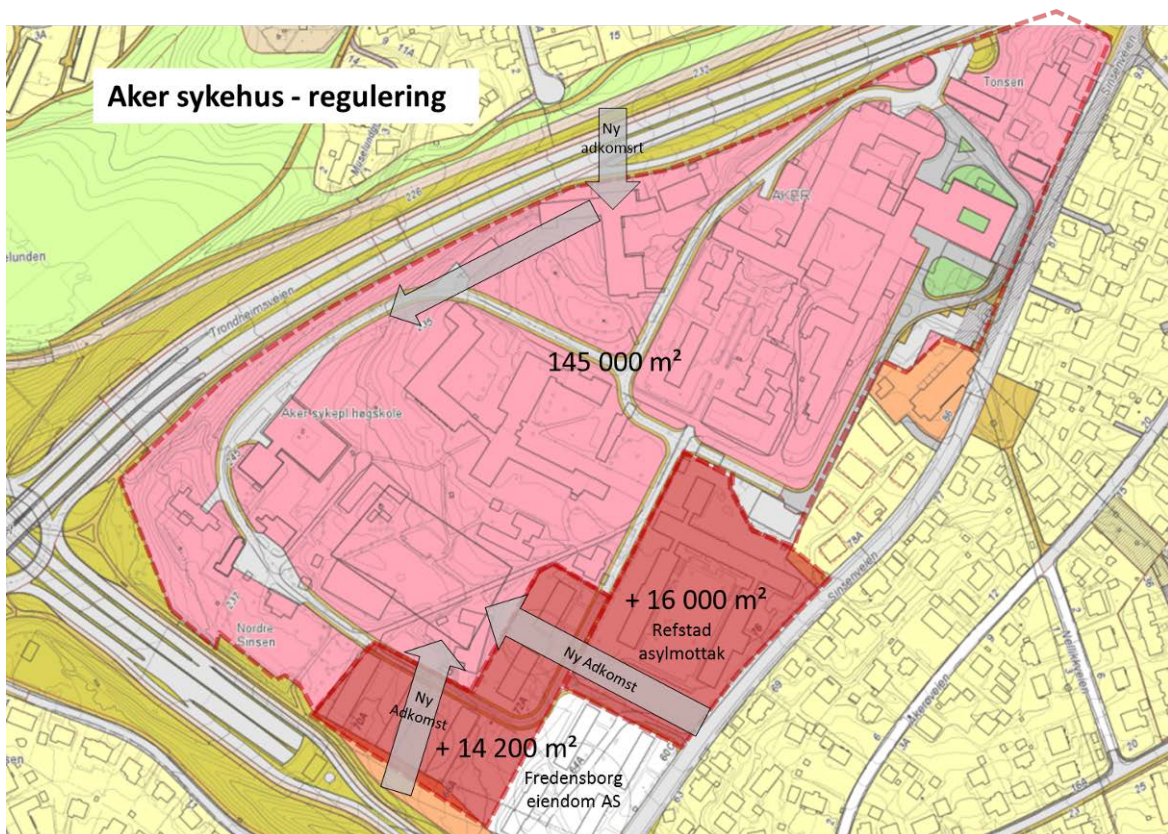


Figur 32 – skisse for nye bygg for et lokalsykehus på Aker

Med utgangspunkt i dagens opptaksområde ble det i lokalsykehusutredningen vurdert at lokalsykehusvariant 2 skal legges til grunn for et lokalsykehus utenfor hovedsykehuset i Alternativ 3 – delvis samling. På Aker-tomten kan det skisseres løsninger for et slikt lokalsykehus med omtrent 140 000 m² bruttoareal som stort sett kan være forenlig med vernehensyn dokumentert i landsverneplanen for helsesektoren. Dette betyr en tung utbygging i den sørlige delen av tomten for et somatisk lokalsykehus og en mindre tett utbygging rundt den sentrale vernete bebyggelsen for psykisk helse og avhengighet (PHA). Store deler av forskning og utdanning i lokalsykehuset kan legges i eksisterende, vernede bygg. Helt i nordenden av tomten kan eventuelt større deler av dagens sykehusbebyggelse forbeholdes Helsearena Aker.

Der er dog knyttet utfordringer til Aker-tomten, som må og kan løses etter hvert som beslutninger for et lokalsykehus på Aker tas. Adkomsten til den sørlige delen av tomten med kjøretøy er ikke optimal med dagens veisituasjon rundt sykehustomten. Nye løsninger kan eventuelt sees i sammenheng med planer om at Trondheimsveien på sikt skal nedgraderes til en miljøgate eller bygate med trikk. Både Ruter, Oslo kommune og Statens vegvesen jobber for tiden med planer for en slik løsning for Trondheimsveien. Veien til en løsning er dog ikke omforent og forutsetter en del tiltak som kan være tidkrevende å få gjennomført.

Også utredningen fra Oslo kommune om etablering av en ny storbylegevakt har Aker-tomten som en sannsynlig opsjon for plassering. Utredningsgruppene har vært i kontakt for å finne løsninger som kan forene de ulike behov legevakten og lokalsykehuset i OUS medbringer. Hovedutfordringene er knyttet til en høyere utnyttelse av tomten og fremtidige adkomstmuligheter. På grunn av usikkerheten knyttet til lokalsykehusets etablering på nåværende tidspunkt og de ulike planhorisonter i prosjektene finnes det ikke åpenbare og enkle løsninger for å forene begge tiltak på Aker.



Figur 33 – området som er regulert til helseformål på Aker bør utvides i sør om lokalsykehus, legevakt og Helsearena skal plasseres her. Bedre adkomst til den sørlige delen av tomten bør etableres.

Som en konsekvens av en ønskelig samlokalisering av lokalsykehus, Helsearena og storbylegevakt på Aker sykehus utfordres bygningsmessige løsninger for lokalsykehuset innenfor grensene til dagens reguleringsformål. Det må derfor generelt sett regnes med at eventuelle nabotomter som i dag eies av Fredensborg eiendom eller Statsbygg (Refstad asylmottak) må omreguleres til helseformål eller at krav om fredning av bygninger på tomten må oppheves på sikt, for å skape plass for hensiktsmessige bygningsmessige løsninger. Tiltak som disse kan også tilføye nødvendig elastisitet for en fremtidig utvidelse av lokalsykehuset eller en etablering av lokalsykehusvariant 3 med større opptaksområde. Slike tiltak burde uansett vurderes når en beslutning om etablering av et lokalsykehus på Aker skal tas.

Utredningsgruppen har vært i kontakt med Fredensborg Eiendom som vil fremme en regulerings sak for boligtomtene sør for Aker sykehus rundt årsskifte 2015 / 2016. Den planlagte nye boligbebyggelsen i nabolaget til sykehustomten vil gjøre det vanskeligere å gjøre sykehustomten og et eventuelt lokalsykehus i den sørlige delen tilgjengelig på en god måte. Eventuelle fremtidige utvidelser av den somatiske virksomheten vil også være begrenset.



Figur 34 – skisse for planlagt ny boligbebyggelse fra Fredensborg eiendom sør for sykehustomten på Aker



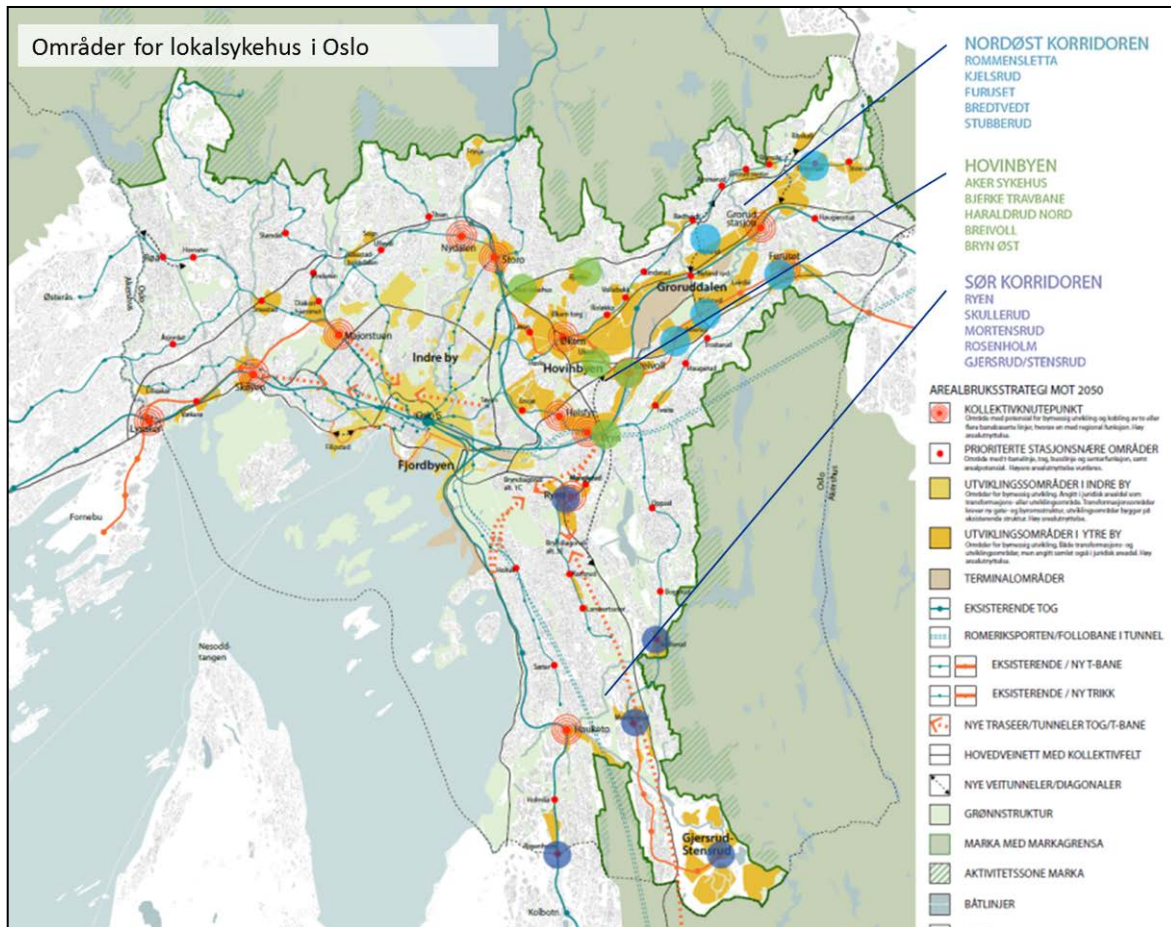
Figur 35 – skisse for nye bygg for lokalsykehus og legevakt på Aker der Refstad brukes for psykisk helsevern og avhengighet (PHA) – skisse viser planlagt boligbebyggelse i sør fra Fredensborg eiendom.

Videreføring av boligprosjektet burde derfor settes på vent gjennom en innsigelse til den nødvendige omreguleringsprosessen, inntil en avgjørelse om etablering av et lokalsykehus på Aker er tatt. Oslo kommune og OUS burde i samarbeid jobbe for å sikre at naboeiendommene fra Statsbygg (Refstad asylmottak) og Fredensborg eiendom på sikt kan tilføres sykehusformål om Helsearena, Storbylegevakt og lokalsykehus skal plasseres tilsammen på Aker.

10.5.2 Lokalsykehus på Tomt «X»

I høringsuttalelsen til første versjon av idéfaserapporten har Oslo kommune påpekt på behovet for et lokalsykehus øst eller sør i byen. Kommunen har i oppfølging av dette utpekt 14 områder i tillegg til Aker sykehus der et slikt lokalsykehus kunne vurderes.

Idéfasearbeidet har derfor inkludert muligheten for et lokalsykehus på en tomt «X» i sine utredninger. OUS har i midlertid ikke mottatt en konkretisering av lokalsykehustomter utenfor Aker eller Ullevål sykehus, der OUS selv eier tomtene.



Figur 36 – områder (fargete sirkler) utpekt av Oslo kommune for lokalisering av et lokalsykehus

Utredningsarbeidet har derfor ikke konkretisert fysiske løsninger for et lokalsykehus på en ukjent tomt, men forutsatt at en slik tomt både vil være stor nok og egnet for et lokalsykehus. Naturlig nok er usikkerheten knyttet til å plassere lokalsykehuset på en hittil ukjent lokalisering betydelig. Dette gjelder både i forhold til et eventuell tidskrevende reguleringsarbeid og ukjente kostnader for nødvendig teknisk og trafikal infrastruktur.

10.5.3 Lokalsykehus på Ullevål sykehus



Figur 37 – «Ullevål – hele» fra idéfaserapporten 2.0 som er aktuelt for et rent lokalsykehus på Ullevål i Alternativ 3

Lokalsykehuset kan også plasseres på Ullevål sykehus i Alternativ 3. Etablering av et rent lokalsykehus med tilsvarende ca. 140 000 m² BTA (lokalsykehusvariant 2) på Ullevål vil kreve tydelig mindre omfattende tiltak enn beskrevet for sykehuset som skal etableres på Ullevål i Alternativ 2 – delt løsning. Hovedfokus burde også her ligge i å erstatte de dårligste byggene på Ullevål, særlig bygg 3 og bygg 7. Men i motsetning til den omfattende utbyggingen som er nødvendig i Alternativ 2 vil ombyggingen av Ullevål i Alternativ 3 sannsynligvis kunne gjennomføres med en oppgradering av dagens teknisk infrastruktur.

Arealbehovet for et rent lokalsykehus på Ullevål er ikke så stort at byggeplassen bak midtblokken, der dagens teknisk infrastruktur knyttes sammen, behøves for å etablere lokalsykehuset. Samtidig vil en første etappe på Gaustad for å etablere regionsykehuset frigjøre nok areal på Ullevål slik at behovet for rokeringsbygg kan minimeres. Med fokus på levedyktige bygg på Ullevål vil lokalsykehuset på Ullevål kunne benytte seg av et scenario tilnærmet «Ullevål – hele» utviklet i idéfaserapporten 2.0 for en delt løsning.

10.5.4 Regionsykehus på Gaustad

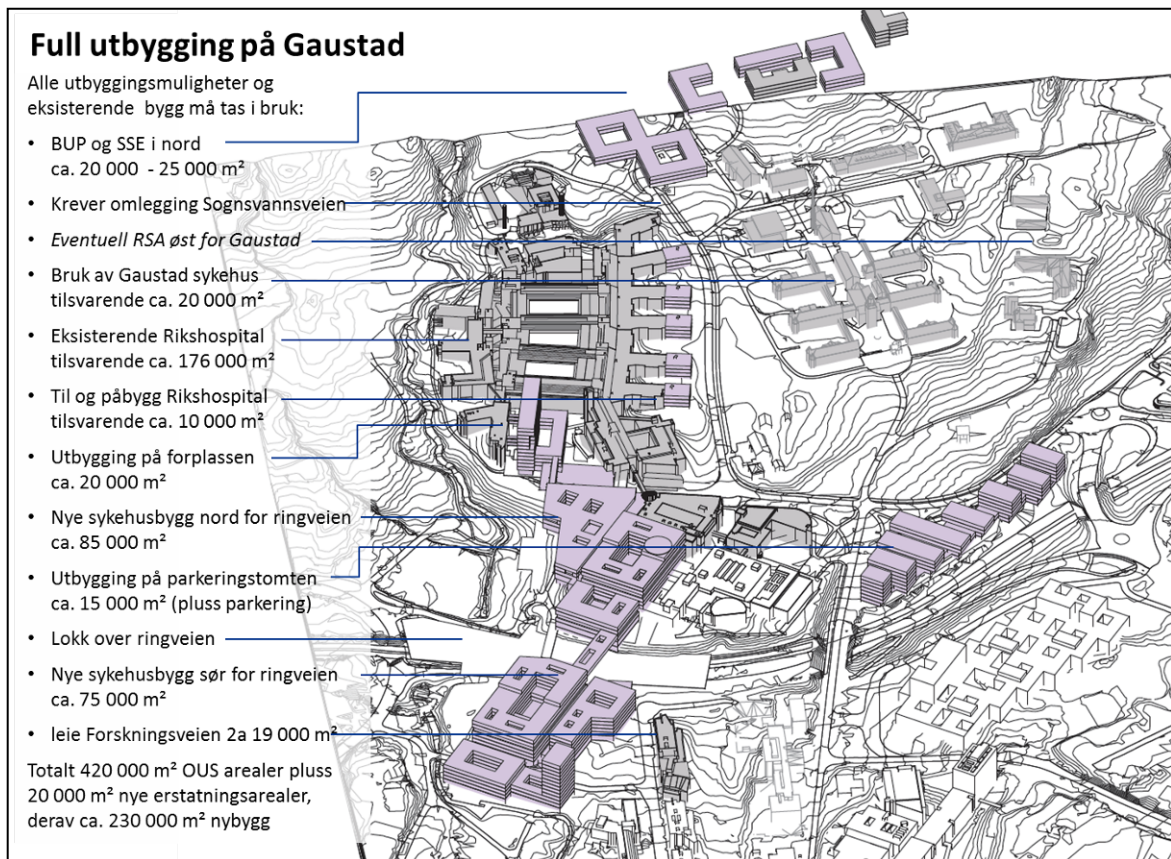


Figur 38 – skisse for nye bygg på Gaustad i alternativ 3

Alternativ 3 – delvis samling - samler regionfunksjoner på Gaustad. Også i dette alternativet reduseres utbyggingsbehovet på Gaustad betydelig fordi Radiumhospitalet vil bestå videre. I tillegg skal det etableres et lokalsykehus et annet sted. Samlet sett fører dette til en tilnærmet halvering i utbyggingsbehovet på Gaustad i forhold til den tidligere løsningen med full samling.

Dette betyr at en samling av regionfunksjoner på Gaustad kan gjennomføres med et lokk over Ring 3 og ved at kun de eldste delene av Domus Medica (PKI) må rives for å skape rom for et sammenhengende somatisk sykehuskompleks fra Rikshospitalet sørover over ringveien.

Ved å ta i bruk alle muligheter på Gaustad for plassering av hensiktsmessige funksjoner utenfor utviklingsbeltet sør for Rikshospitalet blir det i tillegg mulig å ta hensyn til regulerte grøntområder og turveier i området som Oslo kommune har definert som forutsetning for en tyngre utbygging på Gaustad.



Figur 39 – Oversikt over mulig arealfordeling i regionsykehuset på Gaustad i en delvis samling

I tillegg til Rikshospitalet og tilknyttede nye sykehusbygg sørover er det derfor vurdert å:

- benytte hele Gaustad sykehus til egnede funksjoner
- utnytte utbyggingspotensiale på Rikshospitalet (tilbygg/påbygg)
- bygge ut moderat i nord både for Rikshospitalet og Gaustad sykehus
- fortsette leie i Forskningsveien
- bygge ut på parkeringstomten sør for Gaustad sykehus
- etablere en hensiktsmessig løsning for parkering under bakkenivå

Dagens hovedinngang til Rikshospitalet skal styrkes og bli til en tydelig hovedinngang i midten av hele det nye somatiske sykehuskomplekset på Gaustad. Dagens forplass brukes som byggeplass for å utvide viktig tung infrastruktur sørover og et høyt bygg kan markere hovedinngangen og tilby erstatningsareal for pasienthotellet som må rives. Mens underetasjene av dagens Rikshospital og nye bygg sørover skal knyttes sammen må inngangsnivået her få et preg av et tydelig offentlig rom med blant annet trikkholdeplass, drosjer og mulighet for kort stopp for av og påstigning.

Det er dermed naturlig at personal- og pasientservicefunksjoner og fasiliteter for utdanning og undervisning konsentreres i tilknytting til hovedinngangen. Nye auditorier og seminarrom i underetasjen her kan dermed enkelt knyttes til dagens undervisningscenter i B-avsnittet til Rikshospitalet.

For å skape et sammenhengende sykehuskompleks sørover skal broer og andre bygningsmessige forbindelser skape et tydelig kommunikasjonssystem for offentlig og intern trafikk gjennom hele komplekset fra Rikshospitalet ned til Forskningsveien. Her kan det etableres en egen inngang til sykehuskomplekset som skal reises sør for Ring 3 for eksempel for kvinner og barn.

For å skille offentlig adkomst og ambulansetrafikk til det regionale traumesenteret som skal etableres på Gaustad er det nødvendig å plassere traumesenteret med akuttmottaket der byggetrinn 1 av Domus Medica ligger i dag. Kun her vil det bli mulig å etablere ambulanseadkomst uavhengig av offentlig adkomst og varetransport til sykehuset på en god måte. I tillegg gir dette en sentral plassering i hele det nye Rikshospitalet på Gaustad som er en viktig funksjonell forutsetning for denne funksjonen. Dagens varemottak må styrkes og videreutvikles til å kunne håndtere leveranser til et større sykehus og Domus Medica samtidig.

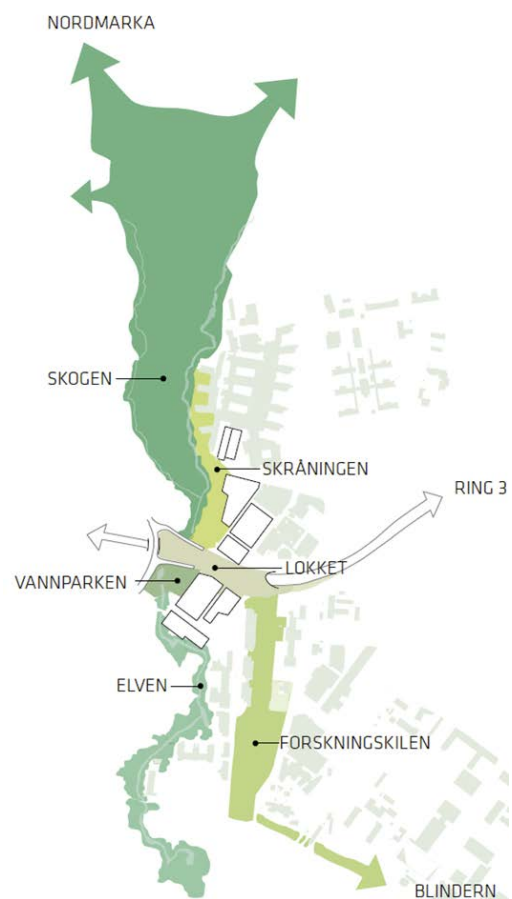
For å kunne plassere traumesenteret og akuttmottaket må de eldste delene av Domus Medica rives, ca. 15 000 m² BTA, når dette skal etableres. Det har i samarbeid med UiO blitt utarbeidet to mulige opsjoner for en permanent erstatning av disse arealer før disse delene av Domus Medica skal rives. Siden mer en halvparten av arealene i den berørte delen av Domus Medica er viet studentundervisning og lignende formål kan en naturlig opsjon være å integrere disse i den nye bebyggelsen rundt hovedinngangen. Kontorer, verksteder og laboratorier som utgjør den andre halvdel av arealet foreslås integrert i byggene rundt dagens forplass, enten i nybygg eller i bytte med OUS for eksempel i A- eller B-avsnittet i dagens Rikshospital.

Opsjon nummer to er å integrere disse arealene i et nytt Forsknings- og undervisningsbygg som kan reises der parkeringshuset (I-avsnittet) ligger i dag. Her kan det bli stor nærhet til både resterende deler av Domus Medica og samtidig det nye Life-science senteret som UiO skal etablere rett sør for Ring 3. Denne opsjonen innebærer at OUS må skaffe erstatning for parkeringsplassene i I-avsnittet i byggeperioden eller permanent før parkeringshuset rives.

Begge opsjoner åpner store muligheter for et framtidig tett og integrert samarbeid mellom OUS og UiO på Gaustad, der sykehus, forskning og utdanning vil møtes på høyest nivå. De beste løsningene vil finnes i en videre utredning av samarbeidet i en konseptfase.

Der ringveien i dag er en tydelig barriere i området, kan lokket over Ring 3 skape et sammenhengende og, ikke minst, roligere sykehusområde med park på Gaustad som forbinder byen, universitetet og sykehuset på en utmerket måte. Området ligger ved en av Oslos blågrønne forbindelser helt unikt i punktet hvor Marka kommer tettest på byen. Et samlet landskapsgrep kan skape en grønn forbindelse fra Majorstuen via Blindern til Nordmarka gjennom en mosaikk av varierte og aktive uterom. Landskapet kan bli lett tilgjengelig og attraktivt for en rekke brukergrupper fra pasienter, pårørende, sykehuspersonale, universitetsansatte, studerende, naboer, til elevene på Vinderen videregående skole.

For å skape gode overganger og muligheten for sammenhengende etasjenivåer i sykehusbebyggelsen nord og sør for ringveien må profilen til Ring 3 justeres noe lavere og lokket etableres slik at det følger terrenget og ringveiprofilen. Dette muliggjør gode sykkel- og gangvei-overganger for å unngå at lokket blir en barriere i landskapet og legger samtidig til rette for muligheten til å benytte lokket for



ambulansedkomst i tilfelle hovedadkomsten til akuttmottaket er blokkert.

Figur 40 – lokket som et sentralt ledd i et sammenhengende grønndrag fra Blindern til Nordmarka



Figur 41 – sykehusparken på lokket og rundt den nye sykehusbebyggelsen

Utformingen av målbildet for det somatiske regionsykehuset på Gaustad vil få viktige føringer gjennom nødvendig plassering av traumesenteret og akuttmottaket på Gaustad og etablering av forbindelser til dagens tunge infrastruktur i Rikshospitalet.

Men også avgjørelser om en etappevis etablering av regionsykehuset vil få konsekvenser for hvordan regionsykehuset vil fremstå når målbildet er nådd. Særlig plassering av sykehusfunksjoner rundt kvinner og barn vil plasseres på forskjellige måter i det nye sykehuset om disse flyttes først til Gaustad eller i en senere etappe.

Etappeutredningen har definert to mulige første etapper der utviklingen starter med en tung utbygging på Gaustad:

- Flytting av multitraume-komplekset først eller
- Flytting av kvinner, barn og fødsler

I tillegg vil det også i en etappe der lokalsykehuset bygges først være nødvendig å etablere noe ny bygningsmasse i forbindelse med forplassen på Rikshospitalet. Om kvinner og barn skal flyttes til Gaustad i en første etappe bør disse funksjonene etableres i tett tilknytning til dagens tilsvarende funksjoner på Rikshospitalet. Det betyr at nybygg sør for hovedinngangen etableres for funksjoner som skal flytte ut av Rikshospitalet for å gi plass til Kvinner og Barn i arealene til dagens Rikshospital. I et scenario der kvinner og barn flytter først vil disse funksjoner på lang sikt bli liggende nord for Ring 3 i dagens Rikshospital.

Om kvinner og barn flytter til Gaustad i en senere etappe, foreslås at disse funksjonene etableres sør for Ring 3 i et nybygg på lang sikt. Dagens tilsvarende funksjoner vil da flytte sammen med disse og gjør plass til andre regionsfunksjoner (f.eks. øye).



Figur 42 – sykehusparken vest for den nye sykehusbebyggelsen

11 Økonomiske analyser samlet og for første etappe

11.1 Investeringskostnader

11.1.1 Innledning om arealer som ligger til grunn

De økonomiske analysene er basert på de ulike alternativene og de ulike skissene for fysiske løsninger. Sammen med informasjon om verdivurdering av frigitte bygninger og driftsøkonomiske effekter, gir dette en første indikasjon på de økonomiske konsekvensene av alternativene.

Anslag for investeringskostnader bygger på de arealer som inngår i idéfasen, og omfatter ikke alle arealer OUS har i sin virksomhet.

Tabellen under gir en samlet oversikt over arealer som er med i idéfasearbeidet. Det vises forøvrig til kapittel 7 i Idéfaserapport 2.0.

	0-alternativet	Delt løsning mellom Gaustad og Ullevål		Delvis samling på Gaustad med lokalsykehus utenfor regionsykehuset	
				Aker	X
Nybygg	127 500	283 000		362 000	376 000
Ombygging	278 900	90 000		111 900	50 000
Teknisk oppgradering	454 300	341 600		189 600	219 600
Teknisk oppgradering, avhendes før 2030	0	198 700	360 700	360 700	
Riving	17 700	222 500	135 500	102 500	
Leiebygg	59 000	26 500	26 500	26 500	
Sum	920 000	741 000	690 000	672 000	

Tabell 30 Arealfordeling (kvm) i evalueringsalternativene

Ved bare nybygg (alle funksjoner i nybygg) er arealbehovet beregnet til ca. 630 000 kvm for de funksjoner som omfattes av idéfasen. De konkrete alternativene varierer fra rundt 670 000 til rundt 740 000 kvm. Forskjellene skyldes ulikt omfang av bruk av eksisterende bygningsmasse. Dette gjelder arealer ved Gaustad sykehus, Aker sykehus (hvis lokalsykehuset legges hit), på Radiumhospitalet, og på Ullevål i alternativ 2.

Det er knyttet usikkerhet til arealvurderingene. Dette gjelder befolkningsframskrivingene som er grunnlaget for kapasitetsberegninger og således arealbehovet (se kapittel 5 i idéfaserapport 2.0), brutto/nettofaktoren som er lagt til grunn, samt de vurderinger som er gjort om bruk av eksisterende bygg. Det er lagt til grunn en B/N-faktor på 2,1 for somatikk og 1,8 for PHA (1,9 for RSA med tilknyttede funksjoner grunnet mer spesiell bygningsmasse). Ny informasjon fra nytt Østfoldsykehus på Kalnes viser en B/N-faktor på rundt 2,2 (planlagt med 2,0). I skisseprosjektet for Helse Stavanger er faktoren holdt på 2,0, men prosjektet er ikke konkretisert langt nok til å vite om dette er tilstrekkelig.

11.1.2 Anslag på investeringskostnader

Ved beregning av investeringskostnader skiller det mellom nybygg, funksjonelle ombygginger og tekniske oppgraderinger. Kostnaden for nybygg er basert på prisanslag for kostnad pr. kvm, bruttoareal ut fra erfaringstall og ambisjonsnivå. Erfaringstallene er hentet fra sammenlignbare prosjekter og ikke basert på konkrete bygningsmessige løsninger. Nybygg er delt i et begrenset antall kategorier med kostnadsforskjeller. Det er tatt utgangspunkt i de to siste store og representative sykehusprosjektene i Helse Sør-Øst; Ahus og nytt sykehus i Østfold (Sykehuset Østfold, Kalnes).

Investeringskostnad per kvm i nybygg er for somatikk ca. 64 800 kr/kvm og for psykisk helse og avhengighet ca. 52 300 kr/kvm. Rene kontorbygg anslås til ca. 35 400 kr/kvm. Anslag for kostnad pr. kvm er oppgitt som grunnkalkyle (dvs. post 1-9 i bygningsdelstabellen) og ekskl. forventede tillegg. Prisindeks er juni 2015 (økning på 3,9 % fra idéfaserapport 2.0).

Det er tatt høyde for de miljøtiltak/miljøløsninger som forventes, i praksis «grønt sykehus». Videre er det tatt høyde for utskifting av brukerutstyr 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. Det kan derfor være at det samtidig med utbygging kommer kostnader knyttet til IKT ut over det som fremkommer i investeringsanslagene her.

Ombygging er delt i lett, middels og tung ombygging, som utgjør henholdsvis 25, 50 og 75 % av nybyggkostnad.

Teknisk oppgradering baseres på foreliggende estimater knyttet til multimapanalysener og kjente kostnadskonsekvenser av ulike myndighetspålegg. Multimapanalysene med suppleringer er benyttet både i vurdering av 0-alternativet og i «må-tiltak» i påvente av nybygg i de andre alternativene. Idéfaserapport 2.0 inkluderte kjente kostnadskonsekvenser av ulike myndighetspålegg. OUS er i forslag til statsbudsjett for 2016 innvilget lånesøknaden på 1,26 mrd. kr (Ca. 1,8 mrd. kr inkl. egenfinansiering) til lukking av tilsynsavvik. Dette er kostnader som i stor grad er overlappende med kostnader som var inkludert i tidligere investeringsanslag. Investeringsanslagene, vist nedenfor, er derfor redusert med tiltak som inngår i lånesøknaden.

Riving inngår i investeringsanslaget med en gjennomsnittlig kostnad pr. kvm revet bygg.

11.1.3 Resultater

Tabell 31 viser investeringsanslaget pr alternativ, mens det nedenfor er beskrevet hovedinnholdet i det enkelte alternativ. Alternativene vil i ulik grad bruke eksisterende bygg og vil derfor ha ulik gjennomsnittsalder i en fremtidig situasjon der alle tiltakene er gjennomført. Denne forskjellen i alder er synliggjort i tabellen.

Det presiseres at dette er et anslag på investeringsbehov, og at aktuelle tiltak må utvikles videre gjennom konseptfase og forprosjekt før styrings- og kostnadsrammer fastlegges.

	0-alternativet	Alt. 2 Delt løsning	Alt. 3 Delvis samling Gaustad sør m/ lokalsykehus	
			Aker	X
Nybygg	7 350	17 490	22 270	23 040
Ombygging	8 710	2 540	2 090	1 010
Teknisk oppgradering	3 430	3 730	2 290	2 180
Teknisk oppgradering, avhendes før 2030	0	1 170	2 220	2 490
Andre kostnader	1 170	3 010	3 800	4 110
Riving	50	580	350	270
Byggelånsrenter	1 190	2 240	2 160	2 460
Sum basiskostnad	21 900	30 760	35 180	35 560

Ca. alder på bygningsmassen i 2035

~ 58 år

~ 34 år

~ 27 år

~ 26 år

Tabell 31 Investeringsbehov og arealer i de ulike alternativene

Det er ikke regnet på en variant med Ullevål i alternativet med delvis samling (alternativ 3) siden det ikke er aktuelt å starte på Ullevål i første etappe i dette alternativet. For alternativ 2 er det regnet både ved start på Ullevål (vist i tabellen over) og på Gaustad (barn).

11.1.4 0-alternativet

0-alternativet innebærer videreføring av virksomhet i eksisterende bygg, noe som igjen innebærer at bygningsmassen må oppgraderes teknisk, ombygges der dagens lokaler er vurdert spesielt dårlig egnet for medisinske virksomhet samt utvides i form av nybygg/påbygg for å møte økt aktivitetsbehov. Det er lagt til grunn 77 000 kvm nybygg pga. befolkningsvekst inkludert integrerte arealer til forskning og utdanning (FoU), 18 000 kvm nybygg pga. regional sikkerhetspsykiatri (RSA) med tilgrensede funksjoner, 20 000 kvm ekstra bygg til FoU, samt 10 000 kvm rokeringsbygg (i en overgangsfase 20 000 kvm til rokeringsbygg, men 10 000 av disse som en del av de 77 000 kvm nybygg). Det er lagt til grunn at leieforhold fortsetter. Dette gjelder bl.a. kontorlokaler i Forskningsveien og OCCI-bygget.

De fleste bygg omfattes av større eller mindre grad av teknisk oppgradering eller ombygging. Tiltakene som inngår i 0-alternativet er tilsvarende de som var inkludert i idéfaserapport 2.0, justert for økt areal for RSA med tilgrensede funksjoner og at tiltak som inngår i lånesøknaden er tatt ut. Videre er det benyttet en lavere byggelånsrente enn tidligere (endret fra 4% til 2,1 %), dette gjelder alle alternativer. Det vises for øvrig til beskrivelse av 0-alternativet i kapittel 7 i idéfaserapport 2.0.

11.1.5 Alternativ 2, delt løsning mellom Gaustad og Ullevål

Alternativet omfatter ca. 145 000 kvm ut over dagens Rikshospital på Gaustad-området. Dette dekkes primært gjennom nybygg, men også gjennom bruk av arealene ved Gaustad sykehus. Gaustad sykehus er tatt med som 40 000 kvm brutto som gir tilsvarende 20 000 kvm. Videre inngår etablering av nye parkeringsplasser siden nybygg vil måtte bygges på tomten til dagens parkeringshus, og erstatning for hotell. I investeringsanslaget inngår også opparbeidelse av grøntarealer på nordsiden av Ring 3, teknisk oppgradering av Rikshospitalet samt kortsiktige tiltak ved øvrige bygg. Det er ikke inkludert riving og erstatning for pasienthotell, deler av Domus Medica, erverv av Forskningsveien 1 og 3, og opparbeidelse av grøntarealer på sørsiden av Ring 3, slik tilfelle er for Alternativ 3, delvis samling.

Ullevål vil i dette alternativet være en kombinasjon av lokalsykehus for alle bydeler OUS har lokalsykehusansvar for, samtidig som det vil være et regionsykehus med en betydelig, og for regionen sentral, spisset akuttvirksomhet med multitraume. Det er gjort en vurdering av levedyktige bygg ved Ullevål og det er i investeringsanslaget lagt til grunn ombygging og teknisk oppgradering av en rekke eksisterende bygg, i tillegg til nybygg. Investeringsanslaget omfatter etablering av ny teknisk infrastruktur og rokeringsbygg på Ullevål (som inngår i permanent bygningsmasse).

Det er lagt til grunn at aktiviteten på Radiumhospitalet dekkes gjennom nytt klinikkbygg, fortsatt bruk av de relativt nye byggene (forskningsbygget og stråleterapibyget), ombygging av bygg C og F, samt leie i OCCI bygget. Øvrige bygg kan rives. Dette er likt i alternativ 2 og 3.

Arealbehovet for RSA med tilknyttede funksjoner er anslått til ca. 18 000 kvm, og det er i investeringsanslaget lagt til grunn nybygg. Dette er likt i alternativ 2 og 3. Det vises for øvrig til egen idéfase for RSA med vil bli tilknyttede funksjoner.

11.1.6 Alternativ 3, delvis samling på Gaustad sør med lokalsykehus annet sted

I dette alternativet samles store deler av aktiviteten på Gaustad og alternativet omfatter ca. 225 000 kvm utover dagens Rikshospital. Dette dekkes primært gjennom nybygg, men også gjennom bruk av arealene ved Gaustad sykehus. Det må bygges erstatning for vestre del av Domus Medica, erstatning for hotell, samt at bygg i Forskningsveien 1 og 3 må erverves. Gaustad sykehus er tatt med som 40 000 kvm brutto som gir tilsvarende 20 000 kvm. Videre inngår etablering av nye parkeringsplasser

siden nybygg vil måtte bygges på tomten til dagens parkeringshus. I investeringsanslaget inngår også lokk over Ring 3 og opparbeidelse av grøntarealer på nord og sørsiden av ringveien. Teknisk oppgradering av Rikshospitalet samt kortsiktige tiltak ved øvrige bygg er tatt med.

Lokalsykehuset kan enten etableres på Ullevål, Aker eller en tomt x sørøst i Oslo. Det fremgår imidlertid av delrapporten om etappeinndeling, at det ikke vurderes som aktuelt med en første etappe på Ullevål i alternativ 3. Det er derfor kun etablert investeringsanslag for Aker og tomt x. Som grunnlag for investeringsanslaget er det gjort en vurdering av levedyktige bygg ved Aker og det er for lokalsykehus på Aker lagt til grunn nybygg, samt ombygging og teknisk oppgradering av enkelte eksisterende bygg. Ved lokalsykehus på tomt x er det kun nybygg. I anslagene inngår også infrastrukturtiltak, og for lokalsykehus på tomt x er det inkludert kjøp av tomt.

Alternativet er ikke direkte sammenlignbart med alternativer presentert i idéfaserapport 2.0 grunnet lokalsykehus på Ullevål, Aker eller en tomt x sørøst i Oslo, og fortsatt bruk av Radiumhospitalet. Investeringsanslaget er også lavere enn i tidligere alternativ med samling på Gaustad sør, grunnet at dette inneholdt kostnader knyttet til tunell på Ring 3, T-bane og større omfang av erstatningsbygg.

Tiltakene ved Radiumhospitalet og for RSA med tilknyttede funksjoner, er tilsvarende som for Alternativ 2, delt løsning mellom Gaustad og Ullevål.

11.1.7 Investeringsanslag første etappe

Det er, basert på beskrivelsene av de aktuelle førsteetappene for 0-alternativet og alternativene 2 og 3, etablert investeringsanslag for de tiltakene som inngår i de aktuelle førsteetappene. I tabellen nedenfor er det investeringsanslag for de ulike variantene vist.

For å beregne de totale kostnadene for idéfasen er det i de løsningene av Alternativ 3 *delvis samling på Gaustad med lokalsykehus utenfor regionsykehuset* der det startes på Gaustad lagt til grunn lokalsykehus på Aker (ikke Ullevål eller tomt x) i senere faser. Dette er kun gjort av beregnings-tekniske hensyn, og utelukker ikke Ullevål eller tomt x som lokalsykehus i Alternativ 3.

Tabell 32 under viser investeringsanslag for de aktuelle førsteetappene. Løsningene varierer vesentlig i omfang og hvilke tiltak som inngår i en første etappe. Dette er beskrevet i tidligere kapitler. I tabellen er det angitt hvor stor andel den første etappen utgjør av det samlede målbildet, målt i kostnader (andel av samlet basisestimat). Videre er det forskjell i variantenes tidsplan, noe som sammen ulikt omfang gir vesentlige forskjeller i byggelånsrenter.

	0- alternativet	Alt. 2 Delt løsning		Alt. 3 Delvis samling Gaustad sør m/ lokalsykehus			
		Gaustad- barn	Ullevål	Gaustad- akutt	Gaustad- barn	Aker	X
Nybygg	4 090	7 830	8 190	8 880	7 830	9 530	12 020
Ombygging	3 010	420	420	240	910	530	240
Teknisk oppgradering	740	920	920	580	530	580	50
Teknisk oppgradering, avhendes før 2030	0	1 280	1 170	1 470	1 160	1 320	1 570
Andre kostnader	1 170	390	1 540	1 760	430	920	1 290
Riving	50	0	0	50	0	0	0
Byggelånsrenter	530	640	1 250	1 210	670	800	1 320
Basiskostnad	9 590	11 480	13 500	14 190	11 530	13 680	16 490
Andel av totalen	44 %	38 %	44 %	40 %	33 %	39 %	46 %

Tabell 32 Investeringsbehov i første etappe

Det vises til kapittel 8 Etappevis utvikling for beskrivelse av innholdet i hver enkelt variant av 1. etappe.

11.1.8 Usikkerhetsanalyse

Det er gjennomført en usikkerhetsanalyse av investeringsanslagene i hvert alternativ, samlet og for en første etappe. 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.

Usikkerhetsanalysen er basert på følgende forutsetninger:

- Prisnivå i kalkylen er 2015.
- Prisstigning medtas ikke.
- MVA er inkludert.
- Usikkerhetsanalysen er basert på en etappevis realisering i tre påfølgende etapper som starter i 2016. Usikkerheten vil øke ved en eventuell utsettelse av etappene.
- Ekstremhendelser, dvs. hendelser med svært liten sannsynlighet og svært stort utslag, inkluderes ikke i usikkerhetsanalysen.
- Analysen dekker ikke større premissendringer (f.eks. endring av opptaksområde).

Resultater av usikkerhetsanalysen av investeringsanslagene er vist som:

- Tabeller viser viktige enkelttall som forventningsverdi, standardavvik (et mål på usikkerhet), sannsynlighet for at basisestimat er tilstrekkelig og ulike sannsynlighetsnivåer (for eksempel hvilket kostnadsnivå som 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 horisontal aksel.

I tabellen nedenfor vises resultatene av usikkerhetsanalysen for alternativene. Resultatene er avrundet til nærmeste 100 mill. kroner.

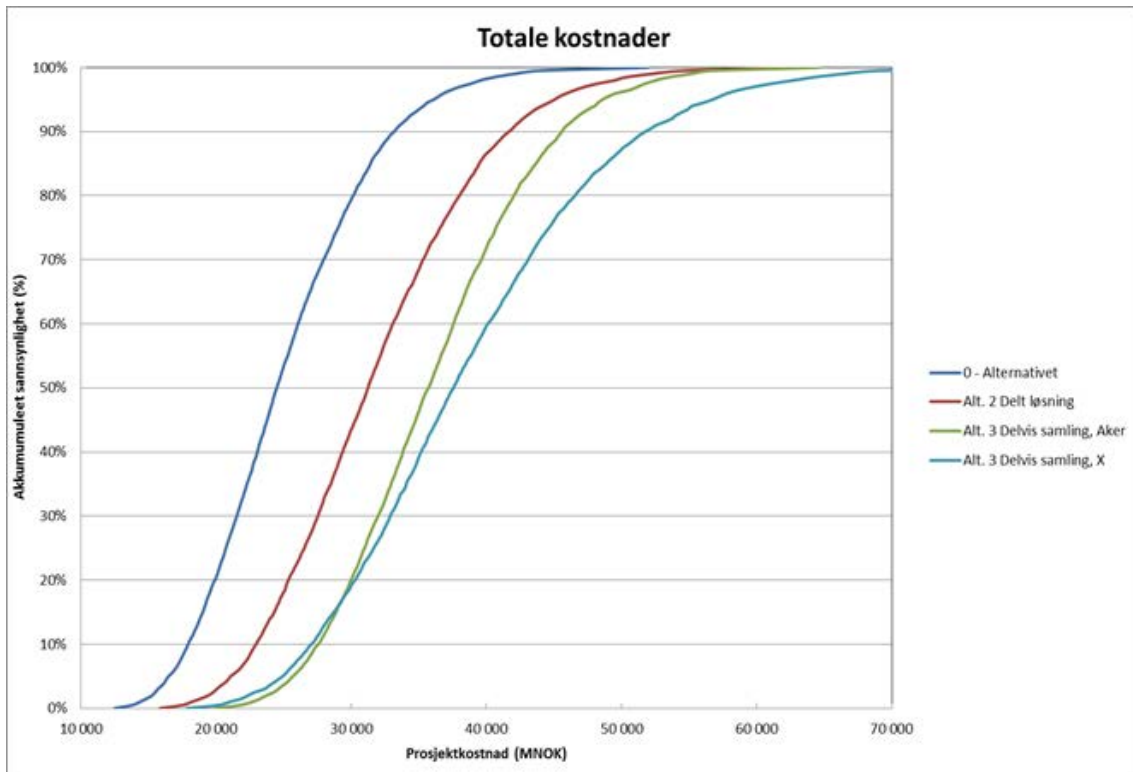
	0-alternativet	Alt. 2 Delt løsning	Alt. 3 Delvis samling Gaustad sør m/ lokalsykehus	
			Aker	X
Basiskostnad	21 900	30 760	35 180	35 560
Forventningsverdi	26 600	34 400	38 600	41 600
P50	25 900	33 700	38 000	40 300
P85	33 200	42 600	46 500	52 500
Standardavvik	24 %	23 %	20 %	25 %
Sannsynlighet for basis	25 %	35 %	36 %	31 %

Tabell 33 Resultater fra usikkerhetsanalysen, samlet idéfase (tall i mill. kroner, inkl. byggelånsrenter, avrundet)

0-alternativet har lavest forventningsverdi for investering med en kostnad på 26,6 mrd. kroner. Alternativ 3 med lokalsykehus på tomt x har høyest forventningsverdi for investering med en kostnad på 40,3 mrd. kroner. De øvrige alternativene har forventningsverdier mellom 34,0 og 38,6 mrd. kroner.

Usikkerhetsanalysene viser at det er forskjell mellom alternativene i standardavvik (mål på usikkerheten). Alternativ 3 med lokalsykehus på sted x har høyest standardavvik, mens alternativ 3 Delvis samling med lokalsykehus på Aker har lavest standardavvik.

Videre viser usikkerhetsanalysen forskjell mellom alternativene i forventede tillegg, dvs. forskjell i påslaget fra basis til forventningsverdi. 0-alternativet har et påslag på 22 %, mens de øvrige har fra 10 til 17 % påslag. Usikkerhetsanalysen i 2014 viste generelt et lavt påslag for usikkerhet i tiltaksalternativene. Dette skyldes at investeringsbehovet for nybygg og ombygging inkluderte reserver i basisestimatet. Foreliggende usikkerhetsanalyse viser et noe større påslag for usikkerhet, noe som skyldes at basisestimatene som er grunnlag for analysen er eksklusive forventede tillegg.



Figur 43 Usikkerhetsanalyse, S-kurve Investeringsanslag samlet idéfase

Det er ulike forhold som påvirker usikkerheten i de ulike alternativene, dette er beskrevet nedenfor.

Kort om usikkerhetslementer per alternativ.

- 0-alternativet: Tiltaket vurderes som krevende å gjennomføre med samtidig/parallelle sykehusdrift, forskning og undervisning. Det er generelt stor usikkerhet knyttet til kostnadene ved ombygging av eksisterende sykehusbygg, ved at ombygging og teknisk oppgradering kan bli mer omfattende enn forutsatt, f.eks. krav om ombygging fremfor teknisk oppgradering. Det er usikkerhet om videre drift i enkelte av bygningene ved Ullevål. Eventuell gjennomføring av tiltaket må skje ved et høyt antall enkelttiltak som vil pågå parallelt. Tilstandsanalyser viser at den tilstanden ved en rekke bygninger i OUS er i dårlig eller svært dårlig tilstand. En eventuell reduksjon av omfanget av første etappe og utsettelse av tiltak, vil innebære at de samlede kostnadene for oppgradering og ombygging sannsynligvis vil øke. 0-alternativet har relativt enkle eiendoms- og reguleringsmessige forhold. Det er gjort en revurdering av input til usikkerhetsanalysen som ble gjennomført i 2014.
- Alternativ 2, delt løsning: Denne løsningen innebærer en utbygging på Gaustadområdet, men i mindre omfang og færre tiltak enn alternativ 3. Usikkerheten knyttet til Gaustadområdet vurderes derfor som noe lavere enn i alternativ 3. Alternativet innebærer bruk av eksisterende bygg på Ullevål. Det er gjort en vurdering av levedyktige bygg som tilsier at i alt ca. 160 000 kvm kan benyttes (gir færre effektive kvm, vurdert til ca. 100 000). Det er knyttet usikkerhet til bruk av eksisterende bygg, noe som innebærer risiko for at kostnadene kan øke som følge av at ombygging og teknisk oppgradering blir mer omfattende enn forutsatt, eller at det er behov for mer nybygg enn forutsatt. Det ble som en del av usikkerhetsanalysen i 2014 argumenter for at alternative gjennomføringsmodeller kan innebære et potensial for å bygge billigere enn det har vært vanlig i sykehusprosjekter. Denne muligheten er i analysen

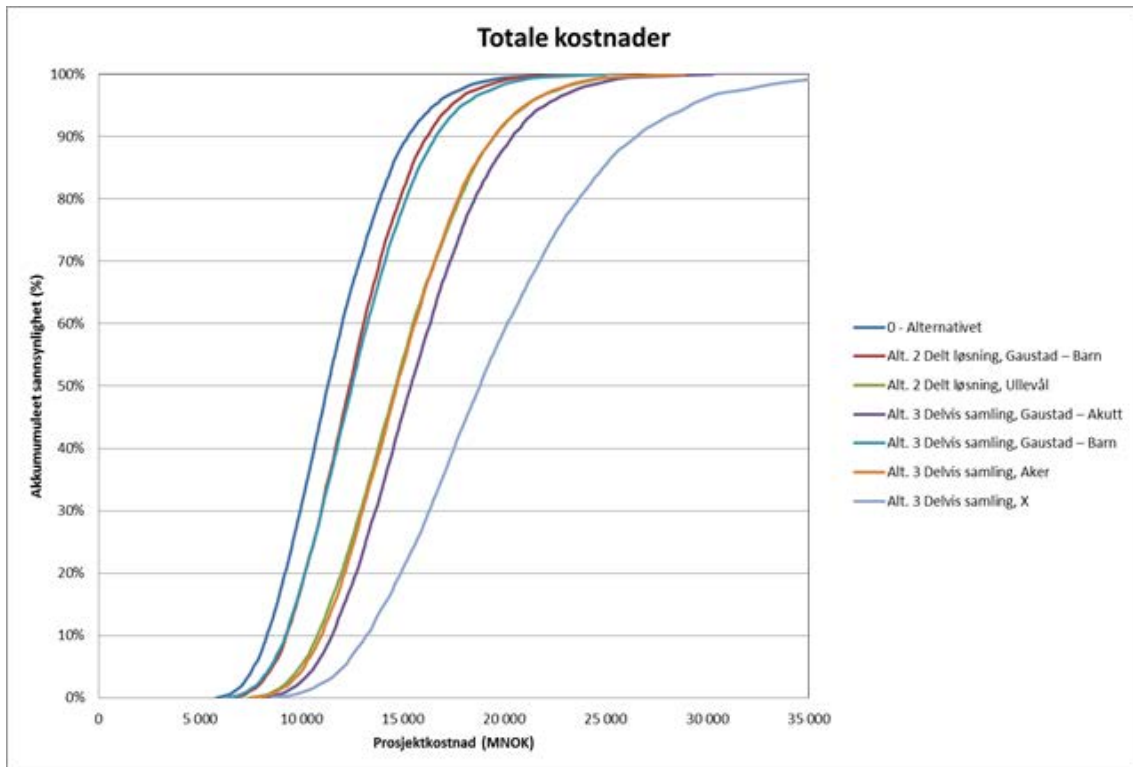
innarbeidet som en mulig økonomisk oppside også i foreliggende usikkerhetsanalyse. Prosjektet vurderes som krevende å gjennomføre med samtidig sykehusdrift, forskning og undervisning. Må som 0-alternativet, deles i et høyt antall enkelttiltak som vil pågå parallelt.

- Alternativ 3, delvis samling på Gaustad sør m/ lokalsykehus: Alternativet innebærer en vesentlig utbygging på Gaustadområdet, og tiltaket er avhengig av riving/erstatning av deler av UiO/PKI, etablering av lokk over Ring 3 og erverv av Sintefbygg. Dette er arbeider som vurderes som krevende både ved regulering og gjennomføring. Tiltaket vil i mindre grad enn 0-alternativet og Alternativ 2 delt løsning påvirke sykehusdriften i byggeperioden. Lokalsykehus kan i dette alternativet enten lokaliseres til Aker, Ullevål eller tomt x. Det er ikke regnet på Ullevål siden det ikke er aktuelt å starte på Ullevål i første etappe i dette alternativet (se kapittel om etappeinndeling). Usikkerheten vurderes som større i løsningen med lokalsykehus på tomt x enn Aker. Dette skyldes at lokalisering/tomt ikke er avklart, og dermed vesentlig usikkerhet knyttet til bl.a. reguleringsmessige forhold, nødvendig infrastruktur og tomtekostnader. Alternativ 3 har større andel nybygg enn 0-alternativet og Alternativ 2 slik at bygningsmassen vil ha en gjennomsnittlig lavere alder ved ferdigstillelse. Som for alternativ 2 er det i usikkerhetsanalysen innarbeidet en mulig økonomisk oppside knyttet til alternative gjennomføringsmodeller kan innebære et potensial for å bygge billigere.

Det er tilsvarende gjennomført usikkerhetsanalyse av investeringsanslaget for første etappe. Resultatene er vist i tabellen under.

	0-alternativet	Alt. 2 Delt løsning		Alt. 3 Delvis samling Gaustad sør m/ lokalsykehus			
		Gaustad-barn	Ullevål	Gaustad-akutt	Gaustad-barn	Aker	X
Basiskostnad	9 590	11 050	13 070	13 620	11 020	13 140	16 870
Forventningsverdi	11 600	12 100	14 500	15 100	12 200	14 400	19 900
P50	11 300	11 900	14 200	14 800	11 900	14 100	19 200
P85	14 400	14 800	17 900	18 600	15 100	17 700	25 400
Standardavvik	24 %	22 %	23 %	22 %	23 %	22 %	27 %
Sannsynlighet for basis	25 %	37 %	37 %	36 %	37 %	38 %	32 %

Tabell 34 Resultater fra usikkerhetsanalysen, 1. etappe (tall i mill. kroner, inkl. byggelånsrenter, avrundet)



Figur 44 Usikkerhetsanalyse, S-kurve Investeringsanslag første etappe

11.2 Realisering av verdier

Ved samling av sykehusets virksomhet vil flere av sykehusets eiendommer kunne avhendes. Det er foretatt en verdivurdering av disse, forutsatt at hovedtyngden av virksomheten samles.⁸ Dette gjelder områdene Aker, Ullevål, Sognsvannveien (Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling), Spesialsykehuset for epilepsi (SSE) i Bærum og Dikemark i Asker. Omfang av avhending varierer imidlertid mellom alternativene, avhengig av lokalisering av lokalsykehus, samt eventuell videre bruk av Ullevål.

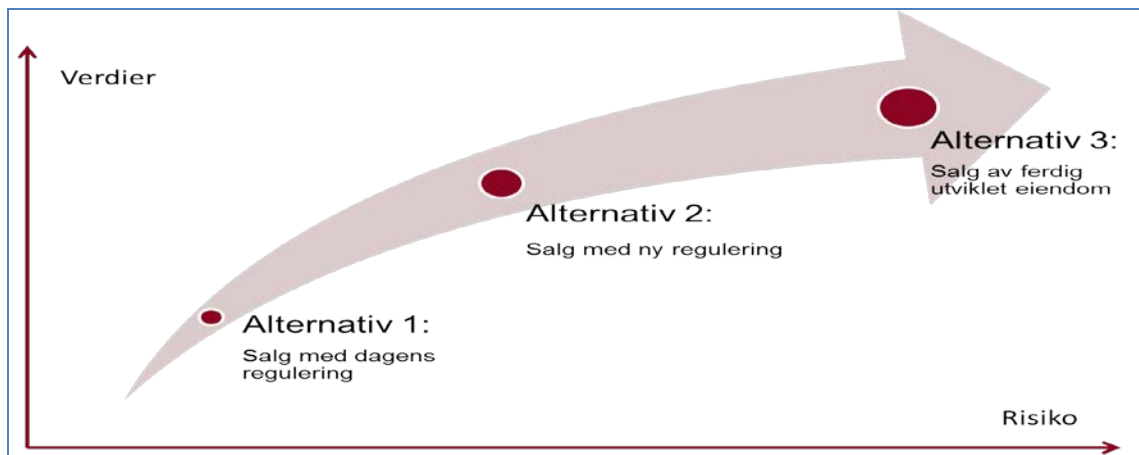
Verdivurderingene er gjort på bakgrunn av påregnet sannsynlig utviklingspotensial, nedjustert med ny eiers «risikopremie» for omregulering. Utviklingsformål er forutsatt i hovedsak å være boliger og/eller næringsbygg. Anslagene anses som nøkterne, både ved at det er forutsatt at eiendommene selges uten omregulering og derved tilrettelegging for verdiøkning og fordi verdipotensialet i spesialbygg ikke er hensyntatt. Verdivurderingen foretatt mars 2014 er oppdatert med en vurdering av prisvekst frem til i dag (høst 2015).

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

⁸ Verdiestimat av portefølje av sykehuseiendommer – Utvikling, Multiconsult AS og Foss & Co Næringsmegling AS, mars 2014, oppdater av GVA CRE Norway (tidligere Foss & Co Næringsmegling), november 2015.

Sammenhengen mellom verdi og risiko for OUS er prinsipielt illustrert i figuren nedenfor.



Figur 45 - Verdi og risiko for alternative eiendomsstrategier

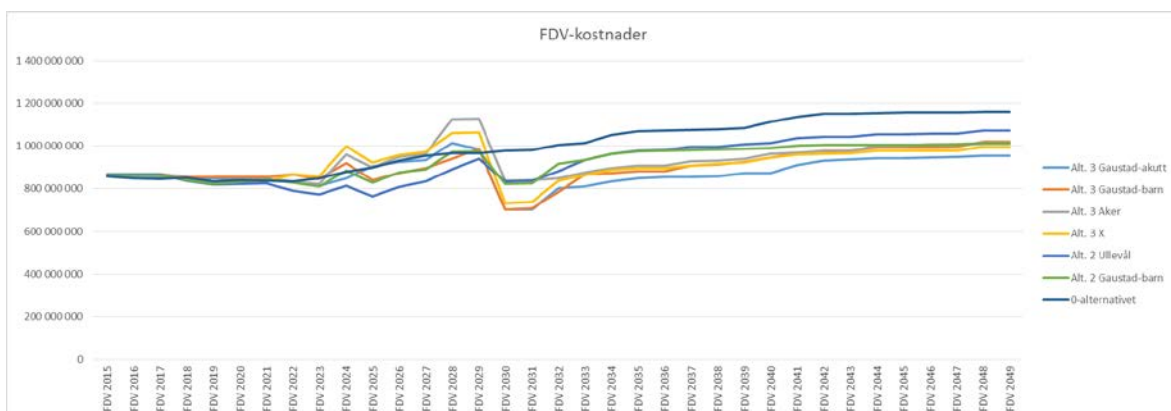
OUS er underlagt *avhendingsinstruksen* som gir retningslinjer for avhending av fast eiendom som staten eier. Eiendommer skal som hovedregel avhendes til den som gir høyest bud. Denne regelen kan bare fravikes dersom det vil være økonomisk mer fordelaktig for staten å avhende til en annen. Ved direkte salg må ikke salgsprisen være lavere enn takst basert på markedspris.

11.2.1 Kostnader til forvaltning, drift og vedlikehold (FDV kostnader)

Det er gjennomført beregning av FDV-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. FDV-kostnadene er oppdatert november 2015 basert på endrede alternativer og etappeinndeling.

FDV-kostnadene er beregnet for dagens og for fremtidig 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 FDV-kostnader over tid er vist i Figur 46. FDV-kostnadene stiger i årene etter 2030 etter hvert som økt behov for vedlikehold og utskiftninger i de nye /rehabiliterede bygningene inntreffer.



Figur 46 FDV-kostnader over tid for alternativene

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.

Figuren viser et fall i FDV-kostnadene rundt 2030 for Alternativene 2 og 3. Dette skyldes avhending/riving som følge av ferdigstilling av nybygg. Samtidig er det mange nybygg som står ferdige 2026-2032, og som de første åtte årene vil ha mindre vedlikeholdskostnader enn de senere årene (vedlikeholdskostnadene trappes opp i tre intervaller i denne modellen – ligger lavt de første åtte år når alt er nytt).

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.

11.3 Økonomiske bæreevne / driftsøkonomi

11.3.1 Innledning

I dette kapitlet presenteres oppdaterte beregninger av Oslo universitetssykehus HF's evne til å bære kostnadene ved de ulike investeringsalternativene, såkalt økonomisk bæreevne. Det er tatt utgangspunkt i de beregningene som ble presentert i Idéfaserapport 2.0, herunder forutsetninger om effektiviseringsmuligheter som følge av nybygg. Nærmere detaljer om forutsetningene framgår av omtalen nedenfor.

Ved å beregne økonomisk bæreevne vil ikke de ulike investeringsalternativene lenger sees isolert, men bli satt inn i en sammenheng med forventet utvikling i drift av foretaket forutsatt at investeringsprosjektene gjennomføres. Også andre investeringer blir da trukket 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 over tid klarer å gjennomføre driften innenfor forutsatte tildelte inntekter, dvs. drive i økonomisk balanse i et flerårig perspektiv. Økonomisk underskudd vil isolert sett redusere egenkapitalen, mens økonomisk overskudd vil øke egenkapitalen. Sykehus har ikke noe økonomisk formål, men må over tid tilpasse driften til tildelte inntekter og samtidig opprettholde anleggsvardiene i helseforetaket. Spørsmålet er derfor om Oslo universitetssykehus HF vil være i stand til å opprettholde egenkapitalen over tid under de ulike alternativene for investeringer og tilhørende forutsetninger om tilhørende kostnader og gevinster, herunder effektivisering av virksomheten som investeringene kan gjøre mulig.

11.3.2 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). Det er lagt til grunn for alle investeringsalternativene at disse er gjennomført innen utgangen av 2033. I de oppdaterte beregningene av økonomisk bærekraft som er presentert i de kommende avsnittene er beregningene av økonomisk resultat og balanseposter ført fram til 2035. Formålet med dette er å synliggjøre driftssituasjonen de nærmeste årene etter at investeringsalternativene er fullført, dvs. hvordan er det å drive Oslo universitetssykehus HF i den nye bygningsmassen. Det er også gjennomført beregninger for enda flere år framover. Disse tilfører imidlertid ikke noe nytt i forhold til de resultatene som er presentert nedenfor. De forlengede beregningene viser at de utviklingstrekk som kommer til syne de første årene etter 2033, vil forsterkes i de kommende årene etter det under de ulike alternativene.

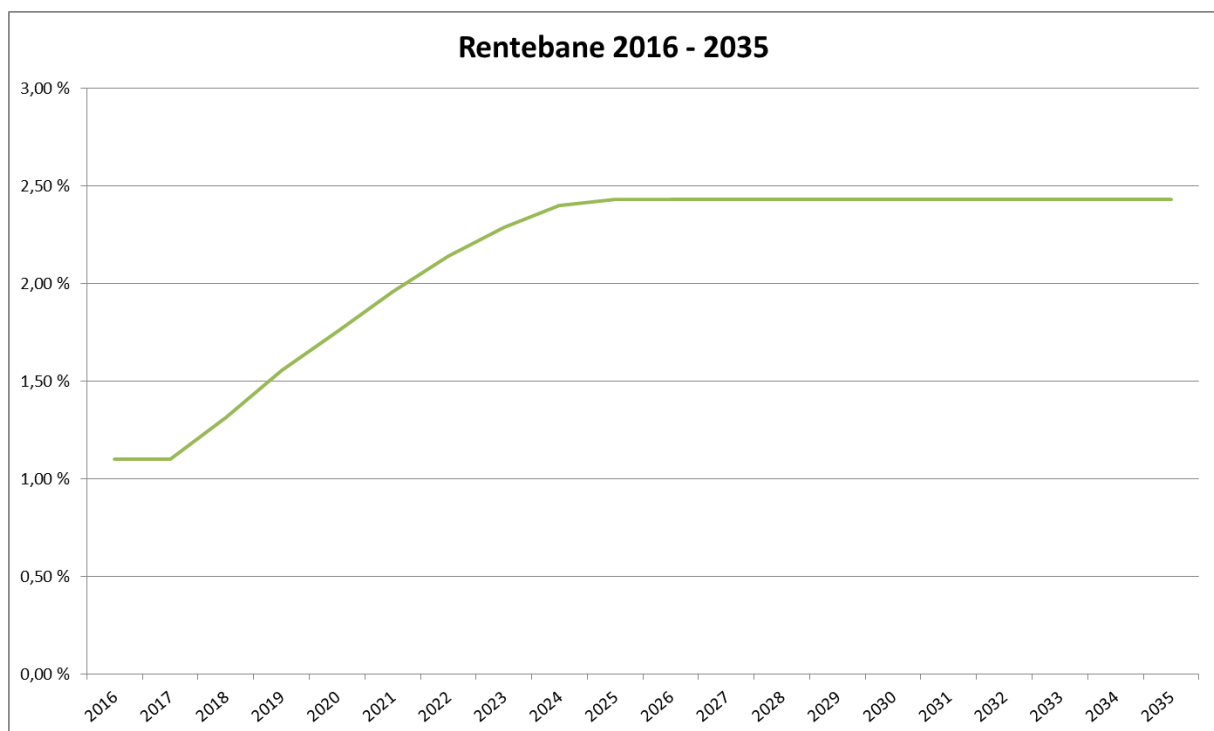
Oslo universitetssykehus HF styrebehandlet økonomisk langtidsplan for årene 2016-2019 den 9. april 2015. De driftsforutsetningene som ble lagt til grunn den gang, er benyttet som utgangspunkt for vurdering av økonomiske bæreevne i dette kapittelet. Dette gjelder også forutsetningene om økonomisk resultat i årene 2016-2019. I sensitivitetsberegningene (se kapittel 11.3.511.3.5) er imidlertid også denne forutsetningen endret.

Utover dette er det lagt til grunn følgende forutsetninger for beregningene av økonomisk bærekraft:

- Aktivitet og inntekter (faste 2015-priser) øker med 0,5 % hvert år i hele perioden
- Vare- og medikamentkostnader øker med 0,5 % hvert år i hele perioden
- Lønnskostnadene øker reelt med 0,5 % hvert år i hele perioden, men korrigeres for forventet reduksjon som følge av de effektiviseringsforutsetningene som er lagt til grunn, jf omtale i kapittel 11.3.3.
- Kostnader til drift og vedlikehold (FDV) utvikles i samsvar med de ulike investeringsalternativene.
- IKT-kostnadene øker ikke etter 2019.

Det er beregnet avskrivningskostnader som følger av investeringer i alternativene. For bygg som skal erstattes av nye bygg, er det lagt til grunn forserte avskrivninger for å unngå restverdier i balansen for årene etter at bygget er forutsatt ikke lenger å være i bruk. Finansinntekter og -kostnader endres i beregningene i takt med endringer i lån til investeringer, endringer i driftsresultatet og endringer i fordring på Helse Sør-Øst RHF.

Det er lagt til grunn samme rentebane som i økonomisk langtidsplan 2016-2019, jf. figuren nedenfor:



Figur 47 Rentebane 2016 - 2035

11.3.3 Effektiviseringsmuligheter som følge av de ulike investeringsalternativene

For alle alternativene er det lagt til grunn forutsetninger om effektivisering av driften som følge av de omfattende investeringene som forutsettes gjennomført. Tabell 35 viser de forutsetningene som er lagt til grunn og nærmere begrunnelse for forutsetningene.

Tabell 35 Forutsetninger om effekt på drift

#	Alternativ	Alternativet påvirker:			Effekt på drift (ekskl. FDV)	Kommentar	Effekt Etappe 1 Andel nybygg	Effekt Etappe 2 Andel nybygg	Beløp (mill. kroner)
		Samling/deling av Lokalsykehus	Samling deling av Region	Effekt på drift (ekskl. FDV)					
n/a	Alternativ full samling på Gaustad fra idéfaserapport	Full samling og effekt	Full samling og effekt	4,00 %				836	
1	Alternativ 1 - 0-alternativet	Som i dag	Som i dag	0,50 %	Drift foregår i gammel struktur, men alternativet inneholder også nybygg og ombygginger. Det må forventes noe positiv effekt på drift for disse investeringene. Fordeling av effekt i etappene er basert på andelen som gjennomføres i de ulike etappene.	0,25 %	0,15 %	104	
2	Alternativ 2 - Etappevurderinger								
	Løsning 2 ac med KVB, SSE og BUP til Gaustad i 1. etappe	Samling av lokalsykehusfunksjoner på Ullevål og effekt av dette	Fortsatt multitraume på Ullevål medfører geografisk deling av store regionfunksjoner og mindre effektiv utnyttelse av vaktlagene på RH	2,50 %	En stor del av driftseffektiviseringen beregnet som grunnlag for fusjonen i 2009 og 4% effektivisering i ledelsesrapporten forutsetter at dublerede regionfunksjoner samles på en geografisk lokalisering	1,00 %	1,00 %	522	
	Løsning 2 B1-a Bygge på Ullevål i 1. etappe	Det er ikke forventet vesentlig forskjeller mellom valg av etapper og effekt av investeringene på drift. Fordeling av effekt mellom etappene er derfor basert på andelen nybygg og ombygginger.		2,50 %	Noe effekt av samling av Kvinne- barn (KVB). Dette kan gi noe høyere effekt enn generell ombygging i nye bygg	1,00 %	0,75 %	522	
	Alternativ 3 - Delvis samling på Gaustad sør med lokalsykehus	Delt lokalsykehus - Ullevål og ny lokalisering. Nytt lokalsykehus kan drives som en stor og robust enhet med tydelig formål	Full samling og effekt	3,50 %	Løsningen samler regionfunksjonene som i dag er dublerede og får full effekt av dette. Det blir delt lokalsykehus, men enheten kan drives som stor og robust.				
	Alternativ 3 - Etappevurderinger								
	Løsning A a) Samling av regionfunksjoner i første etappe- Multitraume med regionfunksjoner, akutt og elektiv kirurgi samt indremedisin.	Ingen endring	Samler de regionfunksjonene som har størst driftsøkonomisk effekt av samling i første etappe. Samler også funksjoner med samme krav til tung infrastruktur, og kan dermed oppnå bedre utnyttelse av kostbart medisinsk utstyr og arealer.	3,50 %	En forholdsmessig stor del av den totale forventede driftseffektivisering realiseres i første etappe	2,00 %	0,50 %	731	
3	Løsning A c) Samling av regionfunksjoner i første etappe- Barn, ca. 60% tode/gyn, kvinne, SSE og BUP (degn og spesial poliklinikk på Sogn)	Bygger lokalsykehus i første etappe og får effekt av dette. Før samtidd 2 (3 RH) akuttinntak som er kostbart og kan medføre suboptimal drift	Samler ingen regionfunksjoner i første etappe	3,50 %	Denne løsningen tilsvarer etappe ac i alternativ 2.	1,00 %	0,50 %	731	
	Løsning B b) Bygge lokalsykehus på Aker i første etappe- Nybygg for somatisk	Bygger lokalsykehus på en tredje etappe i første etappe. Psykisk helsevern får i dette alternativet samlet pasientforløp, fagmiljø og redusert antall enheter	Samler ingen regionfunksjoner i første etappe	3,50 %	Samlet vurdering er at positive effekter kan oppveies av kostnadene knyttet til å øke antallet akuttinntak	0,00 %	2,00 %	731	
	Løsning B c) Bygge lokalsykehus først på X: Lokalsykehus variant 2			3,50 %	Samlet vurdering er at denne løsning kan gi positive effekter (PHA) som er noe høyere enn kostnadene knyttet til å øke antallet akuttinntak	0,50 %	2,00 %	731	

I forutsetningene om effektivisering er det tatt utgangspunkt i effektiviseringsberegningene fra Idéfaserapport 2.0. Det ble da lagt til grunn at dersom hele virksomheten i Oslo universitetssykehus HF ble samlet på Gaustad (det såkalte full samling Gaustad Sør-alternativet) ville det kunne realiseres en effektivisering på 4 % (av samlet omsetning) som følge av ny og mer samlet bygningsmasse etter at investeringene er gjennomført sammenliknet med situasjonen før de nevnte investeringene. Den anslåtte effektiviseringen ville være en følge av mange ulike forhold bl.a.:

- Samling av virksomheten på en lokalisasjon ville muliggjøre samling av dublerede pasientforløp og samling av funksjoner som i dag er lokaliserte på flere sykehus
- Mer effektiv drift i nye bygninger som legger til rette for moderne pasientbehandling
- Bedre utnyttelse av kostbart medisinsk teknisk utstyr
- Bedre utnyttelse av behandlingsressurser på Rikshospitalet hvis disse samlokaliseres med lokal- og områdepasienter

Som nevnt tidligere i denne rapporten er alternativet full samling Gaustad Sør nå lagt til side. De alternativene som nå vurderes har mindre grad av samling av virksomheten enn det opprinnelige full samling Gaustad Sør alternativet. Som følge av dette er forutsetningene om effektivisering noe redusert. Det fremgår av Tabell 35 at det er lagt til grunn følge effektivisering i de ulike alternativene:

Alternativ 1 (0-alternativet): Det er her forutsatt en effektivisering på 0,5 % som følge av investeringene. Grunnen til at den forutsatte effektiviseringen er så vidt lav, er at i dette alternativet beholdes i stor grad eksisterende bygningsmasse, dagens fysiske organisering av virksomheten og fordeling av arbeidsoppgaver i Oslo universitetssykehus HF. Alternativet har imidlertid et visst innslag av nye bygg, noe som tilsier en viss effektiviseringsmulighet. Tidspunktet for innslag av effektiviseringseffekten kommer parallelt med mengden nye bygg.

Alternativ 2 (Delt løsning): Her er det forutsatt en effektiviseringsmulighet på 2,5 % når alle investeringene er fullført. Innslaget av nye bygg er her betydelig noe som isolert sett vil gjøre det mulig å drive mer effektivt. Virksomheten er også spredt på færre lokalisasjoner i delt løsning enn i 0-alternativet. Andelen nye bygg vil imidlertid være noe lavere i delt løsning enn i delvis samling. Flere, tunge regionale funksjoner vil også i dette alternativet være delt mellom de to hovedlokalisasjonene. Dette gir behov for å opprettholde doble vaktlag innen flere områder samt behov for noe større grad av dublering av avansert medisinsk teknisk utstyr. Tidspunktet for innslag av effektiviseringseffekten kommer parallelt med nye bygg i dette alternativet.

Alternativ 3 (Delvis samling Gaustad Sør m/lokalsykehus): Her er det forutsatt en effektiviseringsmulighet på 3,5 % etter at alle investeringene er gjennomført, dvs. noe lavere effektivisering enn i det opprinnelige Gaustad Sør alternativet, men noe større enn i delt løsning. Alternativet innebærer omfattende investeringer i nybygg, om lag like mye som det opprinnelige Gaustad Sør-alternativet. På den annen side vil Oslo universitetssykehus HF i dette alternativet ha to store akuttsykehus, hvor det ene blir integrert med regionsykehuset mens det andre er lagt til Aker eller en hittil ukjent tomt. Delingen av akuttfunksjonene er forutsatt å medføre noe redusert effektiviseringspotensial i forhold til en situasjon hvor alle akuttfunksjonene var samlet et sted. Imidlertid er alle regionsfunksjoner samlet, med noe mindre behov for doble vaktordninger og noe avansert medisinsk teknisk utstyr. Dessuten vil man i dette alternativet i større grad kunne utnytte ressursene ved Rikshospitalet også til område og lokalsykehuspasienter.

Tidspunktet for innslag av effektiviseringseffektene ved delvis samling vil være ulike i de to hovedalternativene for første etappe. Ved en første etappe som kun omfatter etablering av et nytt

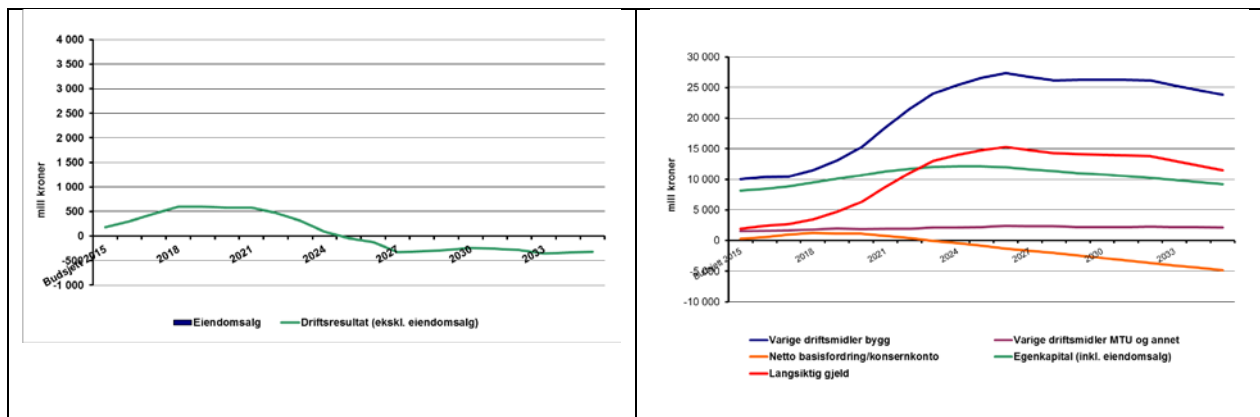
lokalsykehus på Aker med alle funksjoner angitt i modell 2, vil virksomheten bli spredt i større grad enn i dag med tre steder med full akuttaktivitet både innen medisin, kirurgi, føde/gyn og nyfødt med de behov det gir for akuttmottak og vaktlag. Det gjør at antatt effektivisering etter første etappe vil være begrenset (effekt av nye bygg oppveies delvis av spredning av aktivitet til tre steder i en mellomfase).

Teknisk sett er effektiviseringsmulighetene innarbeidet som reduksjon i lønnskostnadene. Disse tallene – samlet effektivisering målt i kroner etter at alle investeringene er gjennomført - er gjengitt i ytterste kolonne Tabell 35.

11.3.4 Økonomisk bæreevne i de ulike alternativene

Nedenfor er det en kort omtale av de økonomiske beregningene for de ulike alternativene og for de ulike mulige valgene av rekkefølge for en etappevis utbygging. I egne figurer er det gjengitt tall for økonomisk resultat og for følgende økonomiske størrelser: Varige driftsmidler i bygg, varige driftsmidler MTU og annet, netto basisfordring og driftskreditt (dvs. nettofordring vs. Helse Sør-Øst RHF), langsiktig gjeld (til Helse- og omsorgsdepartementet) og egenkapital. I figurene over økonomisk resultat vises en kurve for økonomisk resultat utenom gevinster fra eiendomssalg og stolper for verdien av mulige eiendomssalg første året Oslo universitetssykehus HF ikke benytter eiendommene lenger. Endringene i egenkapitalen fra et år til et annet vil være det første årets økonomiske resultat inkludert eventuelle gevinster fra eiendomssalg de aktuelle året. Det er lagt til grunn at følgende eiendommer kan selges så fremt de ikke inngår i det langsiktige målbildet for det aktuelle alternativet: Spesialsykehuset for epilepsi i Sandvika, Sognsvannsveien og Ullevål sykehus. Det er ikke lagt til grunn salg av eiendommer på Aker sykehus, selv i det alternativet hvor Oslo universitetssykehus konsentrerer virksomheten om de tre andre hovedlokalisasjonene (Gaustad, Ullevål og Radiumhospitalet).

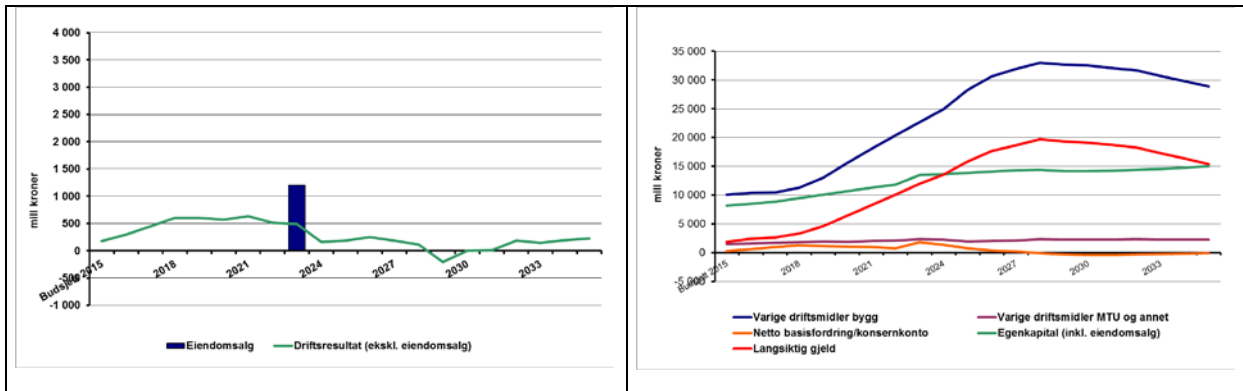
Økonomisk bæreevne for Alternativ 1 (0-alternativet)



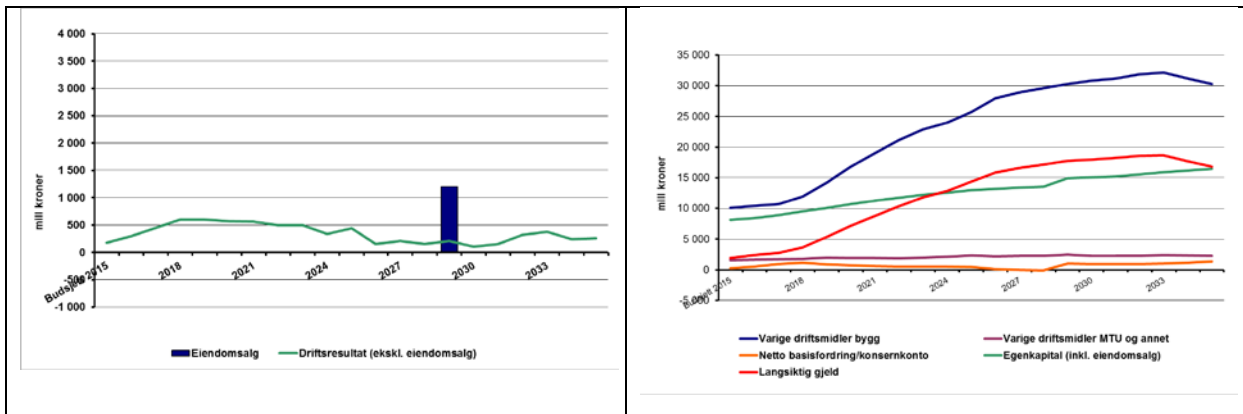
Figur 48 Utvikling i resultat og balanse, 0-alternativet

Det fremgår av Figur 48 at under dette alternativet vil det økonomiske resultatet bli negativt fra og med 2025. Årsaken til det er at kapitalkostnadene vil øke betydelig etter hvert som rehabiliterte og nye bygg tas i bruk, men uten at dette motsvares av tilsvarende effektiviseringsmuligheter. De negative resultatene vil føre til redusert egenkapital og til økt nettogjeld i forhold til Helse Sør-Øst RHF.

Økonomisk bæreevne for Alternativ 2 (Delt løsning)



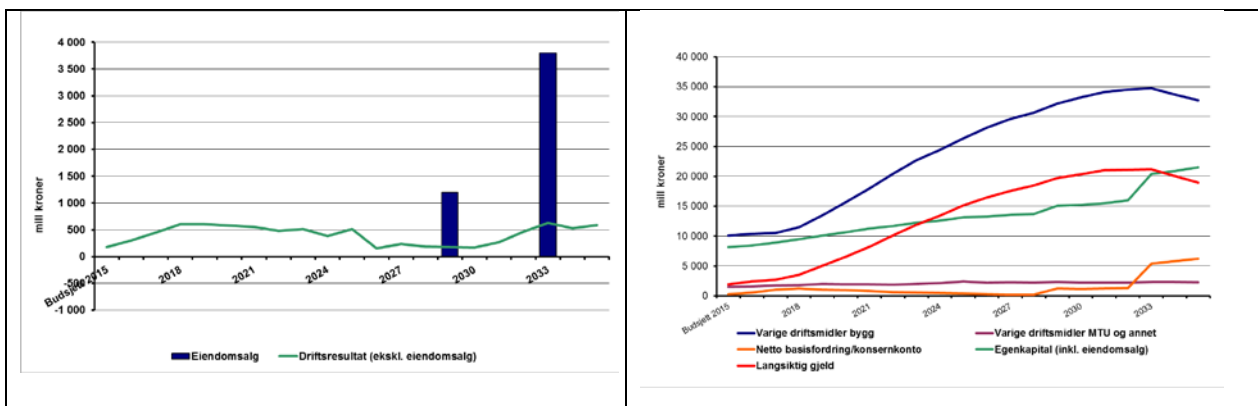
Figur 49 Utvikling i resultat og balanse, Delt løsning, Gaustad - Barn



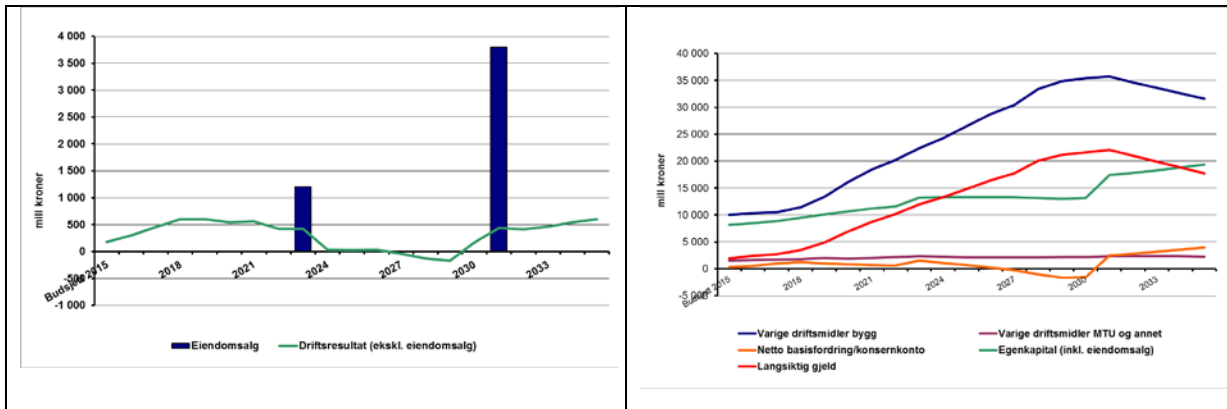
Figur 50 Utvikling i resultat og balanse, Delt løsning, Ullevål

Under dette alternativet er det to mulige første etapper: Gaustad- Barn og Ullevål. Det fremgår av figurene at begge disse innebærer økonomisk bærekraft på sikt. Dersom første etappe er Gaustad- Barn så vil det bli noen år med negative resultater før siste etappe er ferdig. Med positive resultater når utbyggingen er fullført vil etter hvert også egenkapitalen i foretaket kunne opprettholdes og vi unngår en gradvis oppbygging av gjeld for Oslo universitetssykehus HF.

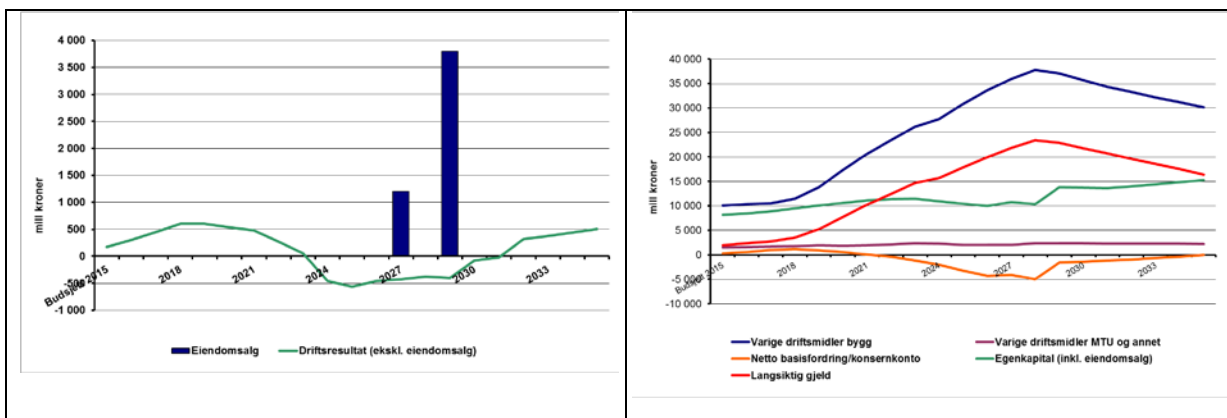
Økonomisk bæreevne for Alternativ 3 (Delvis samling Gaustad Sør m/lokalsykehus)



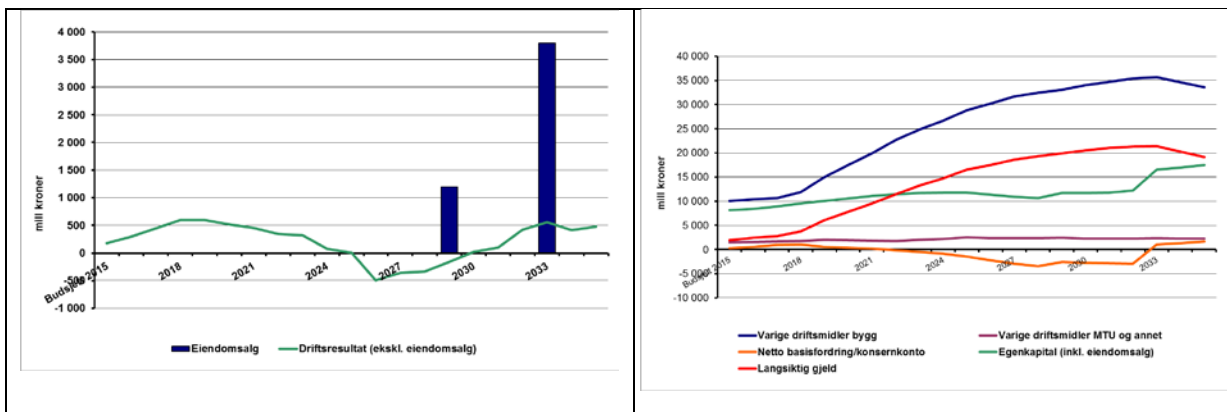
Figur 51 Utvikling i resultat og balanse, Delvis samling med lokalsykehus, Gaustad - Akutt



Figur 52 Utvikling i resultat og balanse, Delvis samling med lokalsykehus, Gaustad - Barn



Figur 53 Utvikling i resultat og balanse, Delvis samling med lokalsykehus, Aker



Figur 54 Utvikling i resultat og balanse, Delvis samling med lokalsykehus, x

Under dette alternativet er det vurdert i alt 4 mulige første etapper: Gaustad-Akutt, Gaustad-Barn, Aker og x. For alle alternativene gjelder at beregningene viser positive økonomiske resultater etter at all utbygging er gjennomført. Dermed blir det mulig å opprettholde egenkapitalen på sikt og også unngå gjeldsøkning etter at investeringene er fullført. Med de forutsetningene som er lagt til grunn er det bare Gaustad-Akutt hvor det vil være positive økonomiske resultater for hele perioden.

11.3.5 Økonomisk bæreevne under alternative forutsetninger (sensitivitetsberegninger)

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 under alternative forutsetninger om økonomisk resultat i perioden 2016-2019 og under alternative forutsetninger om økonomisk gevinst som følge av investeringene i nye bygg mv. Tabellen nedenfor viser de justerte forutsetningene som er lagt til grunn. Det forutsettes at det økonomiske overskuddet i 2019-2020 ikke er 600 mill. kroner, men halvparten. Videre er dette kombinert med forutsetninger om at de økonomiske gevinstene som følge av nye bygg kun er halvparten av det som ble lagt til grunn i Tabell 35. Det er gjennomført beregninger under forutsetninger om begge de nevnte endringene og under forutsetning om at kun en av endringene inntreffer. Dette - sammen med de ulike variantene av en 1. etappe - gir mange mulige beregninger. Det er derfor valgt å gjøre beregningene for kun følgende kombinasjoner:

Alternativ 2 (Delt løsning): Forutsatt henholdsvis (1) lavere inngående overskudd og halvert effektiviseringsgevinst og (2) halvert inngående overskudd og opprettholdt effektiviseringsgevinst.

Alternativ 3 (Delvis samling Gaustad Sør m/lokalsykehus): Forutsatt(1) halvert inngående overskudd og halvert effektiviseringsgevinst og (2) under forutsetning om halvert inngående overskudd og opprettholdt effektiviseringsgevinst.

Tabellen under viser endringer i inngangsverdier for sensitivitetsberegningene.

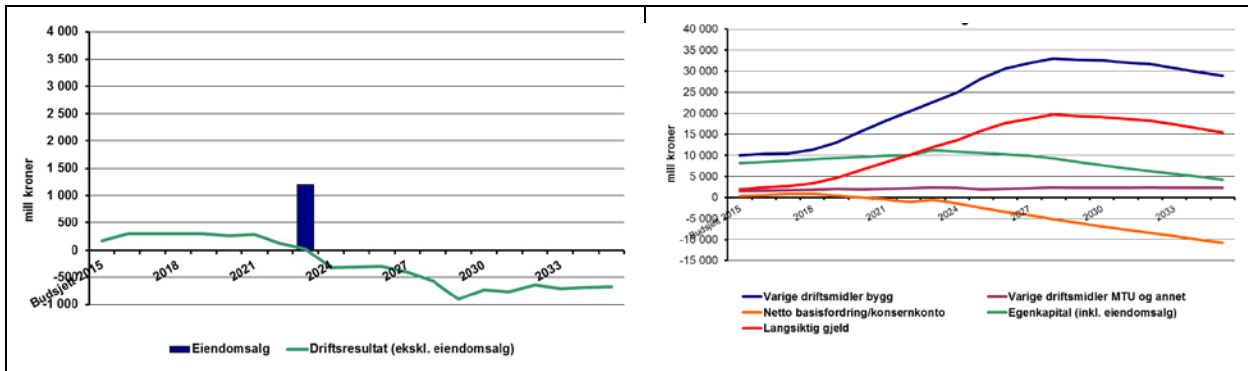
Tabell 36 Sensitivitetsberegninger, inngangsverdier

Alternativ	Inngangsfart 2020	Effekt av nye bygg
Delt løsning, Gaustad - Barn	300	1,25%
Delt løsning, Gaustad - Barn	300	2,5%
Delvis samling med lokalsykehus, Gaustad - Akutt	300	1,75%
Delvis samling med lokalsykehus, Gaustad - Akutt	300	3,5%

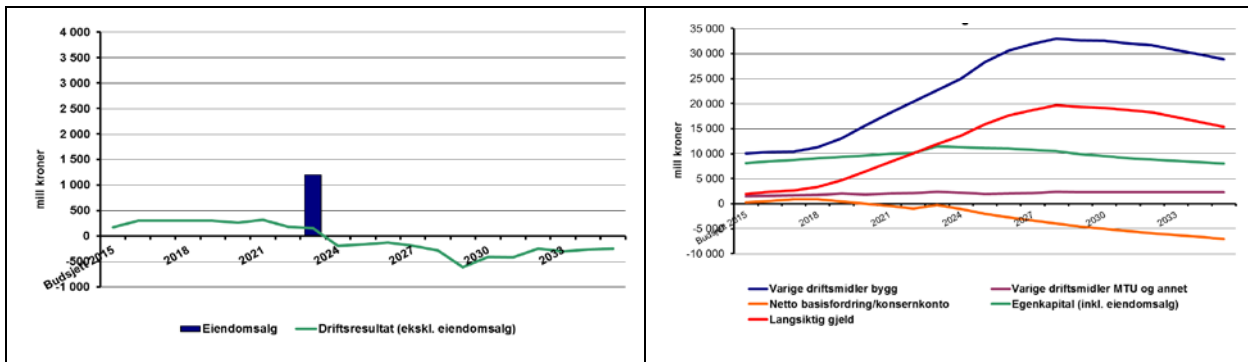
Det er ikke regnet på følsomhet ved endrede rentebetingelser. Beregningene er foretatt i en fastprismodell og i en slik sammenheng vurderes den forutsatte rentebanen å være høy nok. Et mer nærliggende alternativ ville være å gjennomføre beregningene under forutsetninger av en viss nominell inntektsvekst utover realveksten og da tilsvarende høyere nominell rente. Så langt er det imidlertid ikke gjennomført slike beregninger i idéfasearbeidet.

Resultatene er gjengitt i figurene under. Disse viser at dersom både inngående overskudd halveres og effektiviseringsgevinst halveres vil de positive økonomiske resultatene utebli og foretaket vil over tid redusere sin egen kapital og øke gjelden. Dette gjelder uansett om det velges Delt løsning eller Delvis samling Gaustad sør m/lokalsykehus. Dersom en lykkes i å opprettholde effektiviseringsgevinsten ved de ulike alternativene, men fortsatt legger til grunn halvert overskudd ved 2019-2020 og framover så vil kun alternative med Delvis samling Gaustad sør m/lokalsykehus være økonomisk bærekraftig. Et

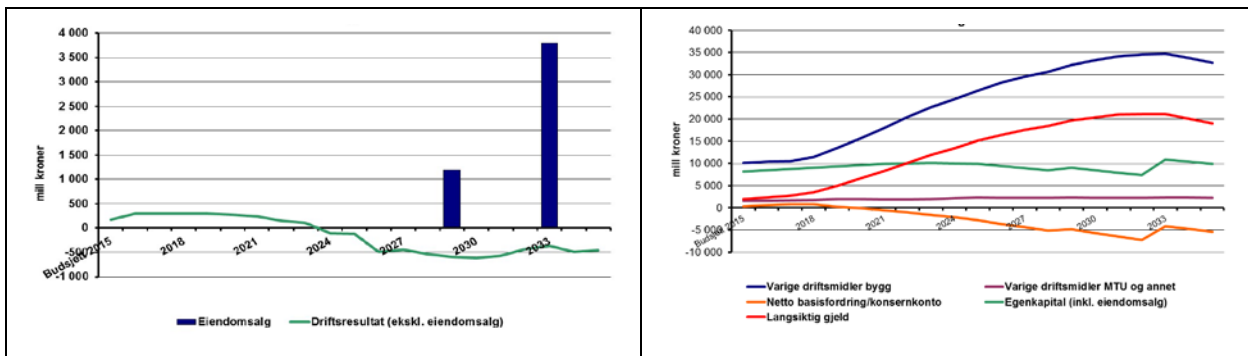
viktig bidrag i denne sammenheng vil være muligheten for salg av tomten på Ullevål fra tidlig på 2030-tallet.



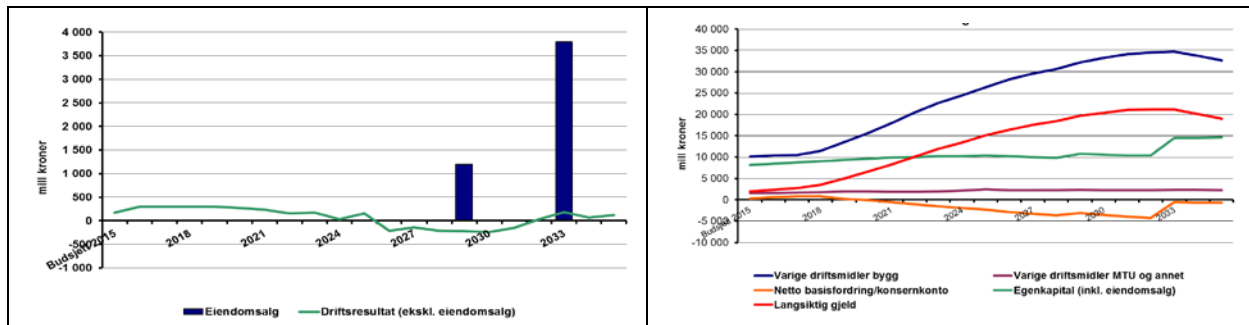
Figur 55 Sensitivitetsberegning (redusert økonomisk overskudd 2016-2019 og redusert effekt på drift), Delt løsnning, Gaustad - Barn



Figur 56 Sensitivitetsberegning (redusert økonomisk overskudd 2016-2019), Delt løsnning, Gaustad - Barn



Figur 57 Sensitivitetsberegning (redusert økonomisk overskudd 2016-2019 og redusert effekt på drift), Delvis samling med lokalsykehus, Gaustad - Akutt



Figur 58 Sensitivitetsberegning (reduisert økonomisk overskudd 2016-2019), Delvis samling med lokalsykehus, Gaustad - Akutt

11.3.6 Samlet vurdering av økonomisk bæreevne

Det understrekes at det er betydelig usikkerhet knyttet til slike framskrivninger som er presentert ovenfor. Mindre endringer i forutsetningene videreført i mange år vil kunne gi store utslag på balanseverdier, herunder foretakets egenkapital, noe også sensitivitetsberegningene viser. 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 de ulike investeringsalternativene. Forutsetningene er imidlertid at foretaket klarer å oppnå et visst positivt økonomisk resultat uavhengig av nevnte investeringer samt at disse investeringene i seg selv bidrar til en effektivisering av virksomheten primært ved å drifte i nye hensiktsmessige bygg samt ved å samle pasientforløp og funksjoner som i dag er spredt over for mange lokalisasjoner. De ulike investeringsalternativene vil bringe de samlede kapitalkostnadene for Oslo universitetssykehus HF opp mot 9-10 % av samlet omsetning, mot dagens nivå på om lag 4 %. Forutsetningen for å kunne håndtere dette og oppnå en bærekraftig økonomisk utvikling etter at investeringene er gjennomført, er at virksomheten klarer å gjennomføre effektivisering av driften i om lag samme omfang. Investeringskostnadene i de ulike alternativene er svært store sammenliknet med de fleste andre investeringsprosjekter en kjenner til – opp mot 40 mrd. kroner i Alternativ 3 Delvis samling Gaustad Sør m/lokalsykehus. Dette må imidlertid sees på bakgrunn av at over den perioden investeringene gjennomføres på – årene 2018-2033 – vil Oslo universitetssykehus ha en samlet omsetning på i området 300 mrd. kroner og verdien av investeringene og dermed også de regnskapsmessige kostnadene vil fordeles seg over om lag (27) år.

11.4 Nåverdiberegning av alternativene

Det er med bistand fra Helse Sør-Øst etablert en analysemodell for beregning av nåverdier for alternativene. Beregninger er gjennomført på prosjektnivå. Det vises for øvrig til kapitlet om økonomiske bæreevne for OUS.

Inngangsverdier for beregningene:

- Investeringsanslag (nybygg, ombygging, teknisk oppgradering, andre kostnader som infrastruktur, riving), p50-verdier
- Driftsgevinster (FDV, kjernedrift, bortfall av leiekostnader)

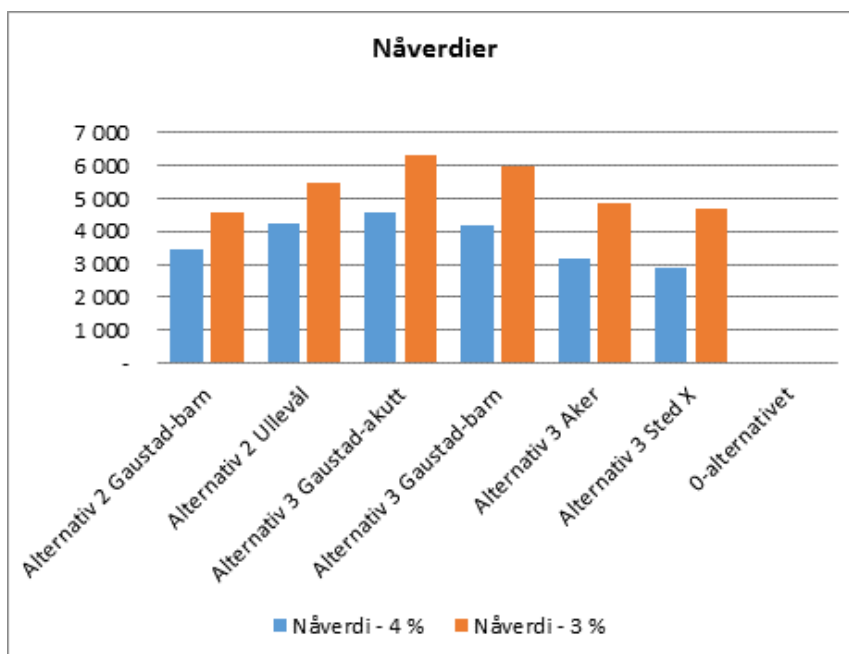
Forutsetninger:

- Avdragstid lån 25 år
- Diskonteringsrente nåverdi, 4 % (neddiskontert til ferdigstillelse av den enkelte etappe)
- 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. I beregningen er det benyttet en diskonteringsrente på 4 %, tilsvarende som i idéfaserapport 2.0, noe som kan hevdes å være høyt. Det er derfor gjort en beregning med 3 % også.

Modellen ivaretar etappevis utbygging, og det er lagt til grunn at fordeling av driftsgevinster per etappe slik det er beskrevet i kapitlet om økonomisk bæreevne.

Arbeidet med idéfase har vist at det ikke er et alternativ ikke å investere i bygninger for OUS 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 andre alternativene. I figuren under er derfor nåverdiene til de enkelte alternativene vist i forhold til 0-alternativet.



Figur 59 - Sum av nåverdier i millioner kroner for alternativene relativt til 0-alternativet (neddiskontert til ferdigstillelse av den enkelte etappe)

Beregningene viser at alle alternativene har positiv nåverdi målt mot 0-alternativet og at alternativ 3 med første etappe på Gaustad (akutt) har høyest økonomisk nåverdi, foran alternativ 3 med første

etappe på Gaustad (kvinne-barn). Det er relativt små forskjeller i nåverdi mellom alternativene. Alternativ 3 har høyere investeringskostnader enn alternativ, men også et høyere potensial for driftsgevinster. En annen forskjell mellom alternativenes nåverdier, er periodisering av forventede FDV-kostnader i analyseperioden (se kapittel om FDV). FDV beregningen er basert på investerings tiltak og en vurdering av hvor lenge bygg vil stå før avhending. Det er knyttet stor usikkerhet til hvilke tiltak som inngår i etappe 2 og 3, inkludert hvor lenge bygg ved OUS vil driftes før eventuell avhending. Dette understreker usikkerhet i FDV-beregningene. En rangering av alternativene basert på nåverdi bør derfor benyttes med varsomhet.

I beregningene som er gjengitt i denne figuren er ikke avhending av eiendom inkludert. Dette betyr at alternativ 2 og 3 kommer relativt sett dårlig ut i beregningen, i og med at disse alternativene kan innebære frigjøring av tomter for salg (størst omfang i alternativ 3). Kostnadene ved å skaffe nye tomtearealer er tatt med på kostnadssiden. 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 og alternativet med lokalsykehus på tomt x enn ved de øvrige alternativene, unntatt.

11.5 Gevinstrealisering

Det er i kapittel 8.3 i Idéfaserapport 2.0 gitt en beskrivelse av sentrale forhold ved gevinstrealisering i en videre utvikling og utbygging ved OUS. Denne beskrivelsen gjelder fortsatt.

11.6 Samfunnsøkonomiske perspektiver

En stor virksomhet som OUS påvirker samfunnet på mange måter. Et betydelig byggeprosjekt vil også kunne medføre ønskede eller uønskede konsekvenser for byen og byens innbyggere. Det er derfor rimelig å ikke bare vurdere hvordan ulike alternativer og løsninger påvirker helseforetaket, men også hvordan samfunnet påvirkes.

Den viktigste samfunnsvirkningen knytter seg til pasientbehandlingen; god pasientbehandling gir velferd i samfunnet. Denne virkningen er godt dekket i idéfaserapporten. Utover dette er det særlig virkningen for byutvikling som synes å være av vesentlig betydning og som i noen grad er forskjellig i de ulike alternativene. Dette gjelder både i hvilken grad tomter frigjøres for andre utviklingsformål, enten dette skjer i form av eiendomsutvikling i det private markedet eller utvikles til annen offentlig tjenesteyting som kommunale helse- og omsorgstjenester. I et byutviklingsperspektiv vil også sykehusbyggenes arkitektoniske kvalitet og utnyttelsesgraden på tomtene som bebygges være av betydning. Det forutsettes at det kan realiseres løsninger med god arkitektonisk kvalitet i alle alternativene. I flere av alternativene vil det være behov for omregulering der tillatt byggehøyden økes, noe som også ha betydning for stedsutviklingen. Transportløsninger for pasienter, pårørende og ansatte er også sentralt ettersom det er mange mennesker som berøres. Her vurderes imidlertid alle alternativer å ville få gode transportløsninger med stor kapasitet i kollektivtransporttilbudet. Det er en usikkerhet knyttet til eventuell en tomt x, men det forutsettes at man velger en lokalisering med et godt kollektivtilbud.

Det som i særlig grad virker inn på disse samfunnsseffektene, er hvorvidt tomter frigjøres for annen utvikling. Dette gjelder særlig tomten på Ullevål og ved Sandvika (SSE), men også for deler av Aker, og tomtene i Sognsvannsveien og på Dikemark. Sandvika-tomten frigjøres i både alternativ 2 og 3, men ikke i 0-alternativet. Ullevål-tomten frigjøres bare i alternativ 3. I 0-alternativet og alternativ 2 forblir lokalsykehuset på Ullevål, mens lokalsykehuset lokaliseres enten på Aker eller tomt x i alternativ 3

Frigjøring av de store tomtene i Sandvika og på Ullevål vil gi betydelig positiv samfunnsverdi. Muligheten for omfattende byutvikling i attraktive deler av pressområdet stor-Oslo vil kunne ha en rekke positive effekter, både ved en regulering til boligformål, næring eller offentlig tjenesteyting. Noen av tomtene kan være meget godt egnet til boligformål, mens andre synes å være mer egnet til andre offentlige formål. I alternativ 2 kan for eksempel gjenværende arealer på Aker benyttes til kommunal helse- og omsorgstjeneste der det er et stort behov for kapasitetsøkning i årene som kommer. Salg av tomter vil også være viktig for helseforetaket som en finansieringskilde. Tomtenes reguleringsstatus vil være avgjørende for hvilken pris som kan oppnås.

Etablering av et nytt lokalsykehus vil kunne gjøre en bydel svært attraktiv. Det å ha en stor kompetansearbeidsplass i bydelen gir en ønsket byutvikling, med mulighet for å kunne bo og arbeide samme sted. Et lokalsykehus skaper betydelig aktivitet i området, og gir kundegrunnlag for handel, servering og kommunikasjon. Dette gjelder uansett om lokalsykehuset lokaliseres til Aker, der Hovinbyen er under utvikling, eller for eksempel på Gjersrud-Stensrud, der det planlegges betydelig byutvikling de kommende år. Samfunnseffektene er beskrevet i eget vedlegg og er tatt inn som en del av den kvalitative evalueringen.

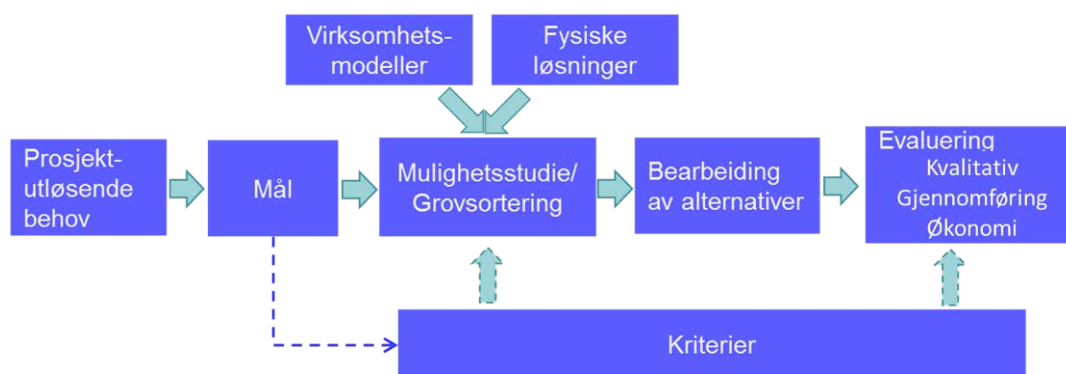
12 Evaluering av alternativene

12.1 Om evalueringsprosessen

Evalueringsprosessen har generelt sett bestått av fem trinn:

1. Grovsortering av identifiserte alternativer/mulighetsstudier.
2. Kvalitativ evaluering av gjenværende alternativer.
3. Vurdering av gjennomførbarhet og risiko (ROS analyse).
4. Økonomisk evaluering.
5. Resultatet av evalueringene hver for seg er deretter sett i en helhetlig sammenheng.

Figuren nedenfor illustrerer prosessen



Figur 60. Prosessen for evaluering av alternativer

Prosessen har tatt utgangspunkt i definerte behov og mål. Det ble i arbeidet med lokalsykehus, kreftområdet, revidert delt løsning og utbyggingsetapper, samt fysiske løsninger gjort brede idéøk. For å snevre inn antall alternativer til et hensiktsmessig antall, ble det foretatt en grovsortering.

De alternativene som stod igjen etter grovsorteringen ble bearbeidet videre, og evaluert i henhold til utarbeidede kriterier, risiko og økonomi.

Alternativene er behandlet i prosjektets styringsgruppe. De er presentert for styret i OUS og diskutert i sykehusets ledergruppe, i dialogmøter med tillitsvalgte, samt i ulike fora med andre interessenter som UiO og Oslo kommune. En samlet vurdering av alternativene er utført av prosjektets ledergruppe og behandlet i prosjektets styringsgruppe. Evalueringen i prosjektgruppen er gjennomført i form av en serie workshops der ulike alternativer og løsninger er diskutert og poengsatt. Arbeidet har foregått etter konsensusprinsippet og gruppen har diskutert seg frem til enighet, selv om det kan være nyanseforskjeller på enkeltområder i vurderingen av effekter. Gitt at man er i idéfase er det naturlig at det er usikkerhet knyttet til endelige løsninger og konsekvenser av disse.

12.2 Evalueringskriterier

Evalueringskriterier skal gi grunnlag for å vurdere i hvilken grad effektmålene oppnås med de ulike alternativene. Kriteriene omfatter også enkelte aspekter i som berører både samfunnsøkonomiske vurderinger og ROS-analyser, som beredskap. Beredskap inngår ikke direkte i de målene som opprinnelig er definert, men har vært en implisitt forutsetning og god beredskapsegnet er en

sentral forutsetning for en egnet løsning. I tillegg til de kriteriene som springer ut fra effektmålene og andre samfunnsøkonomiske aspekter, er det definert et sett kriterier relatert til prosjektets egenskaper og gjennomføring. Dette omfatter økonomi, gjennomførbarhet og risiko. Kriteriene er det samme som i idéfase 2.0.

Følgende hovedkriterier er lagt til grunn ved evaluering av løsningsalternativer:

1. Pasientbehandling, forskning og utdanning	I. Kvalitativ evaluering
2. Bygg- og eiendomsutvikling, herunder generalitet, fleksibilitet og elastisitet	
3. Byutvikling og innovasjon	
4. Beredskap	
5. Gjennomføringsrisiko	II. Evaluering av gjennomførbarhet
6. Økonomi	III. Evaluering av økonomi

Tabell 37 Oversikt over evalueringskriterier og hvilken prosess de er behandlet i

Underliggende delkriterier er nærmere beskrevet i etterfølgende kapitler.

12.3 Grovsortering

For hvert av de fire delutredningsområdene (lokalsykehus, kreftområdet, revidert delt løsning og etappeutredningen) er det gjort en grovsortering fra det brede idesøket og ned til de alternativene som er analysert og vurdert mer konkret. Denne grovsorteringen fremgår av delrapportene for hvert område, og er ikke gjengitt her. Det er lagt vekt på bl.a. måloppnåelse, gjennomførbarhet og levedyktighet også i denne grovsorteringen. For de alternativene som gjenstår etter denne grovsorteringen er det gjennomført en mer omfattende evaluering.

12.4 Kvalitativ evaluering

12.4.1 Evalueringskriterier

Hovedkriteriene som er beskrevet har flere delkriterier. Disse kriteriene er basert på effektmålene for nytt OUS slik de er formulert i prosjektets styringsdokument. I styringsdokumentet står det følgende om bakgrunnen for disse effektmålene:

Samfunns mål, effektmål og resultatmål ble utformet i forbindelse med igangsetting av idéfasearbeidet i OUS. Samfunns mål og effektmål er like gyldige for arbeidet med konkretisering av idéfasen etter høring.

Når prosjektet har lagt effektmålene til grunn ved utarbeidelse av evalueringskriterier, sikres det at alternativene med størst grad av måloppnåelse også kommer best ut av evalueringen. Det er formulert fire effektmål for sykehusets kjernevirksomhet, fem effektmål som knytter seg til bygg- og eiendomsutvikling, samt tre effektmål tilknyttet byutvikling og innovasjon.

- For sykehusets kjernevirksomhet er effektmålene en videreføring av den strategiske utviklingsretningen til sykehuset. Evalueringskriteriene knytter seg derfor til strategiens hovedpunkter: Pasientperspektivet, arbeidsmiljø, forskning, innovasjon og utdanning samt bidrag til samhandling og likeverdige helsetjenester.
- For bygg- og eiendomsutvikling er effektmålene koblet til kapasitet, funksjonalitet for den virksomhet som skal drives og utvikles, effektiv drift og mulig avhending, bærekraftige løsninger,

helse og trivsel. I tillegg er alternativets robusthet i form av generalitet, fleksibilitet og elastisitet vurdert.

- Mål for byutvikling og innovasjon er mer knyttet til samfunnsnytte. Mål og evalueringskriterier her er alternativenes bidrag til by- og næringsutvikling, miljø, tilgjengelighet og transport.
- I tillegg kommer krav om at samfunnets beredskapsbehov ivaretas.

MÅL	EVALUERINGSKRITERIE
1 Effektmål for sykehusets kjernevirksomhet	
Tilrettelagt for å ivareta prinsippene som er lagt til grunn for utforming av virksomhetsmodellene.	Tilrettelagt for å ivareta prinsippene som er lagt til grunn for utforming av virksomhetsmodellene.
Et helsefremmende, godt og sikkert arbeidsmiljø.	Tilrettelagt for helsefremmende, godt og sikkert arbeidsmiljø.
Et fremragende universitetssykehus, en lærende og skapende organisasjon.	Tilrettelagt for god tilgang til et bredt virksomhetsspekter for forskning, utdanning og kompetanseutvikling.
En god samarbeidspartner og engasjert samfunnsaktør.	Tilrettelagt for etablering og utvikling av nye samhandlingsarenaer/-områder mellom spesialist- og primærhelsetjenesten, til beste for pasienten. Løsningen skal bidra til god oppgavefordeling og likeverdige helsetjenester i regionen og innenfor Oslo sykehusområde.
2 Effektmål for bygg- og eiendomsutvikling	
Bygg som tilfredsstiller kapasitetsbehov samt funksjonelle og tekniske krav, samt lukker myndighetspålegg	Tilfredsstillende kapasitetsbehov samt funksjonelle og tekniske krav, inkl. lukking av myndighetspålegg.
Samling og effektivisering av bygningsmassen, både klinisk og teknisk drift. Korte transportavstander for pasienter, ansatte og varer	Samling og effektivisering av bygningsmassen, både klinisk og teknisk drift med god og effektiv logistikk.
Avhending av overflødig bygningsmasse og areal, samt gevinstrealisering av eiendomsverdier	Avhending av overflødig bygningsmasse og areal, samt gevinstrealisering av eiendomsverdier.
Bærekraftige og klimavennlige løsninger	Klimavennlige løsninger.
Bygninger og utemiljø som støtter opp om pasienters og ansattes helse og trivsel	Bygninger og utemiljø som støtter opp om pasienters og ansattes helse og trivsel.
4 Effektmål for byutvikling og innovasjon	
Høy alternativ nytte av tomter som avhendes.	Bidrag til ivaretagelse av Oslos behov for byutvikling i et samfunnsøkonomisk perspektiv.
God utnyttelse av sykehusets randsone.	Bidrag til å løfte Oslo som kunnskapsby og nasjonal verdiskapning særlig innen livsvitenskap. Tilrettelegging for næringsutvikling med tilknytning til sykehusets virksomhet.
Gode vei- og infrastrukturløsninger.	Bygge opp under Oslos satsning som miljøhovedstad. Tilgjengelighet og transport.
5 Beredskap	
	Bidrag til god beredskap ved større hendelse («robusthet»)

Tabell 38. Sammenhengen mellom mål og evalueringskriterier – kvalitativ evaluering.

Vekting av hovedkriteriene for den kvalitative evalueringen er som følger:

Pasientbehandling, forskning og utdanning	50 %
Bygg- og eiendomsutvikling inkludert vurdering av generalitet, fleksibilitet og elastisitet	20 %
Byutvikling og innovasjon	20 %
Beredskap	10 %
Sum totalt	100 %

Tabell 39 Vekting av hovedkriteriene for den kvalitative evalueringen

Det understrekes at evalueringen er gjort uavhengig av evalueringen i den opprinnelige idéfasen (jf. idéfaserapport 2.0) som ble gjennomført i 2014. Alternativene var den gang noe annerledes sammensatt, og i tillegg har det skjedd en modning av de enkelte løsningene. Evalueringen da og nå er således ikke direkte sammenlignbare. Poenggivningen er heller ikke direkte sammenlignbar for samlet løsning og for de etappevise alternativene.

12.5 Kvalitativ evaluering av samlet målbilde 2030-2040

Etter styrevedtaket i april 2015 gjensto det tre alternativer med noen underliggende varianter:

Styret ber administrerende direktør slutføre arbeidet med Idéfase Oslo universitetssykehus i 2015 konsentrert om følgende alternativer:

1. 0-alternativet.
2. Et alternativ der virksomheten er delt mellom to lokaliseringer, Gaustad sør og Ullevål.
3. Delvis samling Gaustad sør.

De underliggende variantene knytter seg til varianter og lokalisering av lokalsykehus, varianter av modeller for hvordan kreftområdet organiseres, og varianter av plassering av RSA. Det konkrete retningsvalget for videreføring til neste fase knytter seg til to nivåer:

- Valg mellom alternativ 2 og 3 (0-alternativet skal uansett føres videre).
- Valg mellom første etapper knyttet til hvert alternativ.

Valg mellom modeller for kreftområdet og plassering av RSA antas å ikke være kritisk i denne fasen. Grunnen til dette er at det er begrenset forskjell mellom areal- og investeringsbehov knyttet til disse modellene, slik at det i liten grad påvirker det samlede bildet for OUS på en slik måte at det er kritisk for planlegging av første etappe for andre deler enn Radiumhospitalet og RSA.

Alternativene som danner grunnlag for det samlede målbildet (retningsvalg) blir ut fra dette:

Alternativ	Kreft	Lokalsykehus	Regionsykehus
Alternativ 1. 0-alternativet	Som nå, men med noe nybygg, jf. tidligere 0-alternativ	Som nå, jf. tidligere 0-alternativ	Som nå, jf. tidligere 0-alternativ
Alternativ 2. Delt løsning mellom Gaustad og Ullevål, forutsatt bruk av hele Ullevål	Tre modeller. Mulighetsstudier viser største modell på Radium (D), og overflytting til RH ut fra minste modell på Radiumhospitalet (A). Økonomiske analyser lages balansert (midt mellom høyeste og laveste alternativ).	Variant 3 for lokalsykehus + multitraume med nødvendige tilhørende funksjoner legges til grunn. Plassert på Ullevål.	Regionsykehus på Gaustad, men regionfunksjoner også på US pga. multitraume og på Radiumhospitalet
Alternativ 3. Delvis samling på Gaustad og eget lokalsykehus	Tre modeller. Mulighetsstudier viser største modell på Radium (D), og overflytting til RH ut fra minste modell på Radiumhospitalet (A). Økonomiske analyser lages balansert (midt mellom høyeste og laveste alternativ).	Variant 2, kan være plassert på Ullevål, Aker eller tomt x	Regionsykehuset på Gaustad, kombinert med lokalsykehus-funksjoner for 3 bydeler. I tillegg regionfunksjoner på Radiumhospitalet

Tabell 40 Alternativene som danner grunnlag for det samlede målbildet

I praksis betyr dette tre alternativer, men en situasjon der Alternativ 3 kan ende med tre ulike lokaliseringer av lokalsykehuset: På Ullevål-tomta, på Aker-tomta eller på en "ny tomt" (hvor det også er ulike alternativer). Et retningsvalg, dvs. valg av enten Alternativ 2 eller 3 til videreføring i en konseptfase i tillegg til 0-alternativet, er ikke avhengig av valg av plassering av lokalsykehuset. Dermed kan evalueringen av retningsvalget begrenses til de tre alternativene.

12.5.1 Evaluering av pasientbehandling, forskning og utdanning

Pasientbehandling, forskning og utdanning er vektet med hele 50 % i evalueringen. Det er naturlig at dette punktet er tungt vektet, da virkninger for sykehusets kjernevirksomhet må være viktigere enn andre virkninger.

I det etterfølgende er det forsøkt å vise evalueringen adskilt for pasientbehandling (brukerperspektivet), forskning og utdanning. Det er likevel ikke gitt isolert score for hvert av disse undertemaene.

For pasientbehandling er det flere ulike faktorer som særlig er trukket frem i evalueringsmøtene. Det er ønskelig med et minst mulig oppstykket behandlingsforløp i spesialisthelsetjenesten. Det er også

ønskelig med en best mulig samhandling med primærhelsetjenestene. Samtidig kan det være fordeler knyttet til å skille ulike virksomhetsområder fra hverandre. For eksempel kan det være en fordel i å kunne rendyrke det elektive ett sted, mens det akutte eller ikke-triagerte rendyrkes et annet sted. Det kan også være fordelaktig at forskjellige miljøer spesialisere seg på henholdsvis sjeldne og hyppig forekommende, mer alminnelige lidelser.

Et faglig høyt nivå i arbeidsstokken er grunnleggende viktig for god pasientbehandling. På dette området vurderes det at alle alternativer er tilfredsstillende. I det store og det hele vil pasientene få god behandling enten det er i 0-alternativet, alternativ 2 eller alternativ 3.

Slik sett er det nyanser som diskuteres når alternativene evalueres ift kriteriet pasientbehandling. Uansett anses nullalternativet å være betydelig dårligere enn de to andre alternativene. I nullalternativet beholdes i store trekk dagens virksomhetsmodell og funksjonsfordeling. Det medfører tildels oppstykkede behandlingsforløp for pasientene. 0-alternativet legger lite til rette for moderne fremtidsrettet sykehusvirksomhet og pasientbehandling. Dette gjelder både for somatikk og psykisk helse.

Om Alternativ 2 eller Alternativ 3 gir den beste pasientbehandlingen totalt sett, er vanskelig å si så lenge man i vurderingen legger til grunn at man vil få en tilstrekkelig ressurstilgang for å gi et godt behandlingstilbud i begge alternativer. De to alternativene har begge sine styrker og svakheter. I begge alternativer vil OUS ha virksomhet på tre ulike steder; forskjellen mellom alternativene går mer på hvordan man gjør inndelingen. Mens man i Alternativ 2 får ett stort lokalsykehus på Ullevål, som også har regionsfunksjoner, får man i Alternativ 3 to lokalsykehus, hvorav det ene er et lokalsykehus med lokal- og områdefunksjoner, mens det andre, som er på Gaustad, også har alle regionsfunksjonene. I Alternativ 2 gjør man et konseptuelt skille mellom både triagert og ikke-triagerte pasientforløp og mellom sjeldne og hyppig forekommende, mer alminnelige lidelser, mens det i Alternativ 3 kun er et skille mellom sjeldne og hyppig forekommende, mer alminnelige lidelser for deler av pasientene; de som hører til lokalsykehuset. På den annen side gir Alternativ 3 et godt grunnlag for å bruke de samlede ressursene som må være tilgjengelig pga. region- og landsfunksjoner, på en effektiv måte gjennom i tillegg å ha lokalsykehusfunksjon på samme sted.

Alternativ 2 kan gi noe større grad av oppstykkede pasientforløp enn Alternativ 3. Dette vil ikke gjelde mange pasienter, men for noen pasienter vil delingen mellom Ullevål og Gaustad gi behov for flytting underveis i behandlingen. Hvor stort omfang dette vil ha, avhenger av den konkrete innretningen av Alternativ 2.

Oslo kommune har vært tydelige på at de ønsker seg et nytt lokalsykehus for å styrke samhandlingen med primærhelsetjenesten. Man kan styrke samhandlingen både i Alternativ 2 og 3, men det er antagelig slik at beboerne i de bydeler som sogner til et nytt lokalsykehus i Alternativ 3 vil kunne oppleve den beste samhandlingen. Dette begrunnes med at dette sykehuset vil ha god egendekning uten å være for stort samtidig som det har en tydelig bydelstilhørighet. Dette er et argument som i noen grad trekker i retning Alternativ 3, men det understrekes at det kun er mindre forskjeller mellom de to alternativenes virkning for pasientbehandlingen.

For forskning er det to viktige faktorer som er hensyntatt; fysisk nærhet til viktige funksjoner ved UiO og samlokalisering av fagmiljøer. Det legges til grunn at samlede fagmiljøer, med korte avstander mellom OUS og UiO, gir det beste grunnlaget for forskning. I 0-alternativet vil mange fagmiljøer være splittet på to eller tre steder. I dette alternativet er det også minst virksomhet nært ved viktige deler av UiO som preklinisk institutt og Livsvitenskap. I Alternativ 3 vil flere fagmiljøer bli samlet på ett sted, og da særlig de mest spisse, forskningstunge fagmiljøene. Nærheten til UiO vil også være best i dette alternativet. Alternativ 2 vil være bedre enn 0-alternativet, da enkelte fagmiljøer i større grad

samles, og noe større del av virksomheten legges tett på UiO. Den fysiske avstanden mellom Ullevål og UiO er heller ikke lang. Alternativ 2 anses likevel å være svakere enn Alternativ 3 når det gjelder virkningene for forskning.

For utdanning er det viktigste at studentene får tilgang på gode lærerkrefter og tilstrekkelig mengde med relevante pasienter. I tillegg vil det kunne være ønskelig å ha så mye som mulig av utdanningsforløpet på ett sted, for å forenkle hverdagen for studentene og administrasjonen. Det kan argumenteres for at det blir enklest å få god tilgang på lærerkrefter og pasienter i en situasjon der mest mulig er samlet, fordi store og mer robuste fagmiljøer også gir fleksibilitet til å prioritere undervisning. Samtidig er det lite som tilsier at undervisningen i særlig grad er skadelidende i dagens situasjon, eller vil være det i hverken 0-alternativet eller Alternativ 2. Når det gjelder å samle undervisningen ett sted, vil det ikke være tilfellet heller i Alternativ 3, fordi også deler av undervisningen vil skje på lokalsykehusene. Likevel kan det også på dette området argumenteres for at Alternativ 3 gir en noe enklere undervisningssituasjon, fordi mer skjer på samme sted. Alt i alt synes derfor Alternativ 3 å være å foretrekke når man ser på virkninger for undervisningene, men forskjellene mellom de tre alternativene anses å være liten.

For pasientbehandling, forskning og utdanning sett under ett blir konklusjonen at Alternativ 3 er å foretrekke, særlig grunnet de positive virkningene knyttet til forskning. 0-alternativet er klart dårligere enn begge de to andre alternativene. Det understrekes at Alternativ 2 også vil kunne gi et OUS som leverer meget godt på pasientbehandling, forskning og utdanning.

12.5.2 Evaluering av bygg- og eiendomsutvikling

I alle tre alternativer investeres det betydelig i bygningsmassen, både i form av nybygg og teknisk og funksjonell opprustning av gamle bygg. Alle alternativer vil således ha en positiv virkning på bygg- og eiendomsutviklingen i OUS, sammenlignet med dagens situasjon. Myndighetspålegg vil gjennomgående lukkes, og den tekniske tilstanden også til gamle bygg vil bli tilfredsstillende.

Det er likevel store forskjeller mellom alternativene når det gjelder den funksjonelle tilstanden til den samlede bygningsmassen i 2030, når det gjelder generalitet, elastisitet og fleksibilitet og når det gjelder muligheten til å avhende bygningsmasse og tomter. Det er også noe forskjell på arealeffektivitet og muligheter for god logistikk. Effektiv bygningsmasse vil gi direkte utslag for kostnadsbildet, og dette fanges opp i de økonomiske kalkylene. I den kvalitative vurderingen er det forsøkt å holde slike faktorer utenom, for å unngå dobbelttelling.

0-alternativet vurderes å være det dårligste alternativet målt på dette kriteriet. Mange bygg vil være umulige å tilpasse til dagens funksjonelle krav. Det vil mange steder være umulig å oppnå universell utforming. De gamle byggene vil gjennomgående være mindre klimavennlige enn nye bygg. Det vil ikke bli mulig å avhende vesentlige bygg eller tomter i 0-alternativet. Selv om store tomteområder og mange kvadratmeter bygg isolert sett gir elastisitet, er det ofte slik at elastisiteten er på feil steder. Det er ikke likegyldig hvor på en stor tomt de forskjellige funksjoner er lokalisert; det er betydelige interne avhengigheter på et sykehus. Dette er for eksempel tydelig på Ullevål, der den store tomten er oppstykket av vernede bygg og områder, og der ulike topografiske forhold og grunnforhold ikke alltid legger til rette for å videreutvikle sykehuset i en ønsket retning. I tillegg vil de gamle byggene gjennomgående gi dårlig generalitet og fleksibilitet.

Alternativ 2 har noen ulemper sammenlignet med Alternativ 3. I Alternativ 2 er det mindre grad av nybygging; det innebærer at flere bygg vil ha noe lavere funksjonalitet, generalitet og fleksibilitet. I tillegg frigjøres ikke Ullevål-tomten i dette alternativet, og løsningen er mindre arealeffektiv.

Samtidig frigjøres det arealer på Aker som kanskje særlig er egnet til kommunale helse- og omsorgsformål.

Alternativ 3s svakhet på dette kriteriet er primært knyttet til tilgjengelig areal på Gaustad og reguleringsforhold, og at det således blir liten elastisitet igjen i dette alternativet. Samtidig er det tenkt at det ikke skal være betydelig behov for elastisitet i dette alternativet, da fremtidig kapasitetsvekst er tenkt å tas andre steder, for eksempel i form av utskillelse av en større andel av lokalsykehusfunksjonene.

Alternativ 3 er samlet sett å foretrekke målt på kriteriet bygg- og eiendomsutvikling.

12.5.3 Evaluering av byutvikling og innovasjon

0-alternativet gir i liten grad endringer fra dagens situasjon, hverken når det gjelder byutvikling, innovasjon, Oslos rolle som kunnskaps- og miljøby eller tilgjengelighet og transportbehov. Dagens situasjon på mange av disse områdene er forholdsvis god, så 0-alternativet kan sies å være akseptabelt, men når alternativet ikke gir bedring fra dagens situasjon kan det ikke gis spesielt høye score.

Alternativ 2 frigjør tomten i Sandvika der AKE (SSE) i dag holder til. Dette er en stor tomt i et attraktivt område i Oslos nære omland. Denne tomten kan utvikles til å bli et attraktivt område, og kan i noen grad dempe presset i Oslo-området. Også tomtene på Sogn og Dikemark, samt deler av Aker-tomten frigjøres i alternativ 2 – disse områdene er antagelig noe mindre viktige enn tomten i Sandvika, men kan likevel gi positive bidrag til byutviklingen i Oslo-området. I alternativ 2 frigjøres ikke Ullevål, men de betydelige endringene på Ullevål kan likevel legge til rette for at dette viktige området fremstår som en mer integrert og tilgjengelig del av byen for innbyggerne. Transportbehovet til Ullevål er omtrent uendret i dette alternativet, mens det vil bli noe økt transport til Gaustad. Begge disse områdene har god tilgjengelighet, og det kan anses som en fordel at det ikke blir behov for betydelige endringer i trafikkinfrastruktur i dette alternativet.

Alternativ 3 gir fordeler utover Alternativ 2, målt på kriteriet byutvikling og innovasjon. Samling på Gaustad gjør at Ullevål-tomten kan frigjøres til byutvikling, da forutsatt at lokalsykehuset ikke plasseres her. Ullevål-området vil kunne bli en meget attraktiv del av byen, både for beboere og besøkere. Tomten er stor, og selv om deler av området og byggene er vernet, vil det være rom for en betydelig mengde boliger, næring og offentlige funksjoner. Alternativ 3 gir også mulighet for etablering av et lokalsykehus, enten på Aker eller på en annen tomt. Bystyret har ønsket et lokalsykehus på Aker, og det synes som om det argumenteres for at dette vil gi en god og ønsket byutvikling. For den store utbyggingen i Hovinbyen vil det kunne være positivt med en betydelig kompetansearbeidsplass i umiddelbar nærhet.

Også dersom lokalsykehuset legges et annet sted (tomt x), vil det kunne bidra til positiv byutvikling. I en tenkt situasjon kunne lokalsykehuset legges til Gjersrud-Stensrud, og der medført at området ikke blir en ren "drabantby/soveby", men heller et område der folk både bor og jobber. Dette vil kunne gjøre området mer attraktivt enn det ellers ville være. Det ville også kunne fremskynde utbygging av en baneløsning. Også på Gaustad kan det argumenteres for at Alternativ 3 er mest positiv. Løsningen med lokk over Ring 3 vil kunne gi gode park- og uteområder, og utvide grøntdraget for turveien fra Gaustadskogen til Blindern og videre ned mot Oslo sentrum.

Når det gjelder tilrettelegging for innovasjon og næringsutvikling er det lite som skiller Alternativ 2 og 3 fra hverandre. I Alternativ 3 får en noe større nærhet til UiO og Forskningsparken, og dette kan kanskje være en positiv faktor. Samtidig gir dette alternativet lite rom for etablering av private virksomheter i direkte fysisk tilknytning til sykehuset og universitetet, siden tomten på Gaustad

utnyttet maksimalt. Muligheten for innovasjonssamarbeid med andre virksomheter lokalisert i umiddelbar nærhet er redusert i forhold til det alternativet som i sist fase ble utredet med tunnel og som frigjorde store arealer i nærheten av sykehus, universitet og forskningsinstitusjoner.

Et forhold som kan gi stort utslag på vurderingen av tilgjengelighet og transport, er plasseringen av lokalsykehuset i Alternativ 3. På Aker og Ullevål er tilgjengeligheten god. Dersom sykehuset plasseres andre steder, vil det være et krav at det skal være gode kollektivforbindelser. I det tenkte tilfellet med lokalsykehus på Gjersrud-Stensrud, vil det antagelig være et krav om at T-banen føres frem til området, for at en slik løsning skal gi en akseptabel tilgjengelighet.

I forhold til kriteriet byutvikling og innovasjon vurderes samlet sett Alternativ 3 til å være å foretrekke, særlig fordi Ullevåltomten kan frigjøres og fordi et nytt lokalsykehus vil kunne gi positiv byutvikling der sykehuset plasseres. 0-alternativet kommer dårligst ut på dette kriteriet.

12.5.4 Evaluering av beredskap

Beredskap i denne sammenhengen omfatter OUS' evne til å håndtere store hendelser hvor normal drift må fravikes. Dette kan være

- store ulykker og terroranslag
- situasjoner der kritisk infrastruktur på sykehuset svikter
- langtrukne hendelser som involverer få (som for eksempel Ebola-situasjonen)

I situasjoner med store ulykker er det særlig multitraume og CBRNe⁹ som involveres, men det kan også trekkes på andre ressurser. Det viktige i disse situasjonene er at det er mulig å samle ressursene på et sted der det er det nødvendige utstyr og de nødvendige bygningsmessige rammer. Situasjoner som 22. juli har vist at kapasiteten på OUS ved slike hendelser er langt større enn de fleste ville tro, både når det gjelder mennesker, utstyr og bygninger. I en krisesituasjon kan OUS også benytte fasiliteter på Diakonhjemmet, Lovisenberg, Ahus eller andre sykehus.

De langtrukne hendelsene kan i noen tilfeller kreve særskilt innretning av bygningsmassen; for eksempel ved pandemier, der det kan stilles krav til isolasjon av smittede. Uansett overordnet bygningsløsning, må det i detaljplanleggingen sikres at slike behov er ivaretatt. Den virksomhetsmessige organiseringen er antagelig ikke avgjørende for denne type hendelser, da normal drift uansett må fravikes, og det i utgangspunktet er tid til å finne gode løsninger. Langtrukne beredskapshendelser synes således ikke å legge føringer for valg av alternativ eller etappeløsning.

Som en hovedregel kan man si at gammel teknisk infrastruktur er mer sårbar enn nyere teknisk infrastruktur. Slik sett kan man tenke seg at nybygg, oppussing og utbedring av grunnleggende infrastruktur vil redusere antall hendelser der det er nødvendig å fravike normal drift.

Beredskapen på OUS i dagens situasjon anses å være god. I 0-alternativet blir den ytterligere noe styrket, fordi investeringer vil medføre lavere risiko for svikt i kritisk infrastruktur. I Alternativene 2 og 3 blir beredskapen marginalt bedre enn i 0-alternativet, fordi det blir mulighet for å få en bedre bygningsmasse. Det er ikke avgjørende hvorvidt multitraume og CBRNe er lokalisert på Ullevål eller Gaustad, og det er ikke avgjørende for beredskapen om lokalsykehuset er på Ullevål eller annet sted. Alternativ 2 og 3 er således like gode i et beredskapsperspektiv. Vegsystemer og

⁹ Fagområdet CBRNe-medisin omfatter særlig farlige kjemiske stoffer (Chemical), biologiske agens (Biological), radioaktiv stråling (Radiation), kjernefysisk stråling (Nuclear) og deres helseskadelige effekter

helikopterlandingsplasser vurderes å være tilstrekkelig egnede i alle alternativer. Den risikoen som finnes ved at "alt er samlet på ett sted" er i dag løst ved at Ahus er backup for multitraume. Dette bør videreføres uavhengig av alternativ.

12.5.5 Samlet kvalitativ evaluering av målbilde 2030-2040

Samlet sett vurderes Alternativ 3 å være bedre enn Alternativ 2, som igjen er bedre enn 0-alternativet. Alternativ 3 får bedre eller like god score som Alternativ 2 på alle kriterier. 0-alternativet får lik eller dårligere score enn Alternativ 2 på alle kriterier.

Hensynet til pasientbehandling, forskning og utdanning vektlegges tyngst, og derfor har forskjellen mellom Alternativ 2 og 3 når det gjelder sannsynlighet for oppstykkede pasientforløp og å legge til rette for faglige synergier, utvikling forskning mye å si for at Alternativ 3 foretrekkes. Men også det faktum at Alternativ 3 gir vesentlig større andel nybygde bygninger enn Alternativ 2, og at Alternativ 3 gir betydelig større muligheter for en positiv byutvikling er viktige elementer i evalueringen. Alternativ 2 har noe større fleksibilitet for fremtidig kapasitetsutvikling ettersom Ullevål-tomta ikke avhendes. Samlet sett fremstår Alternativ 3 som bedre enn Alternativ 2. Samtidig er det slik at Alternativ 2 også gir en rekke positive effekter på de fleste områder. Sammenlignet med dagens situasjon og med 0-alternativet vil Alternativ 2 dermed også være en vesentlig forbedring.

<i>Idéfase OUS: Evaluering</i>	<i>0-alternativet</i>	<i>Alt 2: Delt løsning Gaustad Ullevål</i>	<i>Alt 3: Delvis samling Gaustad</i>
<i>Pasientbehandling, forskning og utdanning</i>	2,0	4,0	4,5
<i>Bygg- og eiendomsutvikling</i>	2,0	3,0	4,0
<i>Byutvikling og innovasjon</i>	2,0	2,5	4,0
<i>Beredskap</i>	3,5	4,0	4,0
<i>Vektet score</i>	2,2	3,5	4,3
<i>Rangering</i>	3	2	1

Tabell 41 Evaluering, score per alternativ og kriterium

12.6 Overordnet kvalitativ evaluering av første etapper i lys av prosjektutløsende behov

Før evaluering av de ulike første etappene for Alternativ 2 og 3 beskrives presenteres her en overordnet sammenstilling av alternativene og de skisserte 1. etappenes bidrag til å svare ut de prosjektutløsende behov; behov for kapasitet, behov for å komme ut av gamle dårlige bygg og behov for større grad av samling av funksjoner.

Det er avgjørende at en første etappe bidrar til å løse kapasitetsutfordringen OUS må forvente å møte i løpet av de neste 10 årene. Nedenfor vises en oversikt som illustrerer hvilke 1. etapper som bidrar til kapasitetsøkning for hvilke funksjoner/pasienter i form av senger i nye bygg. Grønne felt betyr at kapasiteten økes. Alle etappene bidrar til kapasitetsøkning, men på litt ulike områder.

1. Etappenes bidrag til senger i nye bygg

Kapazität	Alt. 2 DELT LØSNING		ALT. 3 DELVIS SAMLING GAUSTAD SØR m/ LOKALSYKEHUS			
	Gaustad - Barn	Ullevål	Gaustad - Akutt	Gaustad - Barn	Aker	X
Lokalsykehuspasienter Somatikk - Medisin						
Lokalsykehuspasienter Somatikk - Kirurgi						
Kreftpasienter						
Barn						
Føde/ gyn						
Regionpasienter Somatikk						
Regionpasienter PHA						
Lokalsykehuspasienter PHA						

Figur 61 Vurdering av 1.etappenes bidrag til senger i nye bygg. Grønne felt markerer bidrag på området.

Ser man på de ulike 1. etappene i lys av hvor mye dårlig bygningsmasse som kan fraflyttes kommer løsningene svært likt ut. Dersom det å komme ut av Bygg 3 og 7 (vesentlige bygg for mye pasientbehandling) på Ullevål vektlegges vil de fleste etappene bidra til dette, med unntak av etappene med innretning Gaustad – barn.

1. Etappenes bidrag til å komme ut av dårlige bygg

Bygg	Alt. 2 DELT LØSNING		ALT. 3 DELVIS SAMLING GAUSTAD SØR m/ LOKALSYKEHUS			
	Gaustad - Barn	Ullevål	Gaustad - Akutt	Gaustad - Barn	Aker	X
Ullevål, bygg 7			20 000		20 000	20 000
Ullevål, bygg 3		25 000				
Ullevål, andre bygg (30, 19)	8 000		4 000	8 000	4 000	4 000
Radiumhospitalet (A,B, D)	31 000	31 000	31 000	31 000	31 000	31 000
AKE (SSE – Sandvika, bygg A, M)	4 000			4 000		
Gaustad sykehus						
Dikemark – RSA/PUA m.m	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000
SSBU (Sogn)	6 000			6 000		
	104 000	111 000	109 600	104 000	109 600	109 600

Tall viser ca kvm i bygg med tilstandsgrad 2 eller dårligere som flyttes ut av i 1. etappe.

Lysere
grå

Bygg som delvis flyttes ut av, men som ved noe omrokering kan muliggjøre riving av ett av dem

Figur 62 Vurdering av 1. etappenes bidrag til å komme ut av dårlige bygg.

Når det gjelder bidrag til samling av regionfunksjoner er de ulike 1. etappenes bidrag svært varierende. For somatikk bidrar 1. etappen Gaustad – akutt til samling av mange fagmiljøer som i dag er spredt på flere steder. De øvrige 1. etappene bidrar i liten grad til det samme. Bidrag til samling av regionfunksjoner er her vurdert uten å ta stilling til hvorvidt funksjonene er dupliserte eller komplementære (se også beskrivelse av virksomhetsmodeller i kapittel 3.6.2 og 3.6.3). Samling av fagmiljøer og virksomhetsområder antas å bidra til faglige synergier samt å legge til rette for bedre utnyttelse av avansert medisinsk utstyr og ressurser. Samlet forskning og utvikling forventes også å bidra til økt kvalitet i pasientbehandlingen.

Gul-grønne felt i figuren under indikerer en delvis samling, og teksten i feltet viser hvilke fag/funksjoner som samles. Grønne felt indikerer samling, mens hvite felt indikerer «ingen endring» for fagområdet i den 1. etappen.

1. Etappenes bidrag til samling av regionfunksjoner- somatikk

	Alt. 2 DELT LØSNING		ALT. 3 DELVIS SAMLING GAUSTAD SØR m/ LOKALSYKEHUS			
	Gaustad - Barn	Ullevål	Gaustad - Akutt	Gaustad - Barn	Aker	X
Hjerte-, lungekirurgi						
Karkirurgi (forutsatt samlet før. 1. etappe)						
Hjerte-, lungemedisin						
Nevrokir. og nevrologi	nevrologi			nevrologi		
Gastrokir. og gastromed.						
Nyremed.						
Blodsykdommer						
Infeksjonsmedisin						
Onkologi						
Kvinne, barn						
Plastikk kir.						
Bryst-, endokrinkir.	bryst	bryst	bryst	bryst	bryst	bryst
Endokrinologi						
Urologi						
Ortopedi						

Figur 63 Vurdering av 1. etappenes bidrag til samling av regionfunksjoner, somatikk. Grønne felt indikerer samling, grønn-gule delvis samling av den virksomhet som står nevnt. Det henvises også til figur 17, side 73 i Idéfaserapport 2.0. som viser dagen situasjon for disse fagområdene.

Virksomheten innen psykisk helse og avhengighet (PHA) er i dag svært spredt. Etappenes bidrag til samling av funksjoner innen PHA er nesten like varierende som for somatikk, men her er det 1. etappe på Ullevål i alternativ 2, delt løsning som bidrar mest.

1. Etappes bidrag til samling av funksjoner innen psykisk helse og avhengighetsbehandling

	Alt. 2 DELT LØSNING		ALT. 3 DELVIS SAMLING GAUSTAD SØR m/ LOKALSYKEHUS			
	Gaustad - Barn	Ullevål	Gaustad - Akutt	Gaustad - Barn	Aker	X
Sikkerhetspsykiatri (RSA, PUA, KPS, Lokal sikkerhet)						
Regionfunksjoner psykisk helsevern						
Lokal- og områdefunksjoner, voksenpsykiatri						
Rus og avhengighetsbehandling						
Døgnbehandling barne- og ungdomspsyk. (BUP døgn)						

Figur 64 Vurdering av 1. etappens bidrag til samling av funksjoner innen PHA. Grønne felt indikerer samling i den aktuelle 1. etappen.

I de etterfølgende kapitlene beskrives evalueringen av 1. etappene pr. alternativ mer utdypende.

12.7 Kvalitativ evaluering av løsninger for første etappe i Alternativ 2

Først vil vi vurdere de to alternative løsningene til førsteetappe som er aktuelle for Alternativ 2, delt løsning Gaustad og Ullevål. Dette er løsningene som omtales som Gaustad – barn og Ullevål, som er presentert tidligere i rapporten.

Merk at scoren som gis for de ulike førsteetappene ikke er direkte sammenlignbar med scoren som gis hverken for det samlede målbildet eller for førsteetapper i det andre alternative målbildet.

12.7.1 Evaluering av pasientbehandling, forskning og utdanning

Løsning Ullevål kommer best ut av evalueringen på dette viktige kriteriet. Denne løsningen gir særlig positive effekter for psykisk helse. Også medisin vil få noe økt kapasitet og mulighet for styrket kvalitet.

I løsning Gaustad – barn vil det være positive effekter knyttet til kvinne og barn, men det vurderes at det er noe mindre gevinstpotensial her fordi dagens situasjon er bedre enn for psykisk helse og medisin.

Begge løsningene gir forholdsvis begrensede effekter for forskning og utdanning.

12.7.2 Evaluering av bygg- og eiendomsutvikling

I vurderingen på dette punktet er det lagt stor vekt på om man allerede i første etappe kan flytte ut fra de dårligste byggene i den eksisterende bygningsmasse. Analyser viser at det er like mange kvadratmeter i de dårligste byggene som fraflyttes i begge de to løsningene. I løsning Ullevål er det særlig dårlige bygg på Ullevål og Gaustad sykehus som fraflyttes. I løsning Gaustad – barn er det særlig dårlige bygg på Sogn og i Sandvika som fraflyttes.

Alternativ Gaustad – barn gir også mulighet for å avhende tomter som fraflyttes (Sandvika og Sogn) allerede etter første etappe. Alternativ Ullevål bidrar til oppgradering av tildels svært dårlig teknisk

infrastruktur, noe som kommer store deler av Ullevål sykehus til gode. Oppsummert er de to løsningene jevn gode i forhold til dette kriteriet.

12.7.3 Evaluering av byutvikling og innovasjon

Den store effekten knyttet til byutvikling og innovasjon, knytter seg her til frigjøring av tomtene i Sandvika, på Sogn. Særlig tomten i Sandvika kan ha et betydelig utviklingspotensiale. Disse tomtene frigis etter første etappe i løsning Gaustad – barn, men ikke i løsning Ullevål.

For innovasjon, næringsutvikling, Oslo som kunnskaps- og miljøby og tilgjengelighet og transport er det lite som skiller de to løsningene. Totalt sett er derfor løsning Gaustad – barn å foretrekke på dette kriteriet.

12.7.4 Evaluering av beredskap

For beredskapens del, er det liten forskjell mellom de to alternative løsningene for første etappe. Det vil være gode bygningsmessige og virksomhetsmessige forutsetninger i begge løsninger. Sentrale deler av virksomheten som multitraume og CBRNe berøres i liten grad i disse etappene. Det eneste som kan utgjøre en forskjell er oppgraderingen av infrastruktur som skjer i første etappe på Ullevål i løsning Ullevål. Dette kan bety at det blir færre situasjoner med svikt i infrastruktur allerede etter første etappe.

12.7.5 Samlet kvalitativ evaluering av løsninger for første etappe i alternativ 2

Samlet sett er det forholdsvis små forskjeller mellom de to løsningene for første etappe i Alternativ 2. Løsning Ullevål kommer noe bedre ut på pasientbehandling grunnet viktig løft for psykisk helse og medisin. Løsning Gaustad – barn kommer bedre ut på byutvikling og innovasjon. Totalt sett i den kvalitative evalueringen kommer dermed de to løsningene om lag like godt ut.

<i>Idefase OUS: Evaluering</i>	<i>Etappe 1 i alt 2: Løsning Gaustad - barn</i>	<i>Etappe 1 i alt 2: Løsning Ullevål</i>
<i>Pasientbehandling, forskning og utdanning</i>	3,0	3,5
<i>Bygg- og eiendomsutvikling</i>	3,0	3,0
<i>Byutvikling og innovasjon</i>	4,0	3,0
<i>Beredskap</i>	3,5	4,0
<i>Vektet score</i>	3,3	3,4
<i>Rangering</i>	1	1

Tabell 42 Kvalitativ evaluering av første etappe for Alternativ 2

12.8 Kvalitativ evaluering av løsninger for første etappe i Alternativ 3

Her vil vi vurdere de fire alternative løsningene til førsteetappe for Alternativ 3, delvis samling på Gaustad. Dette er de fire løsningene omtalt som Gaustad – akutt, Gaustad – barn, Aker og x. Alternativene er beskrevet tidligere i rapporten.

Merk at scoren som gis for de ulike førsteetappene ikke er direkte sammenlignbar med scoren som gis hverken for det samlede målbildet eller for førsteetapper i det andre alternative målbildet.

12.8.1 Evaluering av pasientbehandling, forskning og utdanning

Det vurderes at løsning Gaustad – akutt er det beste alternativet, fordi man her kommer lengst på veien mot målbildet i Alternativ 3. Etappen gir en betydelig samling av regionfunksjoner på Gaustad, og styrking av lokalsykehusfunksjonene. Det er likevel slik at denne etappen inneholder lite nybygg for psykisk helse og avhengighet, og at et nytt lokalsykehus et annet sted i Oslo ikke realiseres før i en senere etappe.

Løsning Gaustad – barn anses som svakere enn Gaustad – akutt, fordi det i mindre grad blir samling av regionfunksjoner. Det vil også kreves noe ombygging av det som er gode bygg på dagens Rikshospital i Løsning Gaustad – barn. Samtidig er det klart at denne løsningen vil gi positive konsekvenser for barn og kvinner, men det er ikke her de største utfordringene ligger i dagens situasjon.

De to løsningene som bygger eget OUS lokalsykehus i første etappe; løsning Aker og x, er begge bra for lokalsykehuspasienter i tre bydeler, fordi lokalsykehuset bygges tidlig. Særlig gjelder dette i x, der det også bygges lokalsykehus for psykisk helsevern og avhengighet. Den klare svakheten med disse etappene er at de splitter OUS på flere steder, istedet for å samle (akutt, føde og nyfødt tre steder). Samlingen av en for spredt virksomhet var mye av utgangspunktet for idéfasen, og det må derfor anses som negativt at det ikke gjøres noe i denne retningen i en første etappe, men tvert imot øker spredningen.

Totalt for dette kriteriet anses løsning Gaustad – akutt å være best, fulgt av x, Aker og Gaustad – barn.

12.8.2 Evaluering av bygg- og eiendomsutvikling

I vurderingen på dette punktet er det lagt stor vekt på om man allerede i førsteetappe kan flytte ut fra de dårligste byggene i den eksisterende bygningsmasse. Løsning x er ansett å være best, for her kan man fraflytte dårlige bygg både på Ullevål og Gaustad sykehus. I tillegg kan man allerede etter første fase avhende norddelen av Ullevål i denne løsningen.

Alternativ Aker og Gaustad – akutt gir begge i stor grad den samme bevegelsen ut av dårlige bygg. Disse to løsningene anses å være jevn gode på dette kriteriet. Sammenlignet med løsning x er det en svakhet at dårlige bygg på Gaustad sykehus ikke fraflyttes. Løsning Gaustad – barn fraflytter bygg som er i bedre stand enn det som er tilfellet for de andre løsningene. Samtidig får man i denne løsningen etter første etappe frigitt tomtene i Sandvika og på Sogn. Totalt sett vurderes derfor også løsning Gaustad – barn til å være jevngodt med Gaustad – akutt og Aker.

12.8.3 Evaluering av byutvikling og innovasjon

Hverken løsning Gaustad – akutt eller Gaustad – barn får særlig betydning for byutviklingen i første etappe. I begge disse løsningene vil det bli noe mer samling av spisse funksjoner på Gaustad, tett ved viktige deler av UiO. Dette vil derfor på et tidlig tidspunkt kunne gi effekter knyttet til innovasjon og næringsutvikling.

Løsning Aker og x vil kunne gi byutvikling knyttet til det nye lokalsykehuset allerede etter første etappe. Dette er positivt. Det er vanskelig å si noe om byutviklingsverdien på en ukjent tomt, men det er i hvert fall slik at det fra politisk hold er uttrykt som en ønsket byutvikling med et lokalsykehus på Aker. I løsning x vil man kunne begynne en byutvikling også av nordre del av Ullevål etter første etappe, og alt i alt er derfor trolig løsningene Aker og x jevn gode, og begge noe bedre enn løsningene Gaustad – akutt og Gaustad – barn.

12.8.4 Evaluering av beredskap

For beredskapens del, er det ingen forskjell mellom de fire alternative løsningene for første etappe. Det vil være gode bygningsmessige og virksomhetsmessige forutsetninger i alle fire løsninger. Det er ikke vesentlig for beredskapen at det bygges nytt lokalsykehus, og heller ikke at multitraume og CBRNe flyttes fra Gaustad til Ullevål.

12.8.5 Samlet kvalitativ evaluering av løsninger for første etappe Alternativ 3

Samlet sett er det en viktig forskjell mellom vurderingen av løsning Gaustad – akutt og å starte med lokalsykehus først. Begge løsninger bidrar til økt kapasitet for lokalsykehuspasienter men med noe ulikt innhold og effekt for sykehuset for øvrig.

Gaustad – akutt samler ikke lokalsykehusfunksjoner i full bredde, men gir en samling av regionfunksjoner som en viktig effekt, mens lokalsykehus på Aker eller X vil gi en større bredde i tilbudet som etableres som nytt lokalsykehus. Samling av regionfunksjonene gir en samlingseffekt, mens å starte med lokalsykehus for somatikken betyr en ytterligere spredning av virksomhet (på tomt X kan det bety samling for PHA dersom man løser PHA i første etappe). En løsning med Gaustad – barn anses å gi forholdsvis små effekter i første etappe.

Både Gaustad – akutt og lokalsykehus på X eller Aker kan være en gode første etapper, mens løsning Gaustad – barn anses å gi forholdsvis små effekter i første etappe. Løsning X vurderes kvalitativt bedre enn Aker idet denne også samler PHA.

<i>Idéfase OUS: Evaluering</i>	<i>Etappe 1 i alt 3: Løsning Gaustad - akutt</i>	<i>Etappe 1 i alt 3: Løsning Gaustad - barn</i>	<i>Etappe 1 i alt 3: Løsning Aker</i>	<i>Etappe 1 i alt 3: Løsning x</i>
<i>Pasientbehandling, forskning og utdanning</i>	4,0	2,5	3,0	3,5
<i>Bygg- og eiendomsutvikling</i>	3,0	3,0	3,0	4,0
<i>Byutvikling og innovasjon</i>	3,0	3,0	3,5	3,5
<i>Beredskap</i>	4,0	4,0	4,0	4,0
<i>Vektet score</i>	3,6	2,9	3,2	3,7
<i>Rangering</i>	1	4	3	1

Tabell 43 Evaluering, Alternativ 3, første etappe

12.9 Økonomisk evaluering

12.9.1 Metodisk tilnærming

I de økonomiske vurderingene inngår:

- Investeringsbehov (nybygg, ombygging, teknisk oppgradering, eiendommer som kjøpes/ertsattes, infrastruktur, riving)
- Driftsgevinster (effekt på kjernedrift og FDVU-kostnader samt bortfall av leiekostnader).
- Egenfinansiering (avhending av eiendom)
- Annen finansiering (delfinansiering fra Universitet i Oslo/Kunnskapsdepartementet av arealene til forskning og utdanning)

Det er gjennomført en usikkerhetsanalyse av investeringsbehovet. Analysen har ikke hatt som formål å fastsette kostnadsramme, men å synliggjøre forskjeller mellom alternativene. Kostnadsramme blir ikke fastlagt før etter forprosjektet. Usikkerheten er vurdert som høyere i alternativer med mye rehabilitering/ombygginger og ved bygging i eller tett ved sykehus i drift.

Det er gjennomført oppdaterte beregninger av OUS sin evne til å bære kostnadene ved de ulike investeringsalternativene, såkalt økonomisk bæreevne. Det er tatt utgangspunkt i de beregningene som ble presentert i Idéfaserapport 2.0, herunder forutsetninger om effektiviseringsmuligheter som følge av nybygg. Beregningene viser at det er mulig å tegne et scenario for OUS de kommende ti-år basert på rimelige forutsetninger som innebærer at helseforetaket har økonomisk bæreevne til å håndtere kostnadene forbundet med de ulike investeringsalternativene. Forutsetningene er imidlertid at foretaket klarer å oppnå et visst positivt økonomisk resultat uavhengig av nevnte investeringer samt at disse investeringene i seg selv bidrar til en effektivisering av virksomheten primært ved å drifte i nye hensiktsmessige bygg samt ved å samle pasientforløp og funksjoner som i dag er spredt over for mange lokalisasjoner. Det understrekes at det er betydelig usikkerhet knyttet til slike framskrivninger som er presentert. Mindre endringer i forutsetningene videreført i mange år vil kunne gi store utslag på balanseverdier, herunder foretakets egenkapital, noe også sensitivitetsberegningene viser.

12.9.2 Samlet målbilde

Tallene er gjort rede for i kapittelet om økonomiske analyser. Samlet sett kommer 0-alternativet svakest ut, selv om dette krever minst investering. 0-alternativet vil innebære et negativt økonomisk resultat. Årsaken er at kapitalkostnadene vil øke betydelig etter hvert som rehabiliterte og nye bygg tas i bruk, uten at dette motsvares av tilsvarende effektiviseringsmuligheter.

Beregningene viser at både alternativ 2 og 3 innebærer økonomisk bærekraft på sikt, men at Alternativ 3, Delvis samling, kommer litt bedre ut enn Alternativ 2, delt løsning.

12.9.3 Første etappe

Den første etappen som samlet sett kommer best ut er utbygging for akutt og lokalsykehus på Gaustad primært fordi denne etappen fører til mer samling av funksjoner som i dag er delt på flere steder, samt at man i dette alternativet i større grad vil kunne utnytte ressursene ved Rikshospitalet også til område og lokalsykehuspasienter.

12.10 Gjennomføringsrisiko

12.10.1 Gjennomføringsrisiko i alternativer for samlet målbilde 2030-2040

Gjennomføringsrisikoen er stor i alle tre alternativene, men det er forskjellig type risiko det er snakk om. Grovt sett er det tre typer risiko som er behandlet i evalueringen; risiko for regulering og tomteerverv, risiko for finansiering og politisk aksept og risiko for negative effekter for sykehusdriften i byggeperioden.

I 0-alternativet er det ingen vesentlig reguleringsrisiko, men her er risikoen knyttet til driften betydelig. Det skal investeres betydelig i oppgradering av bygg der det i dag foregår sykehusdrift. Det vil bli betydelige rokadebehov, og risiko for forstyrrelser for virksomhet i nærliggende bygg. Samtidig er det slik at 0-alternativet i liten grad realiserer driftsbesparelser. Dermed vil det kunne bli krevende å finansiere tiltakene som skal gjennomføres.

Alternativ 3 har betydelig grad av reguleringsrisiko, og det vil også være behov for å erverve tomter. Reguleringsrisikoen knytter seg primært til Gaustad, der både tett og høy utnyttelse, behov for lakk

over Ring 3, og behov for å kjøpe tomt syd for Ring 3 vil kunne være utfordrende. Her ligger det mange potensielle hindringer, som hver for seg kan vanskeliggjøre dagens planer. Dersom lokalsykehuset legges til Aker, vil det kunne være reguleringsmessige utfordringer både knyttet til utnyttelse, verneforhold og til trafikksituasjonen. Her synes likevel den politiske viljen til å være tilstede i et slikt monn at reguleringsutfordringer med stor sannsynlighet vil la seg løse. Med lokalsykehus på en ukjent tomt, kan det også dukke opp betydelige reguleringsutfordringer, og det vil være behov for tomteerverv.

Også i Alternativ 3 vil det være noen utfordringer for sykehusdriften i byggeperioden, men i langt mindre grad enn i 0-alternativet. Alternativ 3 legger til rette for driftsbesparelser som vil kunne være med på å finansiere senere etapper av prosjektet. Alternativet realiserer også et nytt lokalsykehus, og dermed kan det tenkes at dette alternativet vil være mest ønsket av politiske myndigheter i Oslo.

Alternativ 2 er enklere reguleringsmessig enn Alternativ 3, fordi det ikke er behov for lokk på Gaustad, og fordi det ikke skal bygges hverken på Aker eller tomt x. Det blir heller ikke behov for tomteerverv. Samtidig blir de potensielle driftsforstyrrelsene betydelig større i dette alternativet, fordi det skal bygges mye tett på eksisterende virksomhet på Ullevål.

Samlet sett er det vanskelig å si hvilket alternativ som gir størst og minst gjennomføringsrisiko, fordi det avhenger av hvilken risiko som skal vektet tyngst. Dersom man legger til grunn at det mest alvorlige er risikoen for at pasientbehandlingen blir skadelidende i den lange byggeperioden, er det antagelig riktig å si at Alternativ 3 gir lavest gjennomføringsrisiko (gitt lokalsykehus på Aker), mens det er liten forskjell mellom 0-alternativet og Alternativ 2.

<i>Idéfase OUS: Evaluering</i>	<i>0-alternativet</i>	<i>Alt 2: Delt løsning Gaustad Ullevål</i>	<i>Alt 3: Delvis samling Gaustad</i>
<i>Risiko for gjennomføring</i>	2,0	2,0	2,5

Tabell 44 Evaluering, gjennomføringsrisiko

12.10.2 Gjennomføringsrisiko i løsninger for første etappe Alternativ 2

Gjennomføringsrisikoen i løsning Gaustad – barn knytter seg til reguleringsrisiko på Gaustad og behovet for rokade. Det første kan påvirke tidslinjen, det siste kan gi negative effekter for kjernedriften i byggeperioden.

Gjennomføringsrisikoen i løsning Ullevål knytter seg i stor grad til forstyrrelser for kjernedriften. Her skal det bygges tett på virksomheten på Ullevål. Infrastrukturen for store deler av området vil også bli berørt. Denne løsningen er gjennomføringsmessig kompleks, med betydelige avhengigheter og "rekkefølgebestemmelser". Etappen vil ta vesentlig lenger tid enn etappe Gaustad – barn (3 år lenger). Dette betyr lenger tid med driftsforstyrrelser, lenger vei frem til målbildet, og lenger tid frem før det kan realiseres driftsgevinster.

Alt i alt er derfor alternativ Gaustad – barn klart å foretrekke i et gjennomføringsrisikoperspektiv.

<i>Idéfase OUS: Evaluering</i>	<i>Etappe 1 i alt 2: Løsning Gaustad - barn</i>	<i>Etappe 1 i alt 2: Løsning Ullevål</i>
<i>Risiko for gjennomføring</i>	3,0	2,0

Tabell 45 Evaluering gjennomføringsrisiko, første etappe, Alternativ 2

12.10.3 Gjennomføringsrisiko i løsninger for første etappe Alternativ 3

Løsning x må sies å være forbundet med størst gjennomføringsrisiko, siden denne tomten er ukjent. Det vil kunne bli utfordrende å realisere denne løsningen innenfor samme tidsrom som de alternative løsningene.

Løsning Aker gir antagelig lavest gjennomføringsrisiko, fordi det i denne etappen vil bli lavest risiko for å forstyrre sykehusdriften. Det er likevel noe risiko knyttet til trafikkbildet på Aker, og det kan tenkes at dette vil bli enklere å løse dersom lokalsykehuset etableres på Aker i en senere fase.

Løsning Gaustad – akutt vil innebære behov for omregulering som det naturlig er knyttet usikkerhet til. Utbyggingen på Gaustad kan medføre noe ulemper for eksisterende drift i byggeperioden.

Løsning Gaustad – barn vil kreve ombygging av deler av eksisterende Rikshospital, og betydelig rocade også på Ullevål. Dette gir risiko for driftsforstyrrelser. Løsningen utfordrer reguleringen på Gaustad, men er muligens noe bedre enn Gaustad – akutt på dette kriteriet, fordi det ikke er nødvendig å reetablere preklinisk før oppstart av etappen.

Samlet sett gir løsning Aker lavest gjennomføringsrisiko, fulgt av Gaustad – barn og Gaustad – akutt, med løsning x som minst egnet.

<i>Idéfase OUS: Evaluering</i>	<i>Etappe 1 i alt 3: Løsning Gaustad - akutt</i>	<i>Etappe 1 i alt 3: Løsning Gaustad - barn</i>	<i>Etappe 1 i alt 3: Løsning Aker</i>	<i>Etappe 1 i alt 3: Løsning x</i>
<i>Risiko for gjennomføring</i>	2,0	2,0	3,0	1,0

Tabell 46 Evaluering gjennomføringsrisiko, første etappe, Alternativ 3

12.11 Samlet vurdering

12.11.1 Samlet evaluering av målbilde 2030-2040

0-alternativet kommer dårlig ut i den kvalitative vurderingen. Alternativet er også beheftet med høy gjennomføringsrisiko. Når det i tillegg vil kreve betydelige investeringer for å realisere dette alternativet, uten at det realiseres betydelige driftsgevinster, er det klart at 0-alternativet ikke kan anbefales.

Alternativ 3, delvis samling kommer noe bedre ut av den kvalitative evalueringen enn Alternativ 2, delt løsning. Alternativ 2 anses å være beheftet med noe større gjennomføringsrisiko, grunnet lang byggeperiode tett på eksisterende sykehusdrift.

Investeringskostnadene er noe høyere i Alternativ 3 enn i Alternativ 2, mens driftskostnadene vil bli noe lavere i Alternativ 3 enn i Alternativ 2 pga. større andel nye bygg og noe mer samling av kostnadskrevende funksjoner. Evalueringstabellen under oppsummerer hvorfor Alternativ 3 vurderes som beste løsning.

Idéfase OUS: Evaluering	<i>0-alternativet</i>	<i>Alt 2: Delt løsning Gaustad Ullevål</i>	<i>Alt 3: Delvis samling Gaustad</i>
<i>Kvalitativ evaluering</i>	2,2	3,5	4,3
<i>Risiko for gjennomføring</i>	2,0	2,0	2,5
<i>Investeringskostnad P50</i>	26 mrd. NOK	34 mrd. NOK	38-40 mrd. NOK
<i>Driftskostnader, rangering</i>	3	2	1
<i>Samlet rangering</i>	3	2	1

Tabell 47 Samlet evaluering

12.11.2 Første etappe

Nedenfor er etappeforslagene i hvert alternativ vurdert mot hverandre.

Løsning Gaustad – barn og Løsning Ullevål vurderes som tilnærmet like gode i den kvalitative evalueringen. Det skiller forholdsvis lite mellom de to løsningene på alle fire evalueringskriteriene. Gjennomføringsrisikoen anses å være høyere i Løsning Ullevål, grunnet omfattende byggearbeid tett på sykehus i drift. Kostnaden for førsteetappe kan sies å være akseptabel for begge alternativene.

Dersom bare Alternativ 2 blir ført videre anbefales det å videreføre begge løsningene i en neste fase. Forskjellene i evalueringen er forholdsvis små, og når da de to løsningene er så konseptuelt ulike, kan det være interessant å bearbeide begge videre.

Idéfase OUS: Evaluering	<i>Etappe 1 i alt 2: Løsning Gaustad – barn</i>	<i>Etappe 1 i alt 2: Løsning Ullevål</i>
<i>Kvalitativ evaluering</i>	3,3	3,4
<i>Risiko for gjennomføring</i>	3,0	2,0
<i>Investeringskostnad P50</i>	12,4 mrd. NOK	14,6 mrd. NOK
<i>Driftskostnader</i>	Vurdert som likt	
<i>Samlet rangering</i>	Vurderes som tilnærmet like i rangering.	

Tabell 48 Evaluering første etapper Alternativ 2

Løsning Gaustad – akutt og Aker ble begge vurdert som gode i den kvalitative evalueringen, med Løsning Gaustad – akutt som best. Løsning Aker ventes å gi klart lavest gjennomføringsrisiko. Løsning x kommer best ut av den kvalitative evalueringen, men dette alternativet gir svært høy gjennomføringsrisiko, siden tomten er ukjent. Kostnadsnivået er også så høyt for denne etappen, at

det høyst sannsynlig ikke er økonomisk bærekraftig. Denne løsningen bør derfor ikke tas med videre til neste fase.

Løsning Gaustad – barn kommer dårligere ut enn de øvrige alternativene i den kvalitative vurderingen, og gir ikke lavere gjennomføringsrisiko enn hverken Gaustad – akutt eller Aker. Denne løsningen anbefales derfor ikke videreført til konseptfasen.

Valget mellom Løsning Gaustad – akutt og Aker er et valg mellom to ulike retninger samtidig som begge bidrar til kapasitetsforbedring for lokalsykehuspasienter. Mens Gaustad – akutt gir mer samling, gir Aker mer oppsplitting i første fase. Målbildet til slutt vil være likt, men etter første etappe vil disse to løsningene gi svært ulik utforming av virksomheten.

<i>Idéfase OUS: Evaluering</i>	<i>Etappe 1 i alt 3: Løsning Gaustad - akutt</i>	<i>Etappe 1 i alt 3: Løsning Gaustad – barn</i>	<i>Etappe 1 i alt 3: Løsning Aker</i>	<i>Etappe 1 i alt 3: Løsning x</i>
<i>Kvalitativ evaluering</i>	3,6	2,9	3,2	3,7
<i>Risiko for gjennomføring</i>	2,0	2,0	3,0	1,0
<i>Investeringskostnad P50</i>	15,4 mrd. NOK	12,5 mrd. NOK	14,7 mrd. NOK	18,8 mrd. NOK
<i>Driftskostnader, rangering</i>	1	2	4	3
<i>Samlet rangering</i>	1	3	2	3

Tabell 49 Evaluering første etappe Alternativ 3

13 Plan for videre utredning og planlegging av neste fase

13.1 Hva foreslås å inngå i neste fase

13.1.1 Neste fase – kombinerte idé- og konseptfase pr investeringstiltak

Denne planen er basert på at neste fase blir kombinerte idé- og konseptfaser for definerte prosjekter/investeringstiltak som inngår i 1. etappe.

At det foreslås kombinert idé- og konseptfase baseres på formuleringen i det opprinnelige mandatet for den samlede idéfasen (jf. styresak 20/2013 i HSØ), og senere presisering av dette fra HSØ sin side.

Et prosjekt/investeringstiltak forstås her som et konkret nybygg eller ombyggingsprosjekt som kan gjennomføres selvstendig. Summen av de investeringstiltakene som foreslås i 1. etappe, utgjør den samlede etappen, og det skjer en overordnet programstyring (eller eventuelt porteføljestyring) av disse investeringstiltakene som gjør at de planlegges og gjennomføres som en koordinert helhet, og med en felles overordnet prosjektstyring (bl.a. felles styringsgruppe).

13.1.2 Neste fase – første etappe

Dette omfatter bl.a.

- RSA/PUA med tilgrensende virksomhet, konseptfase
- Utbygging/nybygg/oppgradering Radiumhospitalet, konseptfase
- Øvrig OUS kombinert idé- og konseptfase iht. vedtak om hvilke alternativ og første etapper som videreføres.
- Investeringskostnader knyttet til videre drift i eksisterende bygg som ikke frigjøres etter realisering av 1. etappe, kombinert idé- og konseptfase (jf. videreføring av allerede innvilget lånesøknad)

13.2 Prosjekt og prosjekteier

Investeringstiltakene benevnes til daglig «OUS – idé- og konseptfase, første etappe, ..tiltakets/etappenes .. navn..».

Det samlede prosjektprogrammet benevnes «OUS – idé- og konseptfase, første etappe samlet program»

Tiltakene omfatter for hvert tiltak utredning av idé- og konseptfasen for de alternativene som er anbefalt å gå videre med i konseptfasen:

- 0-alternativet
- Alternativ 2, delt løsning, 1. etappe Ullevål opprettholdes «i beredskap» inntil reguleringsrisikoen knyttet til Alternativ 3 er tilstrekkelig redusert.
- Alternativ 3, delvis samling, 1. etappe utbygging på Gaustad
- Alternativ 3, delvis samling, 1. etappe med lokalsykehus på Aker

For «Investeringskostnader knyttet til videre drift i eksisterende bygg som ikke frigjøres etter realisering av 1. etappe» tilpasses alternativstrukturen.

Det utarbeides en idé- og konseptfaserapport som dekker kravene til gjenstående utredninger på idéfasenivå for hvert investeringstiltak etter den samlede idéfasen, samt kravene til konseptfase i den nasjonale veilederen for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter. Utredningene skal være tilpasset øvrige rammebetingelser gitt av HSØ og overordnet myndighet.

Prosjekteier har tidligere vært HF'et frem til og med konseptfase, mens RHF'et har tatt over «de store investeringstiltakene» (jf. nytt østfoldsykehus) fra og med forprosjektfase. I styresak 29-2015 vedtok styret i HSØ en endring i fullmaksstrukturen, hvor det bl.a. sies følgende:

Fullmaks-matrisen for ansvarsfordeling mellom Helse Sør-Øst RHF og helseforetakene endres slik at Helse Sør-Øst RHF kan overta ansvaret for prosjekter med kostnadsramme over 500 mill. kroner fra og med konseptfasen (jf. punkt 3 i vedtaket i styresak 29-2015).

Dette innebærer at det i det enkelte prosjekt avgjøres om HSØ skal tre inn i prosjekteierrollen fra og med konseptfasen. Dette avklares i idéfasen.

Anbefalingen er derfor at det ved konkretiseringen av mandatet for neste fase avklares hvem som skal være prosjekteier.

Sykehusbygg HF sin rolle avklares også som en del av forberedelsen til igangsetting av neste fase. Den tidligere refererte styresaken i HSØ oppsummerer følgende om dette (for mer informasjon se styresaken):

Helse Sør-Øst RHF vil derfor pålegge alle helseforetak som prosjekteiere å benytte Sykehusbygg HFs prosjektpersonell i nøkkelposisjoner, der Sykehusbygg HF kan stille slike til disposisjon.

13.3 Hensikt – mål og rammer

Overordnet målsetting for idéfasen:

Målet for idéfasen er, på grunnlag av en vedtatt utviklingsplan for helseforetaket, å identifisere mulige, prinsipielle løsninger på et behov.

Overordnet målsetting for konseptfasen er:

Å utarbeide tilstrekkelig dokumentasjon for at besluttede myndigheter skal kunne ta en avgjørelse på om prosjektet skal videreføres til forprosjektfase.

Hensikten med prosjektet i denne fasen er å få frem en "konseptrapport", dvs. et beslutningsgrunnlag som gir OUS og HSØ grunnlag for beslutning om man skal gå videre med forprosjekt for ett av alternativene, og hvilket alternativ dette er.

Den kombinerte idé- og konseptfasen omfatter alle aktiviteter som kreves for å velge det best egnede konseptet, og utvikle dette til et nivå hvor eieren med akseptabel sikkerhet kan treffe beslutninger om gjennomføring av forprosjektet. Den innledende delen av arbeidet innebærer å sjekke ut at alle nødvendige avklaringer på idéfasenivå foreligger, og eventuelt supplere forliggende utredninger på de områder der dette ikke er tilfelle. Når dette er gjennomført, iverksettes utredning som i en ordinær konseptfase. Godkjenning av at tiltakene er tilstrekkelig opplyste på idéfasenivå skjer gjennom behandling prosjektets styringsgruppe og prosjekteier.

Innholdet som skal være dekket på idéfasenivå er:

- Gjennomgang utviklingsplanen og eventuelt underlaget for denne: dette er gjort gjennom den samlede idéfasedokumentasjonen.
- Nødvendige oppdateringer og suppleringer av nåsituasjonen, datagrunnlaget og det aktuelle prosjektet: dette er gjort gjennom den samlede idéfasedokumentasjonen samt i egen revidering av idéfase for RSA og PUA.
- Avgrense prosjektet fra andre prosjekt i utviklingsplanen. Dette kan omfatte kapasitet, arealer, investeringer og tid: Dette er gjort gjennom det utvalget av investeringstiltak som er inkludert i første etappe.
- Gjennomføre et idéøk som viser bredden i mulige, alternative løsninger. Presisere hvilke alternative løsninger som skal utredes i konseptfasen. Alternativene skal være reelle og kunne skilles klart fra hverandre: Dette kvalitetssikres for hvert tiltak/område, slik at det er gjort en ny vurdering av om alle realistiske alternativer for det aktuelle investeringstiltaket er belyst, før de tre «konseptfase-alternativene» endelig fryses.
- Utarbeide mandat for konseptfasen: Det foreligger i den samlede idéfasen (jf. dette kapittelet i idéfasedokumentet).
- Utarbeide følsomhetsanalyser på et overordnet nivå: Vurdere om det for de aktuelle investeringstiltakene kreves ytterligere følsomhetsanalyser.

Prosjektutløsende behov: Det er, slik det beskrives i rapporten fra idéfase OUS (versjon 2.0), tre hovedårsaker til at OUS har behov for nye bygg:

- **Store deler av virksomheten foregår i bygninger som er gamle, uhensiktsmessige og i svært dårlig stand.** Dette 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. Arealet er også unødig stort, noe som er ineffektivt og kostnadsdrivende.
- **Det er behov for å samle pasientforløp for å styrke kvalitet, fagmiljø, utdanning og forskning.** En sammenslåing av likartede aktiviteter er nødvendig for å oppnå bedre kvalitet og effektivitet i pasientbehandlingen og for å gi sunn økonomisk drift. Mer samlet virksomhet gir bl.a. anledning til å redusere antall vaktlag og dublering av kostbart medisinsk teknisk utstyr.
- **Det forventes en betydelig befolkningsvekst i Oslo og i regionen rundt.** Prognoser viser at det i 2030 vil det bo ca. 3,5 millioner mennesker bare i HSØ-området, en økning på 24 % fra i dag.

Samfunns mål, effektmål og resultatmål ble utformet i forbindelse med igangsetting av idéfasearbeidet i OUS. Samfunns mål og effektmål er like gyldige for arbeidet med konseptfase som i tidligere faser. Disse repeteres derfor ikke her, men legges inn i styringsdokumentet for neste fase. Resultatmålene er revidert for å presisere mål for arbeidet som nå skal oppnås.

Resultatmål

Resultatmålene for prosjektet er som vist nedenfor.

- Prosjektets konkrete resultatmål i konseptfasen er at det velges alternativ og at det fremkommer en "konseptrapport" som gir tilstrekkelig grunnlag for å beslutte om forprosjekt

skal igangsettes, slik at styrene for OUS HF og HSØ kan ta stilling til igangsetting av neste fase. Dette ivaretas ved at prosjektet skal føre til en ønsket slutttilstand som ivaretar effektmålene.

- Rapporten skal beskrive løsninger som er godt avstemte med Universitetet i Oslo og Oslo kommune, og bidra til videreutvikling av både samarbeidet mellom partene og Oslo som kunnskapsby.
- Rapporten skal være ferdig til samlet behandling i styringsgruppen i november 2017.
- Arbeidet skal gjennomføres innenfor en ramme som foreløpig vurderes til i størrelsesorden 100-150 mill. kr (inkl. RSA og Radiumhospitalet), men kostnadsrammen må vurderes nærmere før den fastlegges. I denne rammen inngår ikke kostnader for de sykehusansattes bruk av tid til medvirkning ut over de som er formelt frikjøpte til å delta i arbeidet i deler eller hele sin tid, eller andre aktører som UiO og Oslo kommune.

13.4 Grensesnitt

Eksterne:

- Storbylegevakt. Prosjektet skal sikre ivaretagelse av Storbylegevakt. Arbeidet skal derfor gjennomføres i tett dialog med Oslo kommunes Storbylegevakt-prosjekt.
- UiO, samhandling og erstatningsarealer. Idéfasearbeidet skal gjennomføres i tett dialog med UiO med tanke på forsknings- og undervisningsarealer i sykehuset, samt erstatningsareal for universitetets areal som vurderes revet. Løsningene skal understøtte universitetets planer for nytt livsvitenskapsbygg som er vedtatt, og koordineres med hensyn til felles utnyttelse av og planer for Gaustad-området.
- Planmyndigheter. Alternativene innebærer viktige avklaringer relatert til tomte- og kommuneplanspørsmål, og prosjektgruppen må samarbeide tett med berørte instanser og aktører. Dette inkluderer veimyndigheter, luftfartsmyndigheter og Ruter.
- Statens Veivesen (SVV). Både alternativene som i neste omgang kan innebære lokk over Ring 3, og lokalsykehus på Aker vil utløse behov for tett samarbeid med SVV.
- Sintef og Forskningsrådet. Dersom delvis samling velges
- Oppgavedeling i Oslo sykehusområde. Eventuell tilpasning dersom HSØ fastlegger en revidert oppgavedeling mellom sykehusene i Oslo sykehusområde.
- Sykehusbygg HF sin rolle.

Interne:

- Løpende vedlikeholdstiltak. Omfanget av vedlikeholdstiltak, eventuelt nyinvestering som kan vise seg nødvendig for å kunne opprettholde en forsvarlig drift, vil avhenge av fremdriften til tidligfasearbeidet og planer som besluttes som resultat dette.
- Protonsenter.

13.5 Suksesskriterier og kritiske suksessfaktorer

Suksesskriterier

Når konseptrapporten er ferdig skal situasjonen være som følger:

- Rapporten svarer på mandatet¹⁰, slik at saken er tilstrekkelig opplyst for igangsettelse av neste fase.
- Utredningsarbeidet er godt forankret internt i OUS og hos øvrige interessenter (bl.a. Oslo kommune og UiO)
- Anbefalingene er i overensstemmelse med konkrete føringer fra Helse Sør – Øst (f.eks. eventuelle kapasitetsendringer ift LDS og DS)
- Tidsplanen og kostnadsrammen er overholdt

Kritiske suksessfaktorer

Kritiske suksessfaktorer som har innvirkning på måloppnåelsen i prosjektets konseptfase:

- Alle involverte har felles målforståelse
- Klare ansvarsområder og tydelige mandater (klar organisering både for hvert investeringstiltak og samlet)
- Godt planlagt, åpen og transparent prosess
- Tilstrekkelig tid og ressurser for nøkkelpersoner til å arbeide med prosjektene
- Solid forankring av prosjektet i organisasjonen
- Avklaring av interessentbildet og oppfølging av kritiske aktører og miljøer inklusiv god kommunikasjon og samhandling, både internt i prosjektene og mot eksterne aktører

13.6 Foreløpige rammebetingelser samt grunnlagsdokumenter

Resultatene fra den samlede idéfasen tas med videre i de kombinerte idé- og konseptutredningene for hvert investeringstiltak.

Interne rapporter som danner grunnlagsdokumentene for påfølgende faser er:

- Arealutviklingsplan 2011
- Strategi 2013-2018
- Idéfaserapport del 1 og idéfaserapport del 2.

Arbeidet skal være strategisk forankret, hvilket innebærer at de alternativer som utredes skal fremme de mål og strategier som gjelder på nasjonalt, regionalt og foretaksnivå.

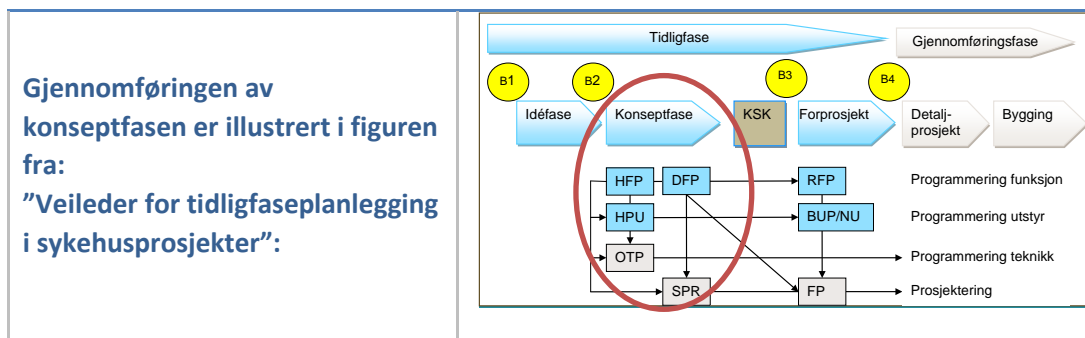
¹⁰ Med mandat menes styrets vedtak i sak 20/2015, 9.4.2015

Løsningsalternativene skal oppfylle kravene til finansiering og økonomisk bæreevne, og ved tidspunkt for realisering gjelder det generelle kravet at investeringen skal kunne innpasses og prioriteres tidsmessig i forhold til andre investeringsprosjekter i regionen.

Inntil ny oppgavedeling er avklart gjennom prosess i regi av HSØ skal prosjektet forholde seg til dagens oppgavedeling. Dersom ny oppgavedeling avklares før fasen avsluttes, skal prosjektet ta hensyn til dette.

Prosjektet skal være avgrenset i forhold til sykehusets øvrige planer, herunder må vedlikeholdstiltakene ved OUS avstemmes med investeringstiltakene.

13.7 Innhold og arbeidsomfang i konseptfasen – hovedleveranse



Figur 65 Illustrasjon av konseptfase

Hovedaktiviteter konseptfasen	Forklaring
Oppdatering	Bearbeide og kvalitetssikre datagrunnlaget utarbeidet under den samlede idéfasen
Funksjoner	Utarbeide hovedfunksjonsprogram (HFP) med funksjonsbeskrivelse og arealanalyser for de aktuelle alternativene
Rammer utstyr	Utarbeide hovedprogram utstyr (HPU)
Byggets tekniske løsninger	Utarbeide overordnet teknisk program (OTP)
Planer etasje og funksjoner.	Utarbeidelse av skisseprosjekt (SKP)
Program funksjoner	Utarbeide delfunksjonsprogram (DFP)
Økonomi	Utarbeide økonomiske analyser som inkluderer både investeringskostnader, driftseffekter, bærekraftsanalyse og investeringsplan.
Kvalitetssikring	Gjennomføre usikkerhetsanalyser
Videreføring til forprosjekt	Utarbeide plan for neste fase
Rapport	Utarbeide konseptrapport

Tabell 50 Hovedaktiviteter i konseptfasen

13.8 Prosjektstrategi – plan for gjennomføring

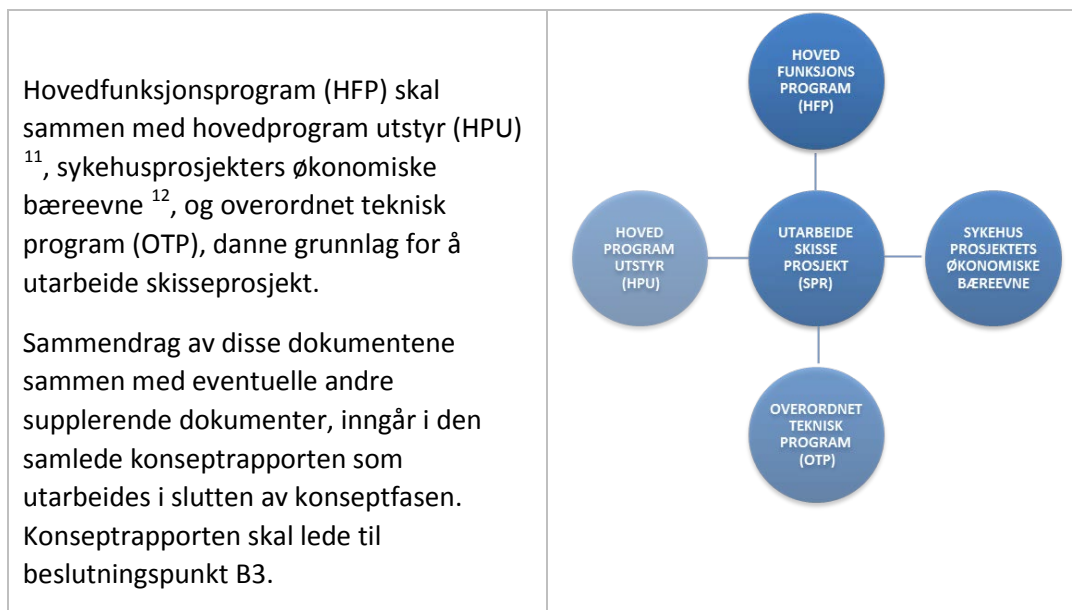
Strategien for prosjektet legger føringene for hvordan prosjektet skal gjennomføres for best å oppnå hensikten og målene som beskrevet i kapitlet over. I konseptfasen gjennomføres de aktiviteter som er beskrevet i "Veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter."

13.8.1 Bearbeide og kvalitetssikre datagrunnlaget utarbeidet under idéfasen

I forbindelse med utarbeidelsen av utviklingsplanen og idéfasen ble det gjort beregninger av kapasitet og arealbehov for et nytt sykehus tilpasset innhold, demografiske endringer i regionen og funksjoner for fremtiden. Datagrunnlaget og de forutsetningene som ligger til grunn for beregningene skal i konseptfasen kvalitetssikres og nye beregninger gjennomføres på de områder der det vurderes som nødvendig.

13.8.2 Utarbeide hovedfunksjonsprogram (HFP) og delfunksjonsprogram (DFP)

Alternativene i konseptfasen skal utredes «likeverdige». Det skal tas hensyn til også i programmeringen av HFP og DFP, men med de modifikasjoner for 0-alternativet som er nødvendig.



Figur 66 Grunnlag for skisseprosjekt

Når HFP foreligger skal det følgende være utarbeidet:

- Dokumentasjon og beskrivelse av dagens situasjon, samt krav til og konsekvenser av fremtidig utvikling og endring.
- Innsamling og kvalitetssikring av data om aktivitet, kapasitet, bygg og bemanning, kan hentes fra utviklingsplanen og idéfase, men normalt kreves oppdatering og kvalitetssikring.
- Beregning av fremtidig aktivitet, kapasitetsbehov og arealbehov fordelt på hoved- og delfunksjoner.
- Beskrivelse av fremtidig driftsmodell med driftsøkonomiske konsekvenser.

¹¹ Veileder for Hovedprogram Utstyr, Helsedirektoratet, ny revisjon klar våren 2013

¹² Sykehusprosjekters økonomiske bæreevne, Veileder for beregning av samlet økonomisk konsekvens av investeringsprosjekter i helsebygg, Helsedirektoratet februar 2010

Utarbeidelse av HFP er basert på behovsverifiseringen av resultatene fra idéfasen. Avklaring av fremtidig aktivitet, kapasitetsbehov og arealbehov og utvikle optimale driftsmodeller for å fastlegge rammene for bygningsmessig prosjektering gjøres i konseptfasen. Gjennom programmeringen skal en sikre oversikt over og forståelse av sammenhengen mellom virksomhetens oppgaver og kravene til bygg og utstyr.

Organisering og medvirkning av HFP

Arbeidet med HFP organiseres ved at det i tillegg til bruk av programrådgivere, nedsettes et høvelig antall medvirkningsgrupper og en koordinator for disse. Det foreligger en egen veileder for hovedfunksjonsprogram fra Helsedirektoratet som legges til grunn i tillegg til Tidligfaseveileder for sykehusplanlegging.

DFP omhandler hver enkelt funksjon og delfunksjon:

- tversgående funksjoner
- funksjonelle sammenhenger
- nærhetsbehov mellom funksjonene
- funksjoners arealbehov
- funksjonenes eventuelle spesielle bygningsmessige krav
- oversikt over rombehov med rombenevnelser og areal (romprogram)

Veileder for klassifikasjonssystem i helsebygg benyttes i inndeling i hovedfunksjoner, delfunksjoner og rombenevnelser.

13.8.3 Utarbeide hovedprogram utstyr (HPU) og overordnet teknisk program (OTP)

Arbeidet med HPU og OTP gjennomføres av programrådgivere sammen med medvirkningsgrupper, og basert på foreliggende veiledere. Det nedsettes grupper og utnevnes brukerkoordinatorer som er ansvarlig kontaktperson for hvert sitt program (disse kan lede de respektive brukergruppene). For konseptfasen skal kun de overordnede prinsippene legges. Spesifisering av teknikk og utstyr foretas i senere faser da valg av alternativ er gjort dvs. primært i forprosjektfasen.

Hensikten med OTP er å:

- Fastlegge byggherrens og brukerinstusjonenes overordnede krav til bygningenes bygnings- og installasjonstekniske kapasiteter og kvaliteter. OTP må finne en god balanse mellom hva som er nødvendig og ønskelig på den ene side, og hva som er kostnadmessige forsvarlig på den annen. Særlig viktige tema er forsyningsikkerhet, redundans og kapasitetsreserver i de bygnings- og installasjonstekniske bygningsdelene og systemene.
- Dette omfatter alle tekniske fag, inklusive arkitekt- og byggfag, vvs-fag og elektrotekniske fag samt en rekke spesialfag. Særlig er det viktig å få frem krav som inkluderer flere fag, altså typiske tverrfaglige utfordringer.
- Gjennom OTP trekkes også opp en rekke retningslinjer for hvordan selve prosjekteringsprosessen skal være når det gjelder krav om utredninger, alternativstudier, kost-nytte-analyser, risiko- og sårbarhetsanalyser osv.
- I OTP fokuseres det på krav som ikke direkte følger av lov og forskrift, som for eksempel Plan- og bygningsloven, Arbeidsmiljøloven mv., samt krav som går ut over minimumskravene i lovverket og som er spesielle for sykehusbygninger.
- OTP legger vekt på ikke å angi løsninger, det skal gjøres i prosjekteringen, men stiller krav til løsninger.

- Program for tekniske rom tilsvarende «HFP-nivå».

Hensikten med HPU er å:

- Definere hva som er brukerutstyr og hva som er byggutstyr og kategorisere de ulike funksjonelle utstyrgrupper i disse hovedgruppene. Derved sikres en god koordinering mellom ansvarsområdene i prosjektering og i utstyrplanlegging.
- Det kan også være fordelaktig å avklare om noen typer byggutstyr bør følge tilsvarende programmerings- og anskaffelsesprosedyrer som for brukerutstyr.
- Med utgangspunkt i beskrivelse av funksjoner (fra HFP) defineres de viktigste typene bygg- og installasjonspåvirkende utstyr (BIP-utstyr) i prosjektet. Videre når og på hvilket nivå utstyrprosjektet kan overføre BIP-informasjon til prosjekteringen.
- Bestemme hvilke typer utstyr som inngår i undergrupper for brukerutstyr.
- Klargjøre målsettinger for kapasitet, produktivitet og driftsøkonomi for utstyrinvesteringene.
- Utarbeide en første og grov utstyrs kalkyle inkl. vurdering av usikkerhet, reserver og marginer.
- Etablere overordnet strategi for valg av utstyr og gjenbruk av eksisterende utstyr.
- Klargjøre planprosess, organisering.

Ambisjonsnivå og plan for organisering og gjennomføring av arbeidet med IKT er et krevende område som må vektlegges, og dekkes gjennom OTP-arbeidet, men med grensesnitt mot både HFP og HPU-prosessene.

13.8.4 Utarbeidelse av skisseprosjekt (SPR)

HFP, OTP og HPU skal sammen danne grunnlaget for skisseprosjektet.

Løsningen av bygget skal optimaliseres gjennom en interaktiv prosess mellom programutvikling, fysiske løsninger og økonomiske analyser som viser hvordan elementene i veileder for tidligfaseplanlegging er ivaretatt.

DFP utarbeides parallelt med skisseprosjektet.



Figur 67 Programdokumentene

SPR for nybygg startes når hovedfunksjonsprogrammet foreligger. I tillegg skal O-alternativet, slik det fremkommer i idéfaserapporten, kvalitetssikres spesielt med tanke på bygningsmessig og teknisk oppgradering for å følge lovpålagte krav.

Formålet med en skisseprosjektering er å illustrere løsningsmodeller for å vurdere innplassering på tomt, utvidelsesmuligheter, ekstern og intern logistikk og sammenhenger mellom driftsmodell og fysiske løsninger. Dette skal danne grunnlag for beregning av bruttoareal og analyser av byggekostnader, samt analyser av driftsforhold og driftsøkonomiske konsekvenser. BIM-modell etableres.

Skisseprosjekttegninger

- Situasjonsplan med adkomst, parkering med mer
- Teknisk situasjonsplan med kommunaltekniske anlegg

- Utomhusplan
- Planer 1:500 av avdelingenes hovedstruktur
- Snitt og fasader 1:500
- Prinsippløsninger for teknisk hovedstruktur med vekt på VVS-fagene
- Modeller og perspektiver

I tillegg til de overordnede planene som viser sykehusets disposisjon og struktur vil det være hensiktsmessig å gjøre delstudier i målestokk 1:200 eller større, av spesielle avdelinger for å verifisere løsningsprinsipper og areal. Dette kan bl.a. være hensiktsmessig for:

- Sengeposter
- Operasjon, intensiv
- Akuttmottak
- Standard elementer som det skal arbeides videre med
- Standardromskatalog mm.

Skisseprosjekt-rapport inklusiv kalkyle skal inneholde

- Funksjonsbeskrivelse, beskrivelse av de funksjonsvalg som er foretatt.
- Bygningsmessig beskrivelse
- Beskrivelse av de tekniske anleggene på overordnet nivå
- Arealoversikt
- Kostnadskalkyle og FDVU-kostnader (inkl. LCC)
- Forslag til gjennomføringsmodell
- Foreløpig tidsplan
- Etablering av og plan for videre bruk av BIM-modell

13.8.5 Helse, miljø og sikkerhet (HMS)

I byggeprosjektet skal det legges vesentlig vekt på hensyn til HMS. Dette gjelder på følgende områder i selve bygget med dets utstyr og installasjoner:

- pasientsikkerhet og oppholdsmiljø for pasienter
- besøksmiljø for pårørende og publikum
- arbeidsmiljø for ansatte
- miljøkonsekvenser for omgivelsene (energi, avfall, utslipp, trafikk osv.)

I tillegg vil det bli lagt vesentlig vekt på HMS i selve byggefasen, både for de som arbeider på byggeplassen og for omgivelsene. Dessuten må HMS også ivaretas i alt arbeid med planlegging av selve virksomheten.

13.8.6 Økonomiske analyser

Under konseptfasen skal det gjennomføres investerings- og finansieringsanalyser for prosjektet. Det skal utarbeides bærekraftsanalyse og investeringsplan for prosjektet. Det utarbeides også bemanningsanalyser som danner grunnlaget for driftsøkonomien i et nytt konsept. De økonomiske analysene som utarbeides illustrerer driftskostnader forbundet med de ulike modellene. For driftsøkonomisk analyse foreligger det en egen veileder som legges til grunn.

13.8.7 Usikkerhetsanalyser

Det gjennomføres usikkerhetsanalyser knyttet til skisseprosjektets kalkyler.

13.8.8 Organisasjonsutvikling

I forbindelse med utarbeidelsen av driftskonseptet vil det være behov for å konkretisere videre den virksomhetsmodellen som er lagt til grunn fra idéfasen. Dette gjøres i samspill med den løpende OU-prosessen som skjer i OUS, og som en integrert del av programarbeidet, samt at det må være integrert på tvers av investeringstiltakene.

Samhandlingsreformen legger en del føringer for driften av spesialisthelsetjenesten. Disse føringene må prosjektet legge til rette for i samspill med kommunehelsetjenesten ved hjelp av fleksible løsninger og samarbeid.

13.8.9 Konseptrapporter

Konseptfasene ferdigstilles med utarbeidelse av en konseptrapport per investeringstiltak der den anbefalte løsningen beskrives gjennom en sammenfatning av innholdet i de delutredninger og analyser som er gjennomført. Grunnlaget for valg av alternativ dokumenteres.

Konseptrapportens innhold vil i hovedtrekk være:

- Hovedoppsummering
- Sammendrag
- Bakgrunn fra den samlede idéfasen og eventuelle oppgradering på idéfasenivå for det enkelte investeringstiltaket
- Sammendrag av hovedfunksjonsprogrammet
- Sammendrag av hovedprogram utstyr og overordnet teknisk program
- Delfunksjonsprogram
- Organisasjonsutvikling – nye arbeidsmåter
- Utbyggingsmønster – sammendrag av skisseprosjektrapporten
- Økonomiske analyser, driftsøkonomi, bærekraftsanalyser og investering-/finansieringsplan
- Samlet evaluering av alternativene
- Plan for neste fase

13.9 Strategi for styring av usikkerhet

Styringen av usikkerhet skjer primært i forhold til de kritiske suksessfaktorene. Viktige elementer er:

Felles målforståelse

Planlegging av konseptfasen ligger i tidsplanen som er utarbeidet. Denne beskriver alle oppgaver som skal løses i løpet av konseptperioden og de ressurser som er satt av til å utføre oppgavene. For konseptfasearbeidet vil det bli aktuelt med brukerkoordinatorer fra sykehusene som har ansvaret for oppfølgingen ift klinikk, utstyr og teknikk.

- Brukerkoordinator klinikk – funksjonsplanlegging
- Brukerkoordinator utstyr – hovedprogram utstyr
- Brukerkoordinator teknikk – overordnet teknisk program

Så langt det er praktisk mulig, bør dette være samkjørt innenfor prosjektprogrammet, for å sikre god koordinering mellom de investeringstiltakene som til sammen utgjør første etappe.

Klare ansvarsområder og tydelige mandater

Prosjektet har klargjort ansvarsroller. Tabellen under beskriver en foreløpig oversikt over ansvarsområder (arbeidspakker) for utarbeidelse og gjennomføring av de ulike aktiviteter og programmer i løpet av konseptfasen. Hvem som gis ansvaret på de ulike områdene fastlegges i styringsdokumentet.

Aktiviteter	Ansvar for oppfølging
Bearbeide og kvalitetssikre datagrunnlaget utarbeidet under idéfasen	
Hovedfunksjonsprogram inkl. funksjonsbeskrivelse og arealanalyse	
Organisasjonsutvikling (OU)	
Samhandlingsreformens effekt	
Delfunksjonsprogram (DFP)	
Hovedprogram utstyr (HPU)	
Overordnet teknisk program (OTP)	
Økonomiske driftsanalyser	
Økonomisk bærekraftsanalyse	
Økonomiske investerings- og finansieringsanalyser	
Skisseprosjekt	
Plan for forprosjekt- og byggefase	
Konseptrapport inkl. alternativevalueringer	

Tabell 51 Arbeidspakker

Åpen og transparent planprosess

Under konseptfasen skal mye av innholdet og arbeidsprosessene i et nytt sykehusbygg beskrives. For å få til et godt resultat er det viktig at planprosessen er åpen og transparent for alle ansatte.

Tilgang på virksomhetsdata

Tilgangen på data om virksomheten i dag er avgjørende for å kunne ta de riktige beslutninger om nødvendigheten av endringer og hvilke konsekvenser endringene vil ha for driften. Alle nødvendige tilganger for konseptfasen er gjort tilgjengelig for prosjektet.

Tilstrekkelige økonomiske rammer og kostnadsstyring

For de samlede idé- og konseptfasene kreves en økonomisk ramme på i størrelsesorden 100-150 mill. kr (inkl. RSA og Radiumhospitalet, beløpet må vurderes nærmere før det fastlegges).

Økonomistyringen skjer primært gjennom månedlig rapportering av timeforbruk (og evt. reiser) mot periodisert plan.

Avsette tilstrekkelig tid og ressurser til nøkkelpersoner for å arbeide med prosjektet.

Solid forankring av prosjektet i organisasjonen

Prosjektet er forankret i virksomhetens styrende organer. Styringsgruppen vil ha regelmessige møter. Den består av ledende ansatte fra eget foretak, tillitsvalgt, verneombud i tillegg til representant fra det regionale foretaket. Styringsgruppen ledes av foretakets adm. direktør.

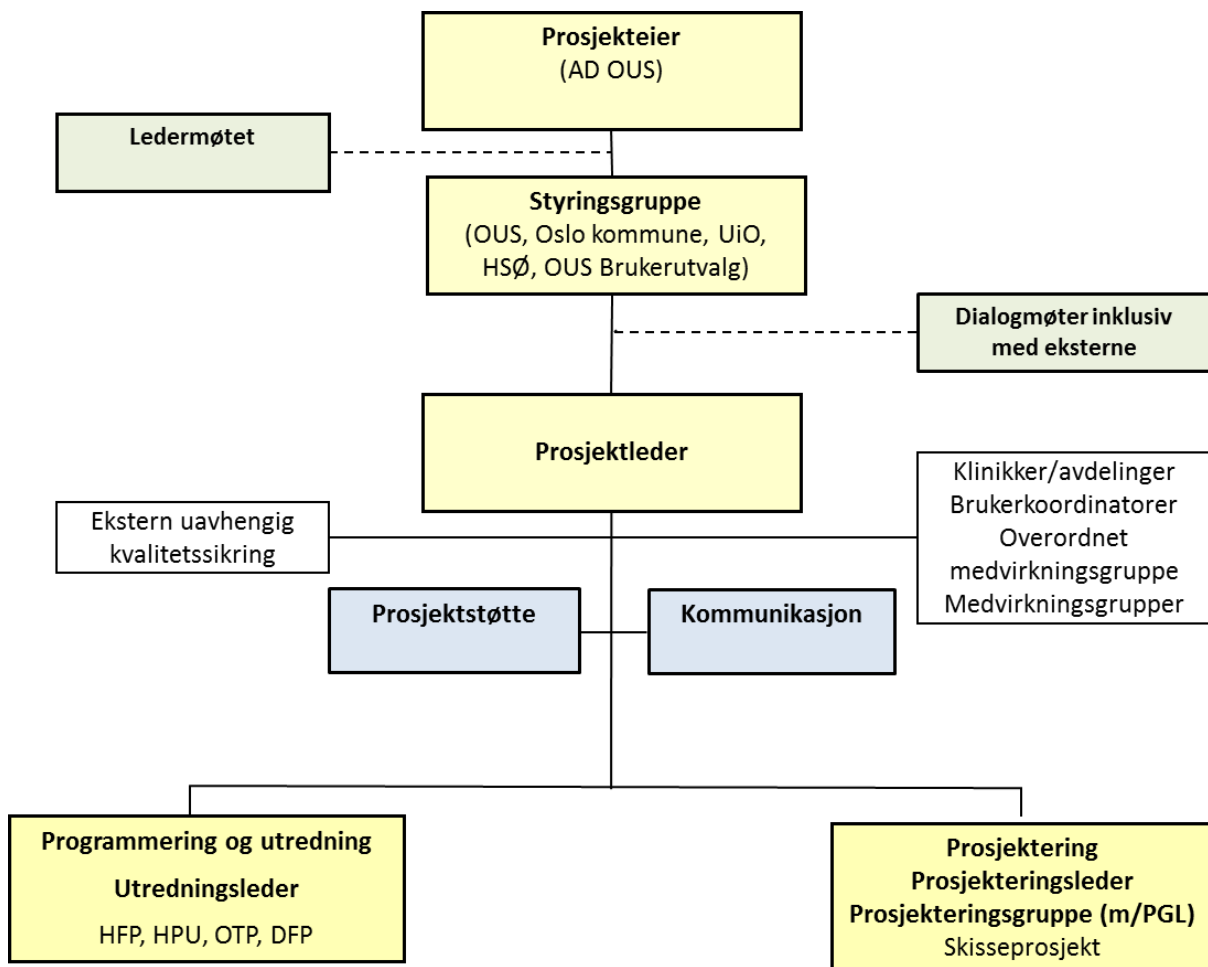
Brukerkoordinator og medvirkningsgruppene vil, i tillegg til å bidra med faglige vurderinger, utgjøre en viktig del av forankringen utover i sykehusenes organisasjon, og vil være en del av sykehusenes organisasjon.

Avklaring av interessentbildet, oppfølging av kritiske aktører

Interessentanalysen og kommunikasjonsplanen revideres og tilpasses konseptfasen.

13.10 Organisering, styring og ansvarsdeling

Prosjektets organisering for ide/konseptfasen er vist i figuren nedenfor.



Figur 68 Prosjektets organisering for ide/konseptfasen

13.10.1 Styringsgruppe

Det etableres en styringsgruppe på samme måte som i den samlede idéfasen. Styringsgruppen, prosjektleder og de ulike prosjektstøttefunksjonene er felles for alle investeringstiltakene. Men det etableres egne delprosjektledere knyttet til hvert investeringstiltak (hver idé- og konseptrapport). Styringsgruppen har med de tyngste aktørene med OUS (både ledelse og ansattes representanter), HSØ, Oslo kommune og UiO, samt pasientorganisasjonene/ brukerutvalget).

I konseptfasen drives prosjektet i det løpende av en prosjektgruppe bestående av prosjektleder og rådgivere. Ansatte og tillitsvalgte involveres i arbeidet gjennom medvirkningsgruppene og ellers i et omfang som er hensiktsmessig i forhold til planarbeidet. Arbeidet konsentreres om programarbeid og skisseprosjektet: utarbeidelse av hovedfunksjonsprogram, hovedprogram utstyr, et overordnet teknisk program og delfunksjonsprogram med romprogram, samt skisseprosjekt.

Brukerkoordinatorene skal koordinere medvirkningen i sykehuset og vil være bindeleddet mellom prosjektledelsen og «brukerne» (se nedenfor om begrepet bruker).

13.10.2 Brukerorganisering, brukernes rolle

Ansatte, pasienter, studenter og representanter for kommunehelsetjenesten representerer brukerinteressene i prosjektet. De interne brukerne kommer fra sykehuset, de eksterne brukerne utgjøres av andre interessenter som her omfattes av brukerbegrepet.

Ansatte er representert med tillitsvalgte og oppnevnte fagpersoner. Brukerrepresentanter er oppnevnt av brukerutvalget, og representantene for kommunehelsetjenesten er oppnevnt av aktuelle kommuner etter forespørsel fra styringsgruppen.

Tillitsvalgte har en formell rolle i henhold til lovverk og avtaler. Brukerrepresentantenes rolle omfatter faglig rådgiving og informasjon tilbake til de miljøer de er en del av i sin daglige virksomhet

Kjernen i mandat for medvirkningsgruppene: Gruppens deltakere skal **gi råd** basert på egen kompetanse, innhenting av kompetanse fra den delen av virksomheten de kommer fra, samt avstemme med linjeledelse og ivareta helhetsperspektiv for virksomheten.

13.11 Prosjektstyringsbasis

13.11.1 Endringsstyring

Endringsstyring beskrives nærmere i styringsdokumentet for konseptfasen.

13.11.2 Prosjektnedbrytningsstruktur

Prosjektnedbrytningsstrukturen (PNS) skal videreutvikles i løpet av fasen. Detaljeringsbehovet bestemmes ut fra styringsbehov og administrative kostnader.

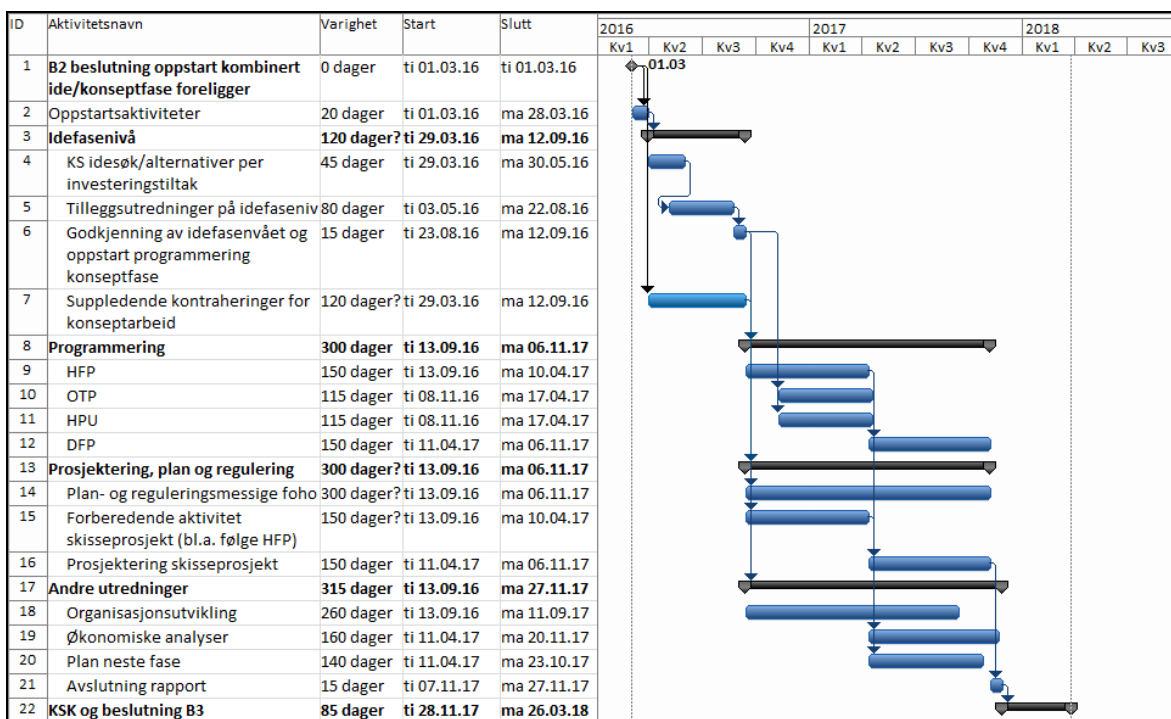
13.11.3 Aktiviteter og milepeler og tidsplan for konseptfasen

Hovedtidsplan viser et foreløpig tidsestimat med ferdigstilling av konseptrapportene ultimo 2017, med etterfølgende kvalitetssikringskontroll (KSK) som vil danne grunnlaget for beslutningen primo 2018 og påfølgende oppstart forprosjekt.

Hovedaktivitetene fremgår av tidsplanen. Det samme gjør milepelene, som kan summeres opp slik:

- Beslutning om oppstart 01.03.16
- Faktisk oppstart 29.03.16 (forutsatt av også eventuelle kontraheringer er gjennomført for aktiviteter på idéfasenivået)

- Idéfasenivå avklart inklusiv eventuelle korrigerende justeringer for justeringer av ansvar innenfor Oslo sykehusområde og eventuelle korrigerende justeringer for nasjonal helse- og sykehusplan, slik at aktiviteter på konseptfasenivå kan starte 12.09.16
- Nødvendige kontraheringer for oppstart på konseptfasenivå på plass 12.09.16
- Hovedfunksjonsprogram ferdig 10.04.17
- Skisseprosjekt ferdig 06.11.17
- Konseptrapport(er) ferdig 27.11.17 (grunnlag for HSØ til å starte prosessen med å søke lånefinansiering ift statsbudsjettet 2019)
- KSK ferdig 05.03.18
- Beslutning om oppstart forprosjekt 26.03.18 (forutsatt at forprosjektet kan starte innenfor HSØ sin egen finansieringsramme, eller at lånefinansiering allerede er klarert ift statsbudsjettet for 2018. Det kan derfor være at selve oppstarten av forprosjekt ikke kan skje før statsbudsjettet 2019 er vedtatt, dvs. ultimo 2019).


Figur 69 Tidsplan

Mange faktorer påvirker fremdriften. De viktigste er:

- Graden av gjenbruk av tilsvarende dokumenter fra andre prosjekter vs. graden av unikhed i dette prosjektet.
- Omfanget av medvirkning.
- Hvor lang tid beslutningene tar fra grunnlaget foreligger til neste fase kan startes.

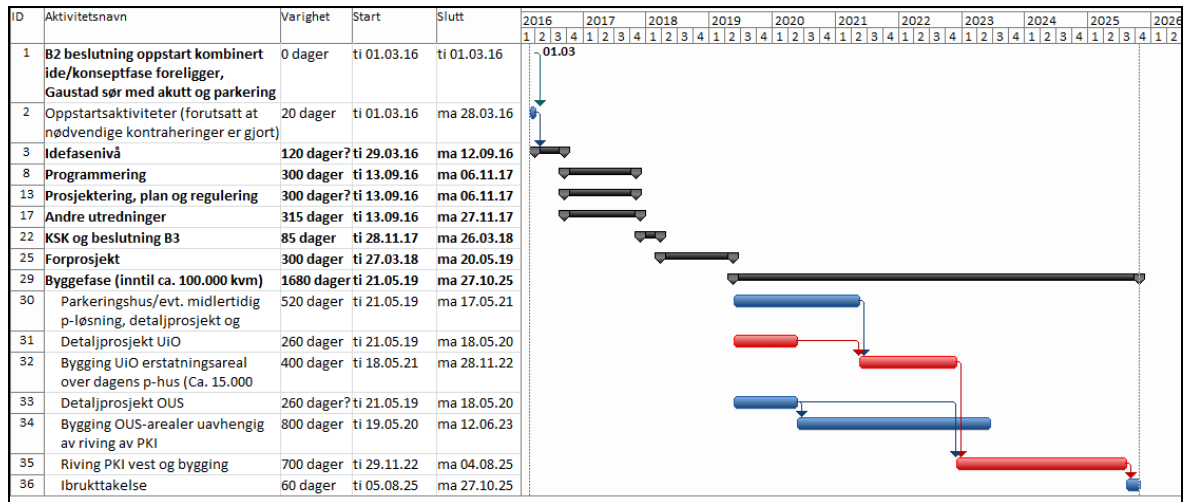
Det er her forutsatt et «normalforløp» basert på omfang og kompleksitet. Dette kan kortes ned ved bevisste valg bl.a. om «utstrakt gjenbruk» fra andre sykehusprosjekter både i programmering og prosjektering, men det kan også ta lenger tid.

Med oppstart forprosjekt i 2018, så vil byggefase kunne starte i 2019 (litt varierende for de ulike investeringstiltakene). Fysisk bygging vil da kunne starte i 2020 (kan være tidligere for utvalgte, avgrensede objekter).

Dersom utredning og behandling av saken om funksjonsfordeling i Oslo sykehusområde betyr endringer i forutsetningene som er lagt til grunn i samlet OUS idéfase, så forutsettes dette fanget opp under den innledende fasen på «idéfasenivå», slik at konsekvensene er avklart før oppstart programmering på konseptfasenivå.

Tentative tidsplaner for hele forløpet «hovedprosjektet»:

Hovedprosjektet – her eksemplifisert gjennom delvis samling (bare overordnet og foreløpig skisse fra forprosjekt til ferdig bygg, der bl.a. plan- og reguleringsmessige forhold, eventuell inndeling i sekvensielle byggetrinn m.v. er vesentlige usikkerhetspunkter).



Figur 70 Tidsplan «hovedprosjektet, 1. etappe (basert på eksempel delvis samling)

Dersom oppstart forprosjekt skjer i etterkant av godkjenning av statbudsjettet for 2019, vil dette bety ca. 8 mnd. senere fullføring enn det som er vist her. Men det kan også være faktorer i gjennomføringen som virker i retning raskere progresjon i byggefase, slik at det er usikkerhet i begge retninger.

For RSA og Radiumhospitalet vises det til tidsplaner i egne idéfaserapporter.

13.11.4 Kvalitetssikring og rapportering

For å kvalitetssikre prosjektet er det for konseptfasen lagt opp rutiner for rapportering og evaluering.

- Regelmessige styringsgruppemøter
- Månedlig skriftlig rapportering av kvalitet, fremdrift og kostnad til styringsgruppen
- Utarbeidelse av usikkerhetsanalyse.

I tillegg kommer etterfølgende KSK.

Forkortelser og begrepsforklaringer

Begrepsforklaringer	
Alternativ 1	0-alternativet
Alternativ 2	Delt løsning (med lokalsykehus, akutt inklusiv multitraume på Ullevål)
Alternativ 3	Delvis samling (samling av regionfunksjoner inklusiv multitraume ved Rikshospitalet sammen med lokalsykehusfunksjoner for tre bydeler). Eget lokalsykehus for tre bydeler og PHA lokaliseres utenfor regionsykehuset).
Lokalsykehus	Betegnelsen på et sykehus OUS kan plassere utenfor regionsykehuset. Lokalsykehuset omfatter her både lokal- og områdefunksjoner (eller tidligere sentralsykehusfunksjoner).
Variant	Begrep som omhandler de ulike typene lokalsykehus som er utredet.
Modell	Begrep som omhandler de ulike måtene man kan organisere kreftvirksomheten på.
Etappe	De investeringstiltakene som foreslås løst i en samlet, koordinert planprosess over en tidsperiode (de neste 6-10 år).
Tomt X	En mulig tomt i Oslo som ikke er konkret valgt eller utredet (basert på en liste over flere ulike alternative tomter og lokaliseringer meddelt fra Oslo kommune).
Forkortelser	
AKE (SSE)	Avdeling for kompleks epilepsi (tidligere Spesialsykehuset for epilepsi (SSE))
BTA	Bruttoareal
BUP	Barne- og ungdomspsykiatri. I rapporten brukes også BUP Sogn som begrep for SSBU (se nedenfor)
CBRNe	Fagområdet CBRNe-medisin omfatter særlig farlige kjemiske stoffer (Chemical), biologiske agens (Biological), radioaktiv stråling (Radiation), kjernefysisk stråling (Nuclear) og deres helseskadelige effekter. Eksponering for CBRN-agens kan skje som følge av ulykker (inkludert eksplosjoner, e - explosives), uhell (f.eks i laboratorium) eller villet spredning (terroranslag) og krever ekstraordinær beredskap og kompetanse for at nødvendig helsehjelp skal kunne ytes og for at innsatspersonell og befolkningen for øvrig skal kunne beskyttes mot skade.
DPS	Distrikt psykiatriske senter. OUS har to DPS, ett på Mortensrud og ett i Nydalen
DS	Diakonhjemmet sykehus
FDV	Forvaltning, drift og vedlikehold
FOU	Forskning og utdanning
HSØ	Helse Sør-Øst
KD	Kunnskapsdepartementet
KPS	Kompetansesenter sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri
LDS	Lovisenberg diakonale sykehus
OCCI	Oslo Cancer Cluster Innovasjonspark
PHA	Psykisk helse og avhengighet
PKI	Preklinisk institutt, også kalt Domus Medica. Bygg som eies av Universitetet, og som ligger på Gaustad mellom Rikshospitalet og Ringveien
PUA	Avdeling psykisk utviklingshemming og autisme.
RAD el. Radium	Radiumhospitalet
RH	Rikshospitalet
RHF	Regionalt helseforetak
RSA	Regional sikkerhetsavdeling <i>RSA med tilgrensede funksjoner</i> brukes som betegnelse for samlokalisering av RSA, PUA, lokal sikkerhet og KPS
SSBU	Sogn senter for barne- og ungdomspsykiatri
UiO	Universitetet i Oslo
US	Ullevål sykehus

Vedlegg:

Trykte vedlegg

- Vedlegg 1 Revidert idéfase Regional sikkerhetsavdeling med tilgrensende funksjoner
- Vedlegg 2 Idéfase for Radiumhospitalet
- Vedlegg 3 Delrapport fysiske løsninger

Utrykte vedlegg

- Vedlegg 4 Idéfase del 1, versjon 2.0 mai 2015
- Vedlegg 5 Delrapport om kreftområdet, versjon 1.0, oktober 2015
- Vedlegg 6 Delrapport om lokalsykehus, versjon 1.0, 31.8.2015
- Vedlegg 7 Delrapport om etappevis utvikling, versjon 1.0, 12.10.2015
- Vedlegg 8 Delrapport: Revidert beskrivelse og etappevis utvikling av Alt. 2, delt løsning, versjon 1.0, 24.11.2015
- Vedlegg 9 Areal- og økonomianalyser
- Vedlegg 10 Interessentanalyse, august 2015
- Vedlegg 11 Verdiestimat eiendomsportefølje, november 2015



FRAMTIDENS OUS, IDÉFASE

KONKRETISERING ETTER HØRING
VEDLEGG 3 - DELRAPPORT FYSISKE LØSNINGER

DESEMBER 2015
VERSJON 1.0



Framtidens OUS, idéfase

INNHold

VIDERE ARBEID MED FYSISKE LØSNINGER I TILLEGSUTREDNINGEN	3
Mulighetsstudier for RSA	4
Nytt klinikkbygg for Radiumhospitalet	6
BYGGETILTAK I 0-ALTERNATIVET	9
Radiumhospitalet i 0-alternativet	10
Ullevål sykehus i 0-alternativet	12
Aker sykehus i 0-alternativet	14
Rikshospitalet og Gaustad sykehus i 0-alternativet	16
NYE BYGG I ALTERNATIV 2 - DELT LØSNING	19
Ullevål sykehus i delt løsning	20
Gaustadområdet i delt løsning	24
Mulige 1. etapper i delt løsning	32
FYSISK LØSNING FOR ALTERNATIV 3 - DELVIS SAMLING	37
Lokalsykehus på Aker sykehus	38
Lokalsykehus på Tomt "X"	49
Lokalsykehus på Ullevål sykehus i delvis samling	59
Regionsykehus på Gaustad	63
Erstatningsarealer for UiO	74
Lokk over Ringveien	76
Landskap Gaustad	78
Byutvikling på Ullevål	97

VIDERE ARBEID MED FYSISKE LØSNINGER I TILLEGGSUTREDNINGEN

► Oversikt OUS idag

Tilleggsutredningene gjennomført i idéfasen etter høringsprosessen har påvirket innhold og omfang i mulige fysiske løsninger for fremtidens OUS i betydelig grad. Løsninger skissert tidligere i idéfasen ble derfor lagt til side eller måtte gjennom omfattende revurdering for å kunne gi gode svar på resultater og funn fra utredningene om lokalsykehus, kreftområdet, etappevis utvikling og revidert Alternativ 2-delt løsning.

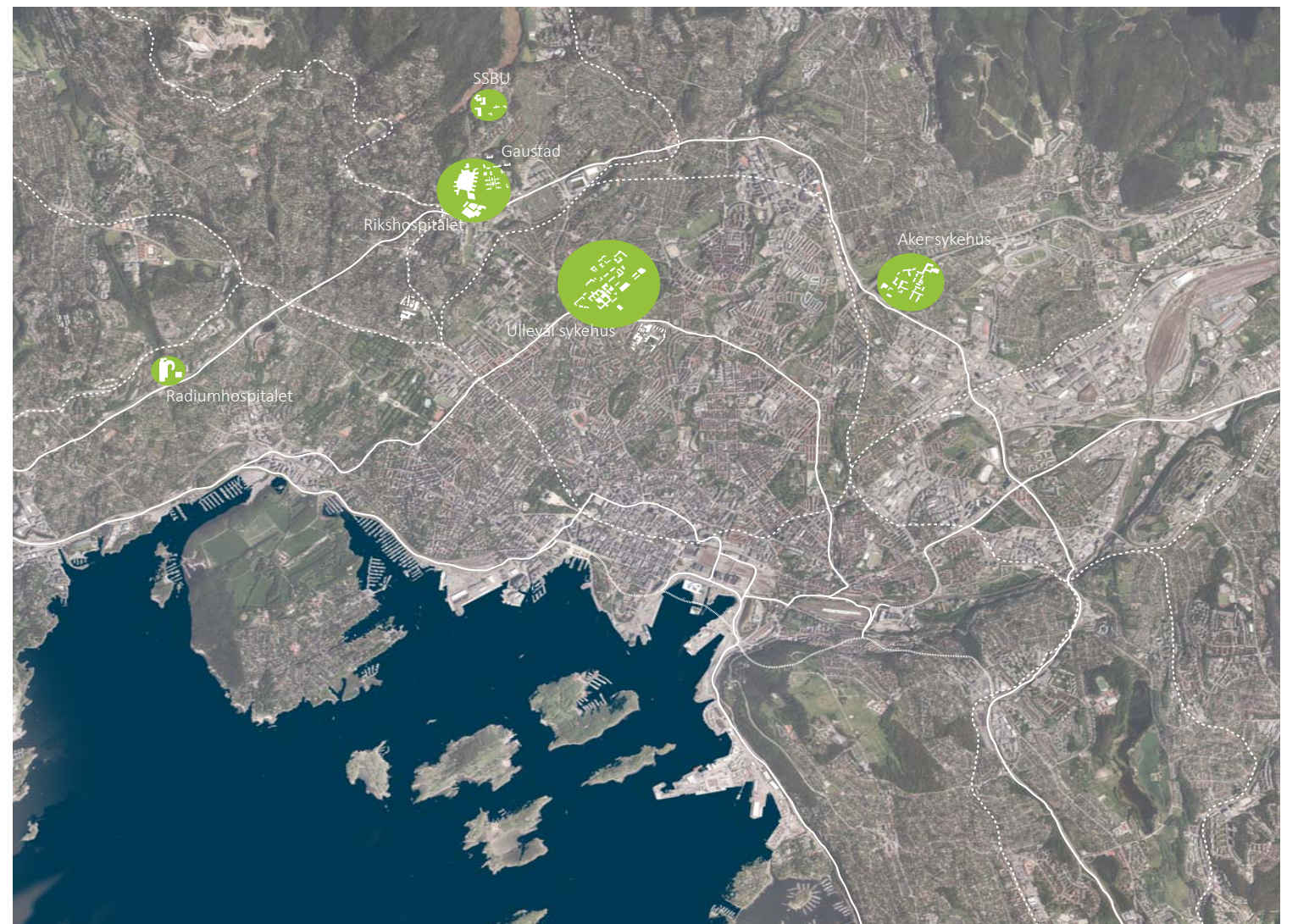
Parallelt med disse utredningene ble det gjennomført en forsterket kommunikasjonsprosess med viktige eksterne parter som Plan- og bygningsetaten i Oslo kommune, Statens vegvesen, Byantikvaren og Riksantikvaren som tydeliggjorde muligheter og begrensninger i en fremtidig utvikling av bygningsmassen til OUS i de tre hovedalternativene.

Som bidrag i egne idéfaseprosesser ble det i tillegg utredet mulighetsstudier for plassering av RSA med tilgrensende funksjoner (RSA/PUA) samt et forslag for et nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet. Sidstnevnte er utarbeidet fra et privat initiativ, og ble vurdert videre i forhold til funn i utredningen om kreftområdet.

Det samlede bildet for mulige fysiske løsninger for fremtidens OUS har derfor forandret seg betydelig gjennom konkretiseringen etter høringsprosessen og skisseres derfor på nytt i dette vedlegget. Det påpekes at de presenterte bygningsmessige løsninger fremdeles må anses som mulighetsstudier og overordnede skisser, men totalt sett har løsningene modnet og fremstår generelt mer robust i forhold til en mulig gjennomføring i alle hovedalternativene.

Tiltaket om å etablere ny regional sikkerhetsavdeling og tilhørende funksjoner er inkludert både i 0-alternativet, Alternativ 2 – delt løsning og Alternativ 3 – delvis samling og vises derfor separat. I likhet med RSA/PUA er også et nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet inkludert i flere av hovedalternativene, Alternativ 2 – delt løsning og Alternativ 3 – delvis samling.

Ellers er beskrivelsen av fysiske løsninger strukturert slik at det tegnes et mulig mål bilde for hvert av hovedalternativene.



VIDERE ARBEID MED FYSISKE LØSNINGER I TILLEGGSUTREDNINGEN - MULIGHETSSTUDIER FOR REGIONAL SIKKERHETSAVDELING MED TILGRESENDE FUNKSJONER (RSA/PAU)

4

Idéfasearbeidet for RSA og tilgrensende funksjoner er dokumentert i et eget idéfasedokument. Et av hovedspørsmålene i idéfasen er spørsmålet om mulig lokalisering for en slik virksomhet. I tillegg til et 0-alternativ for RSA/PUA ble det analysert og vurdert i alt 13 ulike løsninger / plasseringsalternativer med utgangspunkt i et nødvendig bruttoareal på omtrent 15 000 m² på 4 forskjellige tomteområder:

- 5 mulige plasseringer på Dikemark, Asker kommune
- 3 mulige løsninger på Gaustad,
- 2 mulige plasseringer ved Ila-fengsel i Bærum kommune og
- 2 mulige løsninger på SSBU i Sognsvannsveien i Oslo.

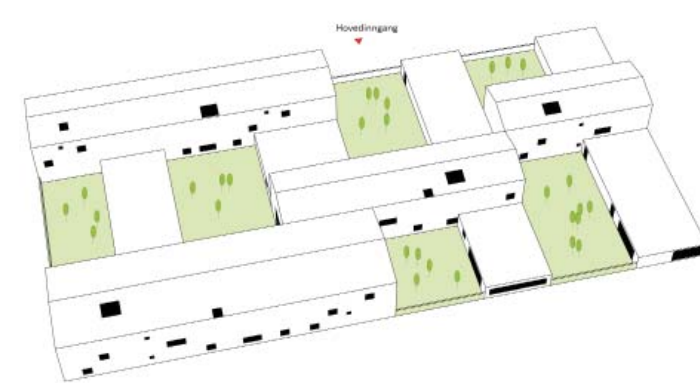
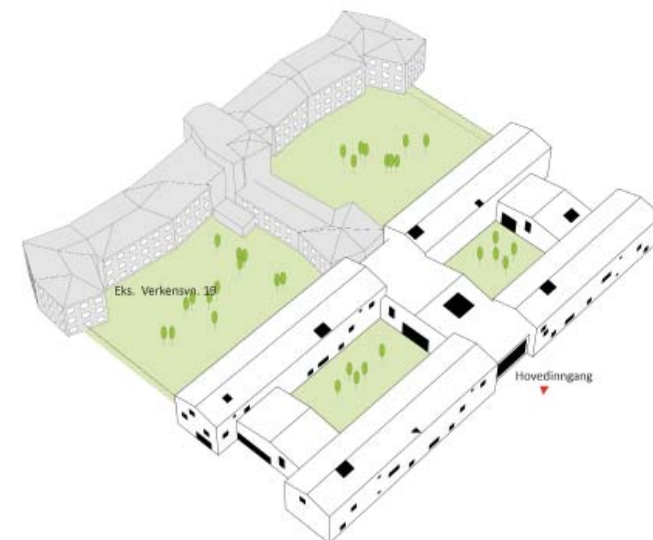
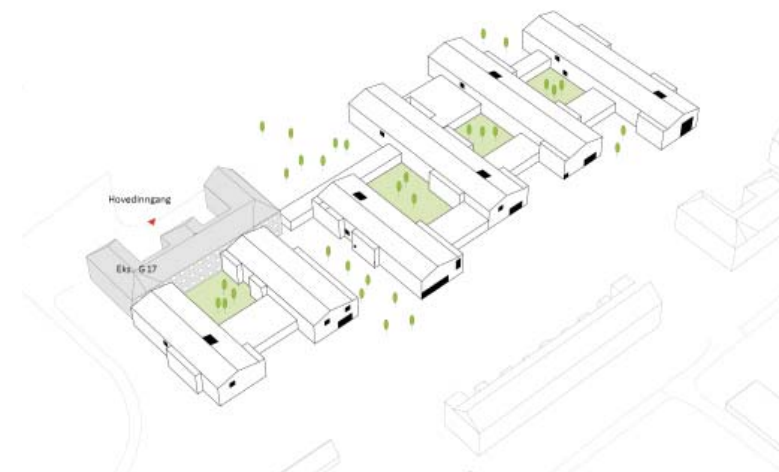
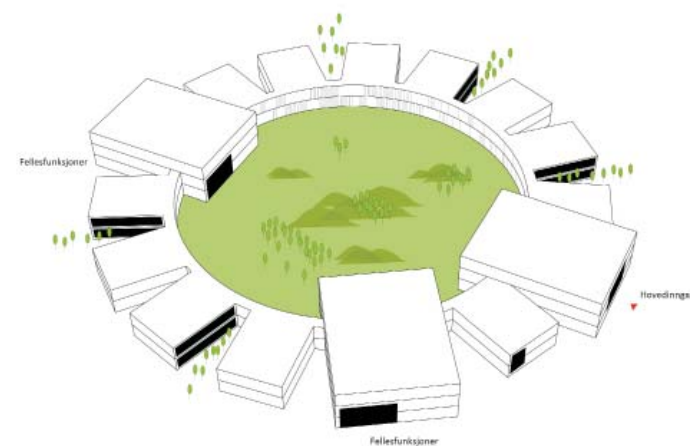
De virksomhetsmessige utredningene som foregikk parallelt i idéfasen konkluderte til slutt med et anbefalt bruttoareal på omtrent 18 000 m² for funksjonen. I tillegg ble det formulert en del føringer for utformingen av hensiktsmessige bygg.

Som grunnlag for utredningene om de fysiske løsningene har man sett på 2 sammenlignbare eksempler for nybygg fra Sverige:

- Et nytt anlegg for psykisk helsevern på Brinkåsen (Västra Götalandsregionen) med 54 plasser for «rättsspsykiatri» og 28 allmenplasser og
- Et nytt anlegg på Rågården (også Västra Götalandsregionen) med i alt 96 plasser for et lignende virksomhet

Etter evaluering i prosjektgruppen anbefales det i tillegg til nullalternativet at følgende løsninger videreføres til konseptfasen:

1. Ila Syd
2. Dikemark Verkensveien 19, alt 1 – Nybygg
3. Gaustad Nord



◀ Illustrasjon, RSA konsept på Dikemark (Verkensveien alt.1)

◀◀ Illustrasjon, RSA konsept for tomt på Gaustad nord

◀◀◀ Illustrasjon, RSA konsept for tomt 2 på Dikemark (Verkensveien alt. 2)

◀◀◀ Illustrasjon, RSA konsept for tomt 2 på Ila syd



► Oversiktskart, studerte mulige tomter for plassering av RSA



RADIUMHOSPITALET

6 I Idefasen for Radiumhospitalet anbefales det å gå videre til konseptfase med to alternativer. Det første alternativet er "0-alternativet" som innebærer å drifte videre i dagens bygg, men at disse oppgraderes og ombygges for å understøtte drift. Det andre alternativet er å etablere et nybygg som erstatter deler av dagens bygningsmasse, og oppgradere gjenværende arealer som er nødvendige for en helhetlig løsning. Begge alternativer forutsetter å være arealmessig tilstrekkelige til å understøtte alle foreslåtte virksomhetsmodeller. Begge alternativer forutsetter riving av eksisterende bygningsmasse i samme omfang. I tillegg står tre virksomhetsmodeller videreføres til konseptfasen. Valg mellom disse skal avklares som en del av arbeidet i konseptfasen.

Ut fra en samlet evaluering av begge bygg-alternativene, og basert på den kunnskapen som nå foreligger, fremstår alternativet med nybygg som langt bedre enn 0-alternativet. Det er en rekke argumenter for dette og disse er omtalt i idéfaserapporten for Radiumhospitalet.

I denne delrapporten vises mulige fysiske løsninger. Null-alternativet på Radiumhospitalet er vist i avsnittet om Null-alternativet for hele OUS lenger bak i delrapporten. For nybygg-alternativet vises det her resultatet av et skisseprosjekt gjennomført av et privat initiativ for et nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet.

Et nybygg er ønskelig av flere grunner. De viktigste er dårlig bygningmessig standard og nedslitte tekniske anlegg. For pasienter og ansatte på Radiumhospitalet er det viktig at sykehuset får moderne og robuste bygg for videre utvikling av virksomheten.

Det er lite trolig at ombygging av dagens bygningsmasse vil gi robuste løsninger, og anbefalingen er å bygge et nytt klinikkbygg som erstatter deler av dagens bygningsmasse og som utgjør størstedelen av arealene der pasientbehandlingen foregår. Selve skisseprosjektet benyttes som eksempel på hva og hvordan et nytt klinikkbygg vil kunne se ut.

Skissene og tilhørende planløsninger med beskrivelse er utarbeidet i samarbeid med representanter fra virksomheten ved Radiumhospitalet.

Et nytt klinikkbygg er forutsatt å kunne romme følgende funksjoner som erstatning for bygg;

- Alle døgnsenger i A og B bygg (hotell kommer i tillegg)
- Alle poliklinikkrom i dagens D bygg
- All billediagnostikk
- All dag-/cellegiftbehandling
- Alle operasjonsstuer
- Noen forskningskontorer
- En del av kontorbehov
- Kantine og vestibyleareal

I enkelthet kan det sies at et nytt klinikkbygg, slik det er skissert, erstatter dagens A, B og D bygg samt deler av funksjonalitet i C. Det er lagt opp til at alle døgnsenger legges til enerom, noe som vil bety en vesentlig forbedring av forholdene for pasientene sammenlignet med i dag.

Det er lagt til grunn at det som er utarbeidet i skisseprosjekt er mer enn tilstrekkelig for idéfasearbeidet og at det i tillegg er

dekkende for deler av konseptfase. Det er først i konseptfasen man skal bestemme seg for hvilken virksomhetsmodell som faktisk skal legges til grunn og hvilke arealer man da skal dimensjonere etter.

Sett i forhold til det totale behovet for arealer ved Radiumhospitalet er følgende ikke medtatt i skissene til det nye klinikkbygget.

- Pasienthotell – beholdes i eksisterende bygg
- Strålebehandling forutsettes delvis beholdt i eksisterende bygg og mulig erstattet i annet bygg (hovedsakelig C bygget, men også noe J)
- Forskningsbygget forutsettes videreført (J bygget)
- Videre leie av lokaler i OCCI legges til grunn og funksjoner som er vedtatt flyttet dit inngår ikke i øvrig bygningsmasse
- Protonsenter forutsette løst i eget bygg og er i sin helhet holdt utenfor alle beskrivelser

Selve C bygget har også behov for oppgraderinger og stabilisering uansett om det flyttes virksomhet til nytt klinikkbygg eller ikke. Det er lagt inn ombyggingskostnader i 0-alternativet og disse forutsettes å være mer enn dekkende for rehabilitering av C bygget dersom nytt klinikkbygg realiseres.

Tilsvarende gjelder F bygget. Dette er i hovedsak beregnet til kontorisering og administrative funksjoner, men det er mulig at det også er behov for å innlemme andre funksjoner. Også her er de ombyggingsestimater som er lagt inn i 0-alternativet forutsatt å være tilstrekkelige.



► Illustrasjon,
nytt klinikkbygg på
Radiumhospitalet



BYGGETILTAK I 0-ALTERNATIVET

I 0-alternativet er det totale omfanget av tiltak i forhold til tidligere utredning stort sett uforandret og det ble med unntak av RSA heller ikke gjennomført nærmere studier rundt plassering av eventuelle nybygg på de forskjellige lokalisasjoner. Det er gjort en gjennomgang av de bygningsmessige tiltak i 0-alternativet i forhold til lånesøknaden om å lukke avvik i eksisterende bygg og i forhold til en etappevis gjennomføring.

Omfanget av tiltak i en 1. etappe ble redusert og tiltak skjøvet til senere etapper for å kunne forholde seg til en antydning av finansiell ramme for en første etappe.

Viste tiltak i 0-Alternativet er resultat av en overordnet tilnærming og kan ikke forstås som konkrete planlagte byggetiltak. I tilfelle at 0-Alternativet blir gjennomføringsvalget for framtidens OUS, må etappe inndeling og samlet tiltaksomfang gjennomgås på nytt.

► Oversiktskart, lokalisasjoner som inngår i 0-alternativet.



SSE -Statens Senter for Epilepsi (Bærum)



Dikemark sykehus (Asker)



RADIUMHOSPITALET I 0-ALTERNATIVET

10 I 0-alternativet forutsettes det at dagens arealer kan yte kapasitet tilsvarende dagens aktivitetsnivå, og at 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. For Radiumhospitalet dreier dette seg om leide arealer i OCCI-bygget i hovedsak knyttet til patologi og laboratorievirksomhet.

0-alternativet skiller seg fra de øvrige alternativene ved at vesentlig mer av eksisterende areal vil bli benyttet i fremtiden, i bygninger som gir lavere arealutnyttelse enn man ville få i nybygg.

Omfang og tiltak i Nullalternativet på Radiumhospitalet kan sammenfattes slik:

Etappe 1:

- Nybygg erstatning Radiumhospitalet, bygg D, 2 530 kvm
- Rokeringsbygg 4 500 kvm (45 % av 10 000 kvm)
- Ombygging, middels, bygg C og F, 50 % av 24 600 kvm
- Ombygging, høy, bygg I og AB, 50 % av 30 000 kvm
- Riving av G, H, E og D, 14 000 kvm

Etappe 2:

- Ombygging, middels, bygg C og F, 50 % av 24 600 kvm
- Ombygging, høy, bygg I og AB, 50 % av 30 000 kvm

Etappe 3:

- Teknisk oppgradering, Bygg J + K, 42 500 kvm

Samlet real areal blir omtrent 104 000 kvm (ned fra dagens 110 500 kvm). Det er gjort følgende endringer i 0-alternativet

sammenlignet med idéfaserapport 2.0:

- Det er inkludert kostnader til et brystsentert.
- Omfang av rokeringsbygg er økt fra 2 500 kvm til 4 500 kvm
- Tiltak som inngår i separat lånesøknad, for å lukke myndighetspålagte avvik, er tatt ut forutsatt at disse gjennomføres som planlagt

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 pr pasientrom, våtromsdekning, antall rom for støttefunksjoner etc. En betydelig andel av lokalene vil dermed fortsatt ha mangler i forhold til behov og standard vil blitt lagt til grunn i et nybygg.

Gammel infrastruktur og tekniske 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 henhold til pålegg fra tilsynsmyndigheter forutsettes gjennomført. OUS har utarbeidet planer for å ivareta slike pålegg, særlig når det gjelder arbeidsmiljø, brannsikring og el-forsyning. Dette inngår i den tekniske oppgraderingen.

Lokaler som ombygges vil få bedret funksjonell egnethet til medisinsk virksomhet. Utover dette vil teknisk oppgradering gi bedre innemiljø og hygieneforhold samt triveligere lokaler. Så godt som all eksisterende bygningsmasse vil ha behov for teknisk oppgradering eller ombygging.

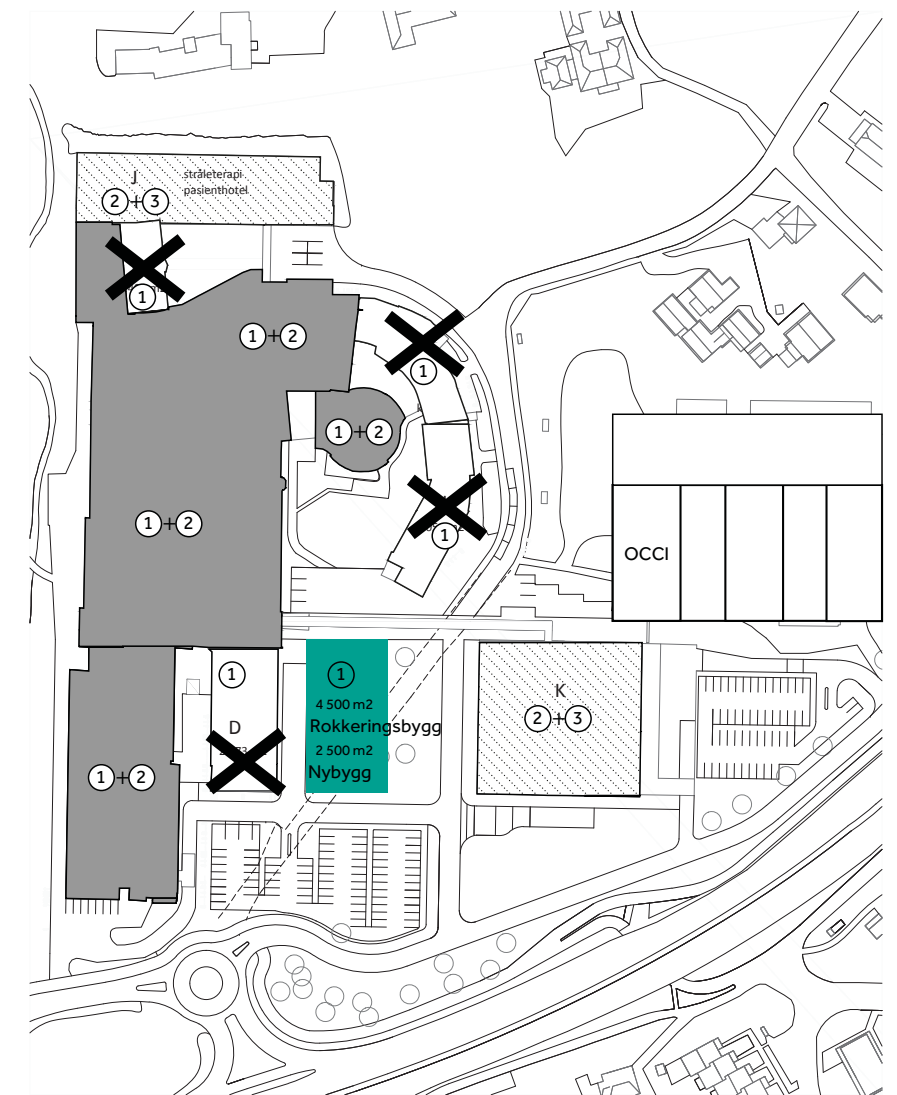
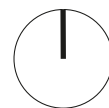


- Oversiktskart teknisk tilstand, Radiumhospitalet
- Oversiktskart tiltak, Radiumhospitalet i 0-Alternativet



Teknisk Tilstand

God
Akseptabel
Dårlig
Svært dårlig



Tiltak

- Teknisk Oppgradering
- Ombygging
- Nybygg
- Nybygg, ikke avklart lokalisering
- ⊗ Etappe
- ✕ Riving



ULLEVÅL SYKEHUS I 0-ALTERNATIVET

12 Omfang på Null-alternativet tar utgangspunkt i kartlegging av teknisk tilstand gjennomført og oppdatert i 2010 og 2014 og kan sammenfattes slik:

Etappe 1:

- Nybygg somatikk 28 875 kvm (75 % av 38 500)
- Rokeringsbygg 5 500 kvm (55 % av 10 000 kvm)
- Ombygging, middels, bygg 3, 7, 18, 19, 20, 21, 50 % av 68 000 kvm
- Teknisk oppgradering Ullevål sykehus, 50 % av 162 000 kvm
- Riving bygg 46, 3 700 kvm

Etappe 2:

- Nybygg FOU i eget bygg 10 000 kvm (halvparten av 20 000 kvm)
- Ombygging, høy, bygg 30, 31, 32, 35, 1, 2, 38 000 kvm
- Ombygging, lav, bygg 25, 20 000 kvm
- Ombygging, middels, bygg 3, 7, 18, 19, 20, 21, 50 % av 68 000 kvm
- Teknisk oppgradering Ullevål sykehus, 50 % av 162 000 kvm

Etappe 3:

- Nybygg somatikk 28 875 kvm (75 % av 38 500)

Samlet real areal blir 372 700 kvm (opp fra dagens 285 600). Det er gjort følgende endringer i 0-alternativet sammenlignet med idéfaserapport 2.0:

- Tiltak som inngår i lånesøknaden, er tatt ut forutsatt at disse gjennomføres som planlagt
- 50 % av ombyggingsbehov og behov for teknisk oppgradering er skjøvet til etappe 2
- Nybygg FOU er skjøvet til etappe 2

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 pr pasientrom, våtromsdekning, antall rom for støttefunksjoner etc. En betydelig andel av lokalene vil dermed fortsatt ha mangler i forhold til behov og standard vill blitt lagt til grunn i et nybygg.

Gammel infrastruktur og tekniske 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. Dette inngår i den tekniske oppgraderingen.

Lokaler som ombygges vil få bedret funksjonell egnethet til medisinsk virksomhet. Utover dette vil teknisk oppgradering gi bedre innemiljø og hygieneforhold samt triveligere lokaler. Så godt som all eksisterende bygningsmasse vil ha behov for teknisk oppgradering eller ombygging.



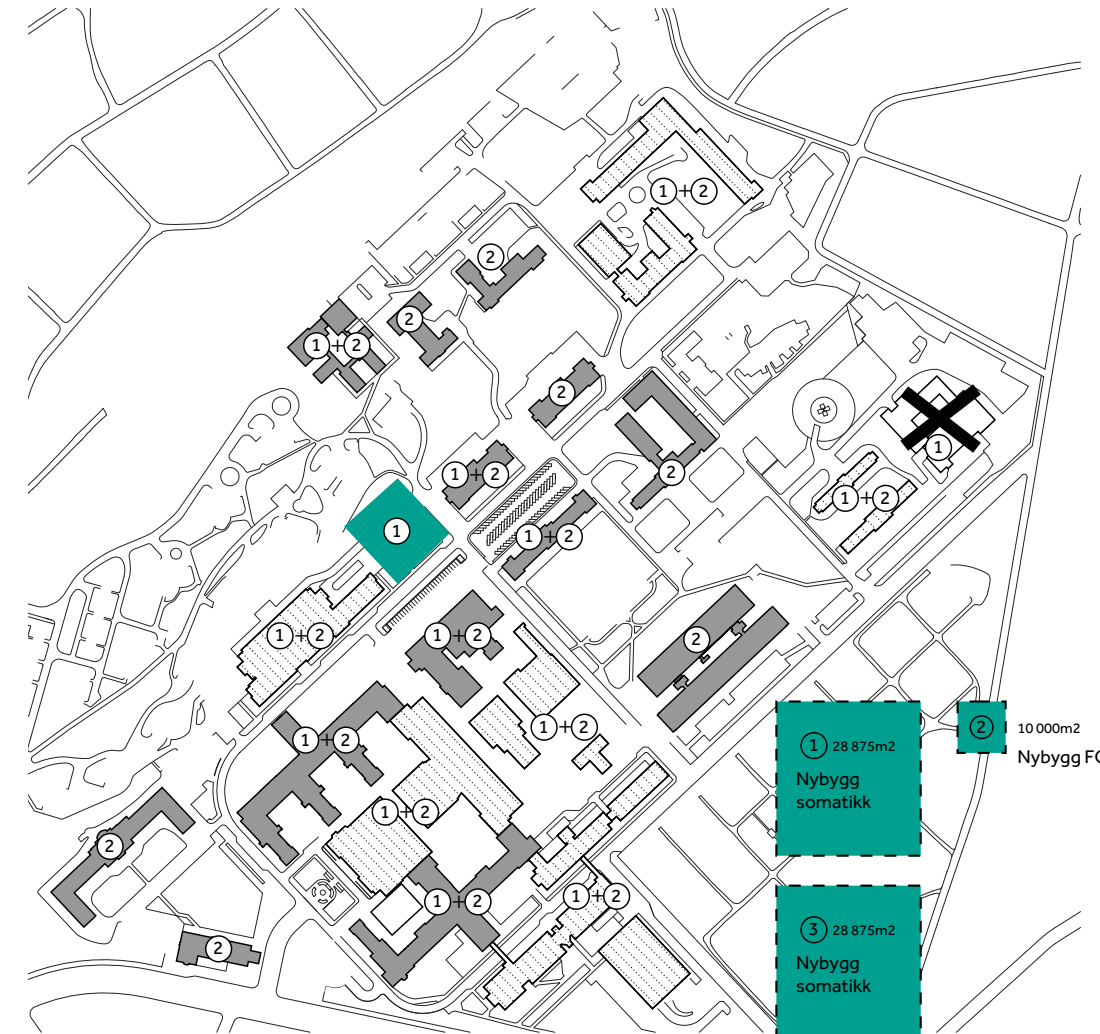
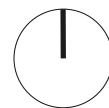
- Oversiktskart teknisk tilstand, Ullevål sykehus
- Oversiktskart tiltak, Ullevål sykehus i 0-Alternativet



36

Teknisk Tilstand

God
Akseptabel
Dårlig
Svært dårlig



13

Tiltak

- Teknisk Oppgradering
- Ombygging
- Nybygg
- Nybygg, ikke avklart lokalisering
- Etappe
- Riving

1 28 875m²
Nybygg somatikk

2 10 000m²
Nybygg FOU

3 28 875m²
Nybygg somatikk



AKER SYKEHUS I 0-ALTERNATIVET

14 Omfang på Null-alternativet tar utgangspunkt i kartlegging av teknisk tilstand gjennomført og oppdatert i 2010 og 2014 og kan sammenfattes slik:

Etappe 1:

- Ombygging, høy, bygg 1 og 3- 3 700 kvm

Etappe 2:

- Ombygging, middels, bygg 4, 5, 6, 20, 21, 22- 38 300 kvm
- Ombygging, lav, bygg 2, 8, 40, 41- 14 000 kvm
- Teknisk oppgradering

Etappe 3:

- Ingen tiltak

Samlet real areal blir 71 300 kvm (ned fra dagens 94 000). Det er gjort følgende endringer i 0-alternativet sammenlignet med idéfaserapport 2.0:

- Tiltak som inngår i lånesøknaden, er tatt ut forutsatt at disse gjennomføres som planlagt
- Med unntak av ombygging av bygg 1 og 3 er alt ombygging skjøvet ut til etappe 2

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 pr pasientrom, våtromsdekning, antall rom for støttefunksjoner etc. En betydelig andel av lokalene vil dermed fortsatt ha mangler i forhold til behov og standard vill blitt lagt til grunn i et nybygg.

Gammel infrastruktur og tekniske 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. Dette inngår i den tekniske oppgraderingen.

Lokaler som ombygges vil få bedret funksjonell egnethet til medisinsk virksomhet. Utover dette vil teknisk oppgradering gi bedre innemiljø og hygieneforhold samt triveligere lokaler. Så godt som all eksisterende bygningsmasse vil ha behov for teknisk oppgradering eller ombygging.

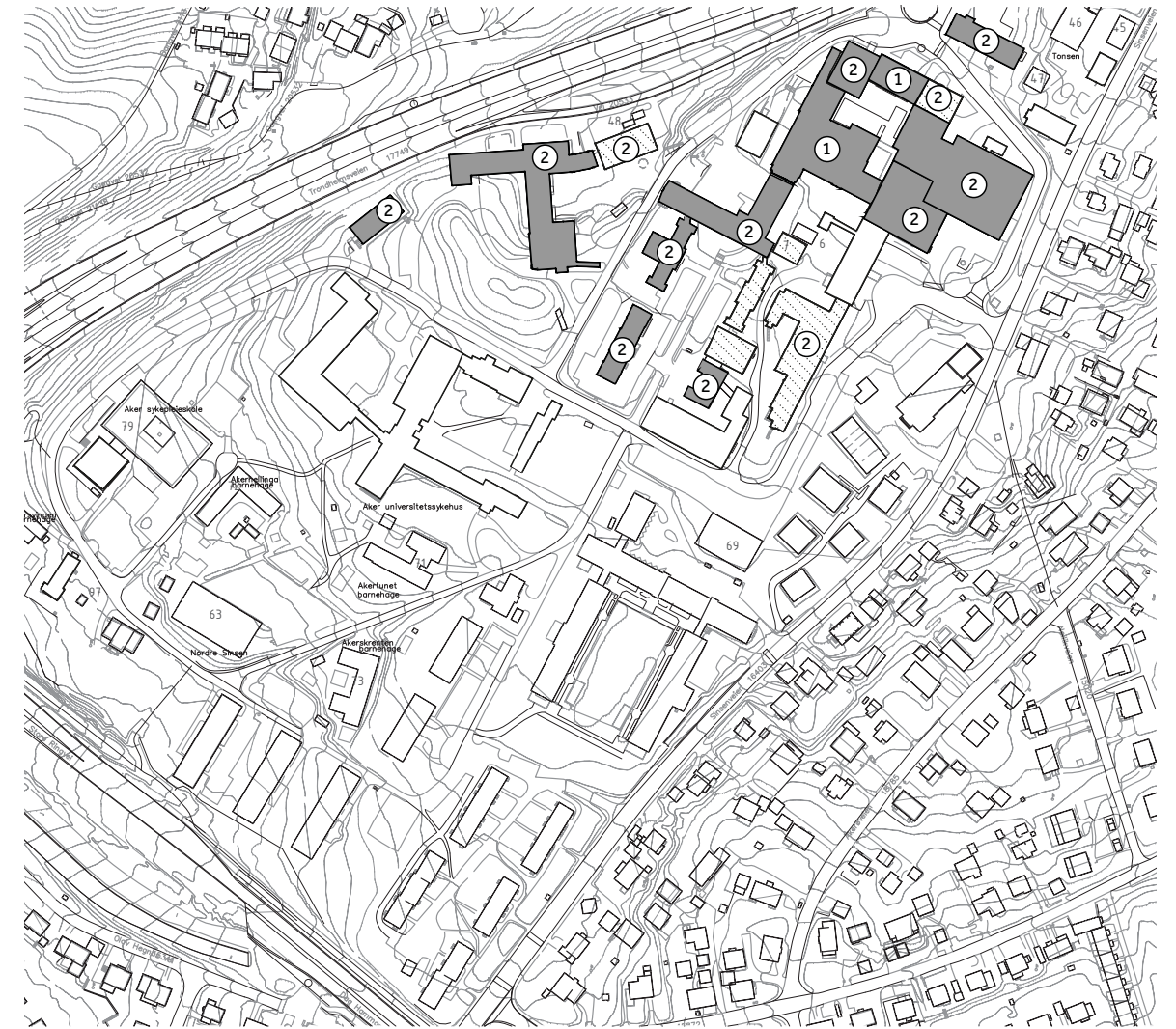


- Oversiktskart teknisk tilstand, Aker sykehus
- Oversiktskart tiltak, Aker sykehus i 0-Alternativet



Teknisk Tilstand

God
Akseptabel
Dårlig
Svært dårlig



Tiltak

- Teknisk Oppgradering
- Ombygging
- Nybygg
- Nybygg, ikke avklart lokalisering
- ⊗ Etappe
- ✕ Riving



RIKSHOSPITALET OG GAUSTAD SYKEHUS I 0-ALTERNATIVET

- 16 Omfang og tiltak på Rikshospitalet kan sammenfattes slik:
- Etappe 1:
- Nybygg somatikk 9 625 kvm (25 % av 38 500)
- Etappe 2:
- Teknisk oppgradering av 176 000 kvm
 - Nybygg FOU i eget bygg 10 000 kvm (halvparten av 20 000 kvm)
- Etappe 3:
- Nybygg somatikk 9 625 kvm (25 % av 38 500)
- Samlet real areal på Rikshospitalet blir 205 000 kvm (opp fra dagens 176 000 kvm). I tillegg er det forutsatt fortsatt leie av areal i Forskningsveien (19 000 kvm). Det er gjort følgende endringer i 0-alternativet sammenlignet med idéfaserapport 2.0:
- Nybygg FOU er skjøvet til etappe 2
- Omfang og tiltak på Gaustad sykehus kan sammenfattes slik:
- Etappe 1:
- Nyetablering av RSA og tilgrensende funksjoner et ennå ikke bestemt sted- eventuelt på Gaustad
- Etappe 2:
- Ombygging, middels, Gaustad sykehus, 19 500 kvm
 - Ombygging, høy, Gaustad sykehus, 9 000 kvm
 - Teknisk oppgradering, 12 000 kvm
- Etappe 3
- Ingen tiltak
- Samlet real areal på Gaustad sykehus forblir på dagens nivå (40 500 kvm). Eventuelt etablering av RSA og tilhørende funksjoner på Gaustad kan komme i tillegg. Det er gjort følgende endringer i 0-alternativet sammenlignet med idéfaserapport 2.0:

- Tiltak som inngår i lånesøknaden, anslagsvis 80 % av 720 mill. kroner, er tatt ut forutsatt at disse gjennomføres som planlagt
- All ombygging og teknisk oppgradering utover disse er skjøvet til etappe 2

Andre lokaliseringer i 0-Alternativet

Sognsvannsveien (SSBU), Statens senter for epilepsi (SSE) i Sandvika og Dikemark videreføres som lokasjoner i Nullalternativet. Følgende tiltak er planlagt på disse:

Sognsvannsveien SSBU:

Etappe 1

- Ombygging, høy Sognsvannsveien 59 og 63, 2 500 kvm

Etappe 2

- Teknisk oppgradering resterende bygg i Sognsvannsveien, 3 250 kvm
Det er ikke planlagt tiltak i Etappe 3. Samlet areal er 5 750 kvm (uendret).

Statens senter for epilepsi (SSE):

Etappe 1

- Ombygging, middels SSE (Bygg M), 800 kvm

Etappe 2

- Teknisk oppgradering, 17 500 kvm
Det er ikke planlagt tiltak i Etappe 3. Samlet areal blir 18 300 kvm (opp fra dagens 17 600).

Dikemark:

Etappe 1:

- Nyetablering av RSA og tilhørende funksjoner et ennå ikke bestemt sted- eventuelt på Dikemark

Etappe 2:

- Teknisk oppgradering av 25 000 kvm
- Ombygging, lav, 10 500 kvm

Det er ikke planlagt tiltak i Etappe 3. Samlet areal blir 35 500 kvm (ned fra dagens 75 500). Eventuelt nyetablering av RSA og tilhørende funksjoner på Dikemark kan komme i tillegg. Det er gjort følgende endringer i 0-alternativet sammenlignet med idéfaserapport 2.0:

- Tiltak som inngår i lånesøknaden, er tatt ut forutsatt at disse gjennomføres som planlagt
- All ombygging og teknisk oppgradering utover disse er skjøvet til etappe 2

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 pr pasientrom, våtromsdekning, antall rom for støttefunksjoner etc. En betydelig andel av lokalene vil dermed fortsatt ha mangler i forhold til behov og standard vill blitt lagt til grunn i et nybygg.

Gammel infrastruktur og tekniske 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. Dette inngår i den tekniske oppgraderingen.

Lokaler som ombygges vil få bedret funksjonell egnethet til medisinsk virksomhet. Utover dette vil teknisk oppgradering gi bedre innemiljø og hygieneforhold samt triveligere lokaler. Så godt som all eksisterende bygningsmasse vil ha behov for teknisk oppgradering eller ombygging.

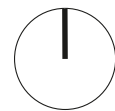


- Oversiktskart teknisk tilstand, Rikshospitalet og Gaustad sykehus
- Oversiktskart tiltak, Rikshospitalet og Gaustad sykehus



Teknisk Tilstand

God
Akseptabel
Dårlig
Svært dårlig



Tiltak

- Teknisk Oppgradering
- Ombygging
- Nybygg
- Nybygg, ikke avklart lokalisering
- ⊗ Etappe
- ✕ Riving

- ① 18 000m²
RSA
ikke avklart
lokalisering
- ② 10 000m²
FOU
ikke avklart
lokalisering
- ③ 9 625m²
Nybygg Somatikk
ikke avklart
lokalisering

NYE BYGG I ALTERNATIV 2 - DELT LØSNING

► Oversiktskart OUS i alternativ 2- delt løsning



ULLEVÅL SYKEHUS - DELT LØSNING

20 Utredningen i forhold til en ny tilnærming til Alternativ 2 – delt løsning, der traumesenteret skal bli liggende på Ullevål sykehus, har resultert i en ny arealfordeling mellom Gaustad og Ullevål. Samtidig reduseres fremtidig arealbehov på Gaustad ytterlig med at Radiumhospitalet får nytt klinikkbygg og de beste og viktigste delene av bygningsmassen der består videre. Dette fører til at det i den nye delte løsningen sannsynligvis kan etableres fysiske løsninger på Gaustad som hverken krever et lokk over Ring 3 eller riving av deler av Domus Medica som eies av UiO. Til gjengjeld blir den nødvendige utbyggingen på Ullevål sykehus mer omfattende og kompleks enn tidligere antatt en i delt løsning.

For en etappevis etablering av målbildet i Alternativ 2 – delt løsning- ble det utarbeidet to prinsipielt ulike muligheter for en første utbyggingsetappe. Utbyggingen i Alternativ 2 kan enten starte på Gaustad med en utbygging for kvinner, barn og fødsler som skal flytte fra Ullevål sykehus eller på Ullevål med en trinnvis prosess som fører til erstatning av dagens Bygg 3. For gjennomføringen generelt kan en start på Gaustad har en del fordeler, men en start på Ullevål vil sannsynligvis føre til nye bygg på Ullevål raskere.



◀ Illustrasjon, utbygging av Ullevål delt løsning



► Oversikt over Ullevål sykehus, byantikvarens "gule liste"

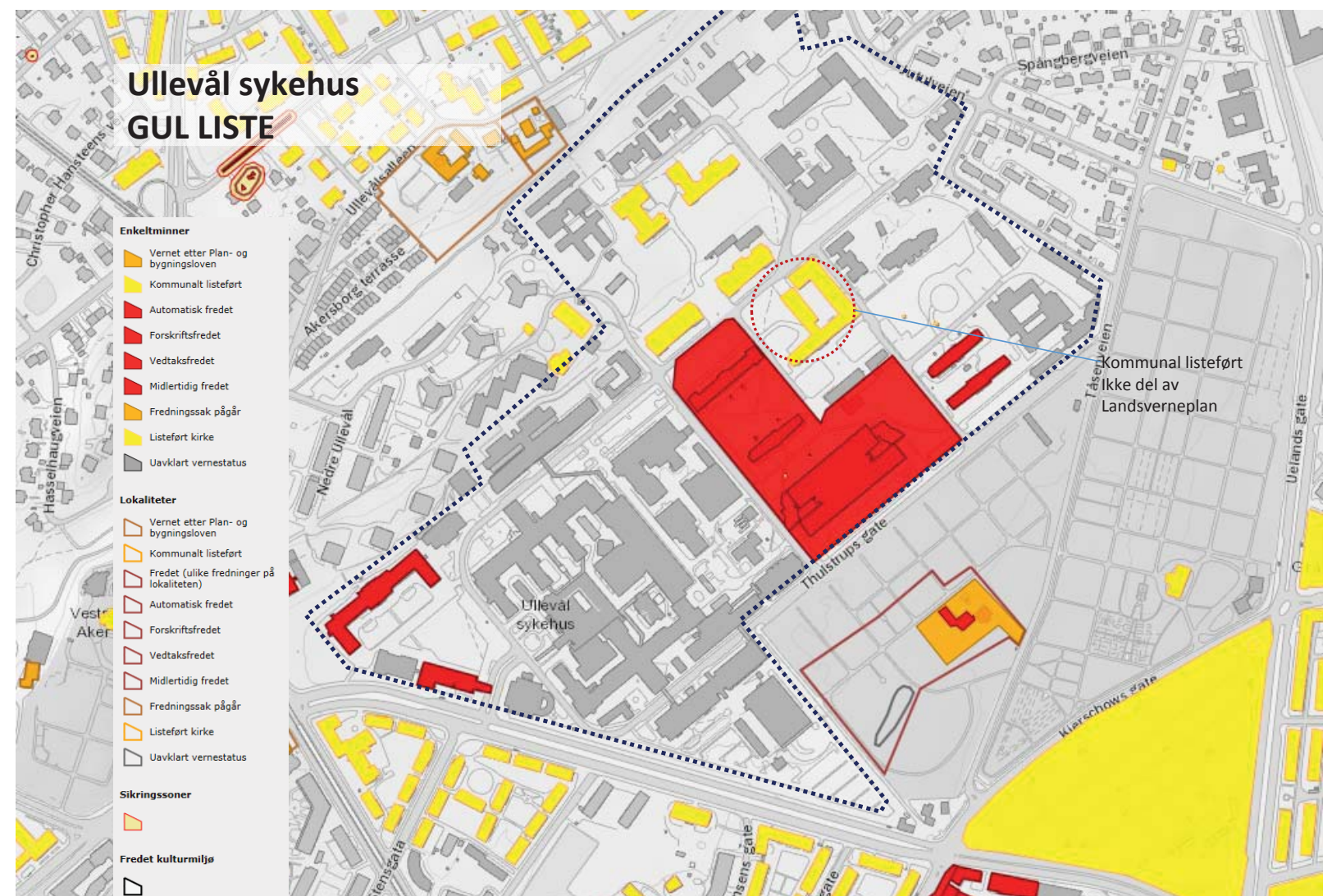
I en ny tilnærming til en delt løsning mellom Gaustad og Ullevål er arealbehov og antall funksjoner som er planlagt plassert på Ullevål økt i forhold til den tidligere løsningen, der det ble beskrevet tre varianter for en utbygging på Ullevål:

- «Ullevål- nord», der en tung utbygging i den nordre delen av tomten skal erstatte dagens dårlige bygg i sør, med mulighet for senere salg av tomteområder i sør
- «Ullevål- sør», der dagens somatikkbygg i sør trinnvis erstattes over tid, med mulighet for senere salg av tomteområder i nord og
- «Ullevål- hele», der hele tomten, dagens infrastruktur og de mest brukbare av eksisterende bygg benyttes videre, oppgraderes og suppleres med enkelte nye bygg.

Med en Multitraume-virksomhet værende på Ullevål, som må ta høyde for en betydelig befolkningsvekst i ansvarsområdet og den største lokalsykehus-varianten «3» som grunnlag, fører dette til to viktige konklusjoner for en bygningsmessig løsning på Ullevål i en revidert delt løsning / Alternativ 2:

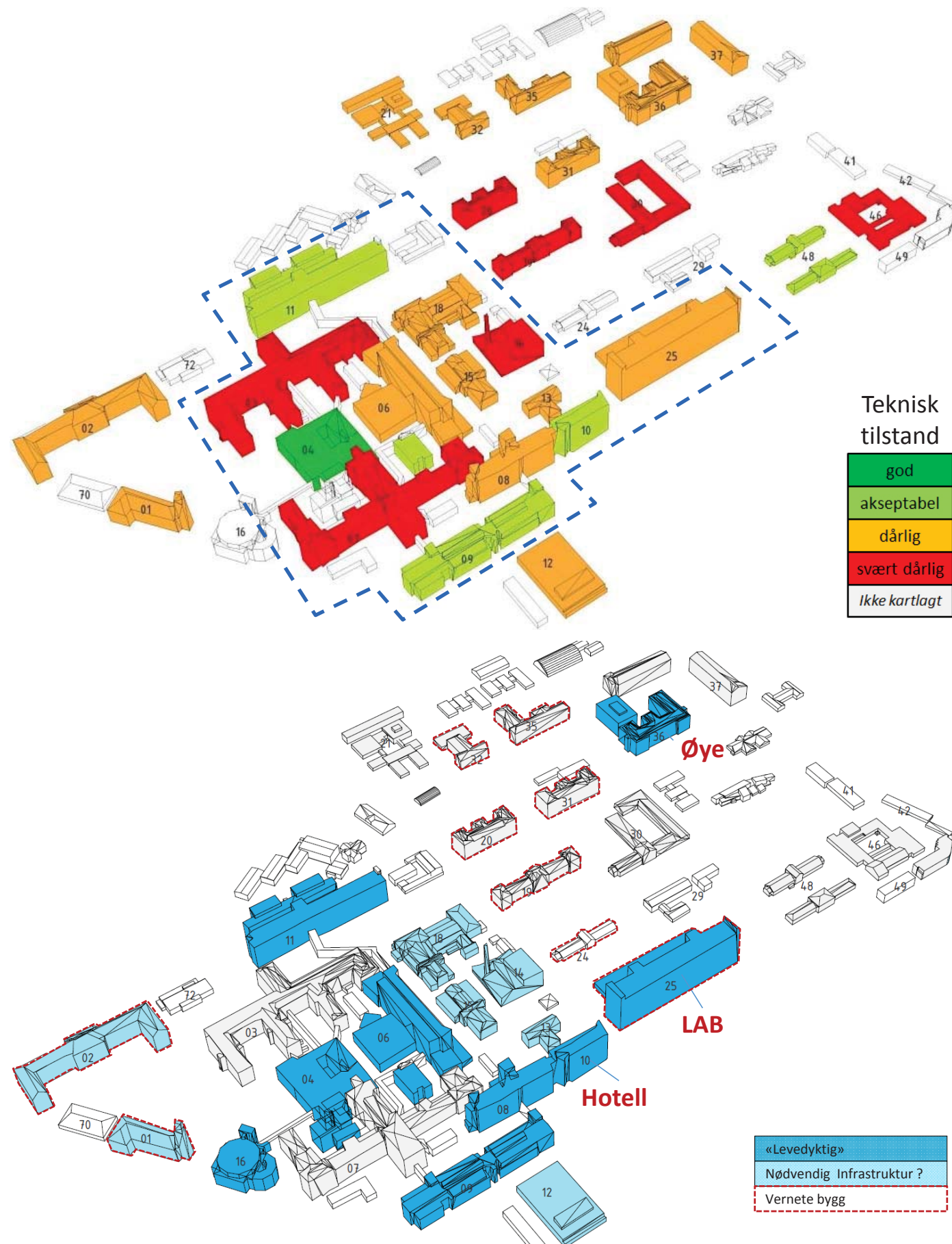
- Muligheten for å avhende betydelige deler av tomten på Ullevål må legges til side, fordi hele tomtearealet trengs for fremtidige rokader, funksjoner og utvidelser.
- Ny teknisk sentral og infrastruktur må etableres uansett bygningsmessig løsning for å sikre fremtidig drift og utbygging.

Derfor måtte utbyggingsløsningene på Ullevål revurderes og tegnes på nytt. Som den mest hensiktsmessige løsningen vises det nå en trinnvis utbygging som er basert på funn og utredninger gjort for arealutviklingsplanen for Ullevål sykehus fra 2011 og løsningene «Ullevål- sør» og «Ullevål – hele» fra idéfaserapport 2.0.



Ut fra en samlet betraktning av teknisk tilstand, tilpasningsdyktighet og egnethet som ble kartlagt i 2010 av Multiconsult etter Multimapp-metoden og oppdatert i 2014 kan det bestemmes eksisterende bygg på Ullevål sykehus som kan være «levedyktig» en stund til om det investeres i teknisk oppgradering og ombygging til fremtidens funksjonelle krav. I tillegg kommer bygg som er vernet og bygg med viktig infrastruktur som må vurderes brukt videre i fremtiden

Ved å satse på «levedyktige» bygg i starten av prosessen til en trinnvis utbygging, skisseres det en løsning som etter hvert kan fornye hele bygningsmassen for somatikk i den sørlige delen av tomten. I tillegg bygges det ut for psykisk helse og avhengighet i den nordre delen.



- ▶ Situajonsplan fra idéfase rapport 2014, Ullevål-hele
- ▶▶ Situajonsplan fra idéfase rapport 2014, Ullevål Nord
- ▶▶▶ Situajonsplan fra idéfase rapport 2014, Ullevål Sør



De tidligere løsningene fra idefaserapporten 2.0 for en utbygging på Ullevål i delt løsning var grunnlag for videre arbeid med en ny løsning i konkretiseringsarbeidet etter høringen. Mens «Ullevål nord» ble forkastet som en hensiktsmessig løsning ble prinsipper fra løsningene «Ullevål sør» og «Ullevål – hele» videreført til en ny løsning for et stort lokalsykehus med regional multitraumefunksjon på Ullevål. Også funn og utredninger fra strategisk utviklingsplan fra 2011 særlig i forhold til sentral teknisk infrastruktur ble benyttet for å utrede en gjennomførbar trinnvis etablering av ny bygningsmasse på Ullevål.

ULLEVÅL SYKEHUS I DELT LØSNING - TRINNVIS ETABLERING

Som den mest hensiktsmessige løsningen på Ullevål vises det nå en trinnvis utbygging som er basert på funn og utredninger gjort for arealutviklingsplanen for Ullevål sykehus fra 2011 og løsningene «Ullevål- sør» og «Ullevål – hele» fra idéfaserapport 2.0. Løsningen tar utgangspunkt i to konklusjoner som er konsekvens av et forandret virksomhetsbilde på Ullevål i den delte løsningen:

- Hele tomtearealet trengs for fremtidige rokader, funksjoner og utvidelser.
- Ny teknisk sentral og infrastruktur må etableres.

Resultatet av utredningen i forhold til dette er en skisse for en gjennomførbar utbyggingsprosess på Ullevål, som er delt in i 3 faser med forskjellige trinn i hver fase og som fører til en omfattende etablering av ny bygningsmasse.

Kun de første 2 fasene, som har som mål til å erstatte i hovedsak bygg 3 og bygg 7, er tatt med i denne idéfasetredningen og tilhørende kostnadsbilde for Alternativ 2. Fase 3 som tar for seg erstatning av bygg 4 og 6 til slutt kan være en opsjon for videre utvikling.

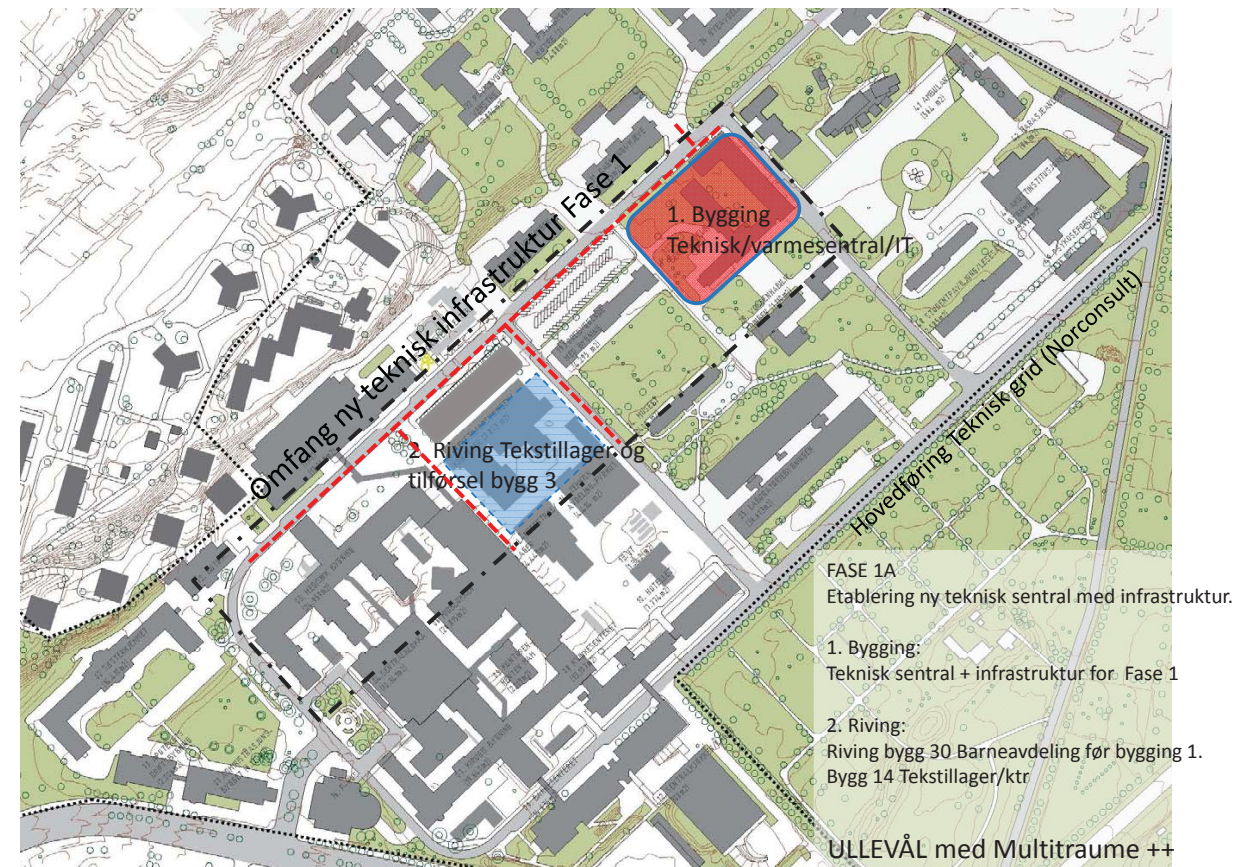
Fase 1

Et av hovedfunnene fra arealutviklingsplanen for Ullevål sykehus fra 2011 /2012 var at etablering av nytt teknisk sentral og infrastruktur er en veldig krevende og langvarig prosess og at avhengigheter i gjennomføringsprosessen er såpass komplekst og stor at det må regnes med at dagens teknisk infrastruktur og sentraler først kan rives, når nytt infrastruktur er fullstendig etablert og tilkoblet alle eksisterende bygg og anlegg. Dette førte til en kostbar og langvarig «fase 0» for målbildet i arealutviklingsplanen, slik at planen måtte forlates.

En ny tilnærming til en ombyggingsprosess på Ullevål går derfor ut på at dagens infrastruktur opprettholdes så lenge som mulig og at det parallelt bygges opp ny teknisk sentral og infrastruktur.

For å kunne erstatte bygg 3 (eller 7) vil det først være nødvendig med å etablere et – permanent – rokeringsbygg der bygg 18 ligger i dag. Siden bygget skal kunne brukes også setter rokaden må bygget legges så nær de sentrale bygg 4 og 6 som mulig. Riving av bygg 18 vil ikke kunne skape nokk byggeplass for å etablere et nytt medisinsk bygg som tar høyde for både nye arealkrav og nødvendig kapasitetsutvidelse. Rokeringsbygget må derfor tjene som midlertidig avlastning for dagens virksomhet i bygg 3. Det må regnes med at nye arealkrav i en overgangsperiode i dette bygget ikke kan innfris.

Etter at rokeringsbygget er etablert og innflyttet kan det rives bygg 3 og et erstatningsbygg kan etableres på samme sted. Den medisinske virksomheten kan så spres ut på både rokeringsbygg og nybygg slik at det kan oppfylles framtidige arealkrav og behov for nytt areal på grunn av aktivitetsvekst til slutt.

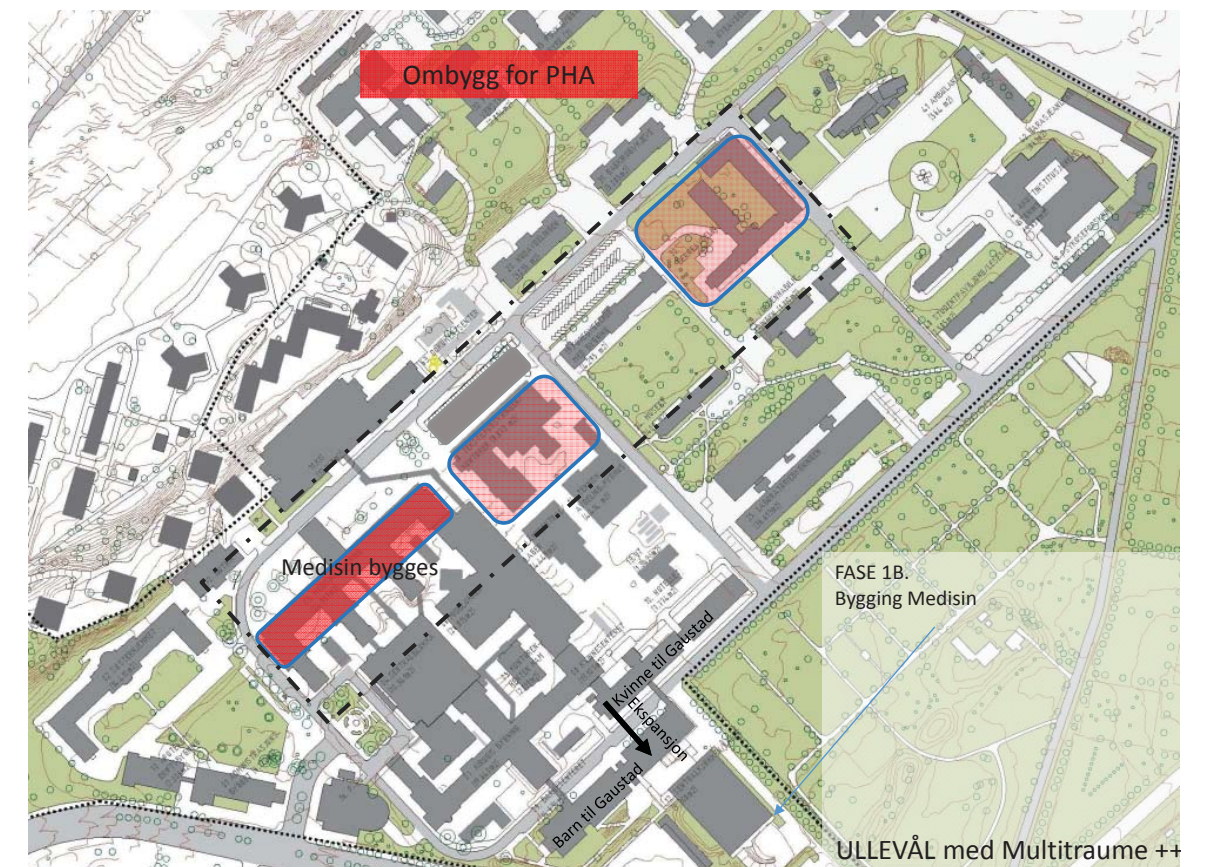
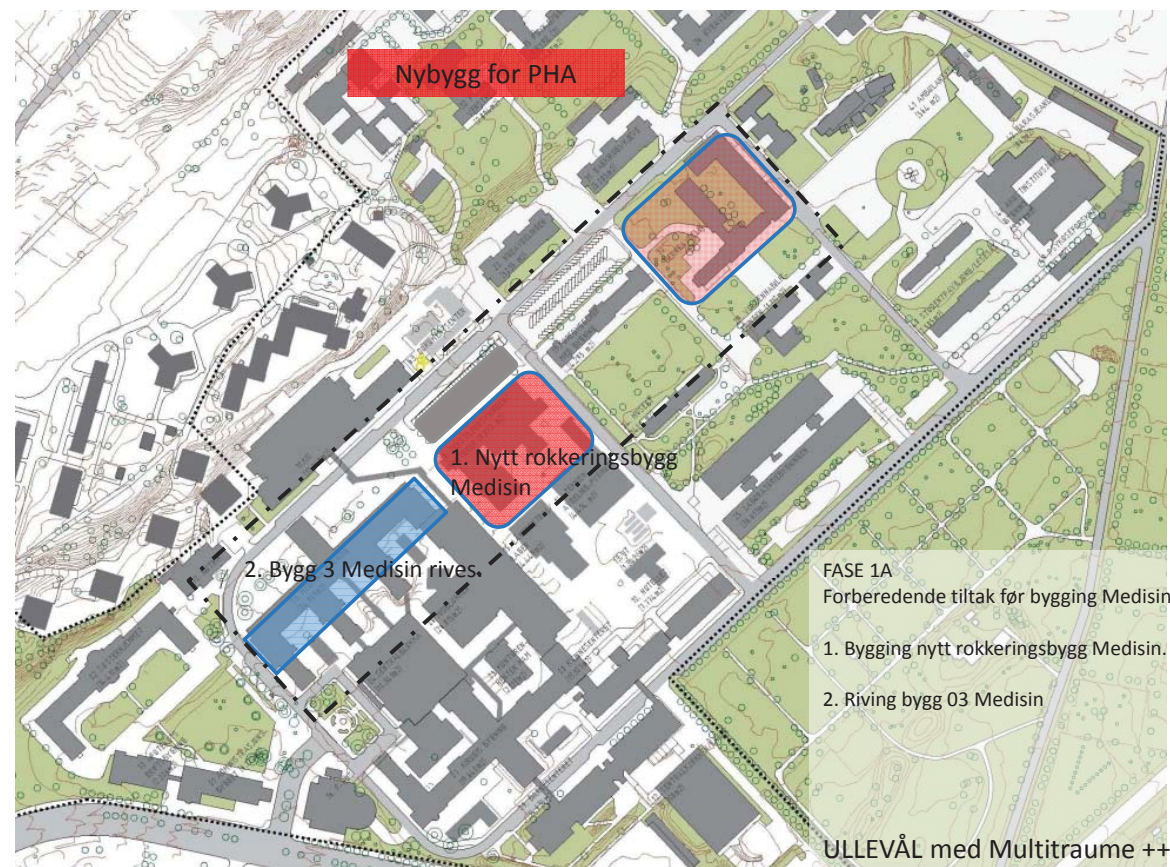


◀ Plan, trinnvis etablering Ullevål sykehus, trinn 1 i fase 1



► Plan, trinnvis etablering
Ullevål sykehus, trinn 2 i
fase 1

►► Plan, trinnvis
etablering Ullevål sykehus,
trinn 3 i fase 1



Parallelt kan det bygges nye bygg for PHA i den nordre delen av tomten. Nye bygg her brukes først for innflytting av eksisterende virksomhet på Ullevål før levedyktige eksisterende bygg rehabiliteres og legges til rette for PHA-virksomhet som skal flyttes til Ullevål.

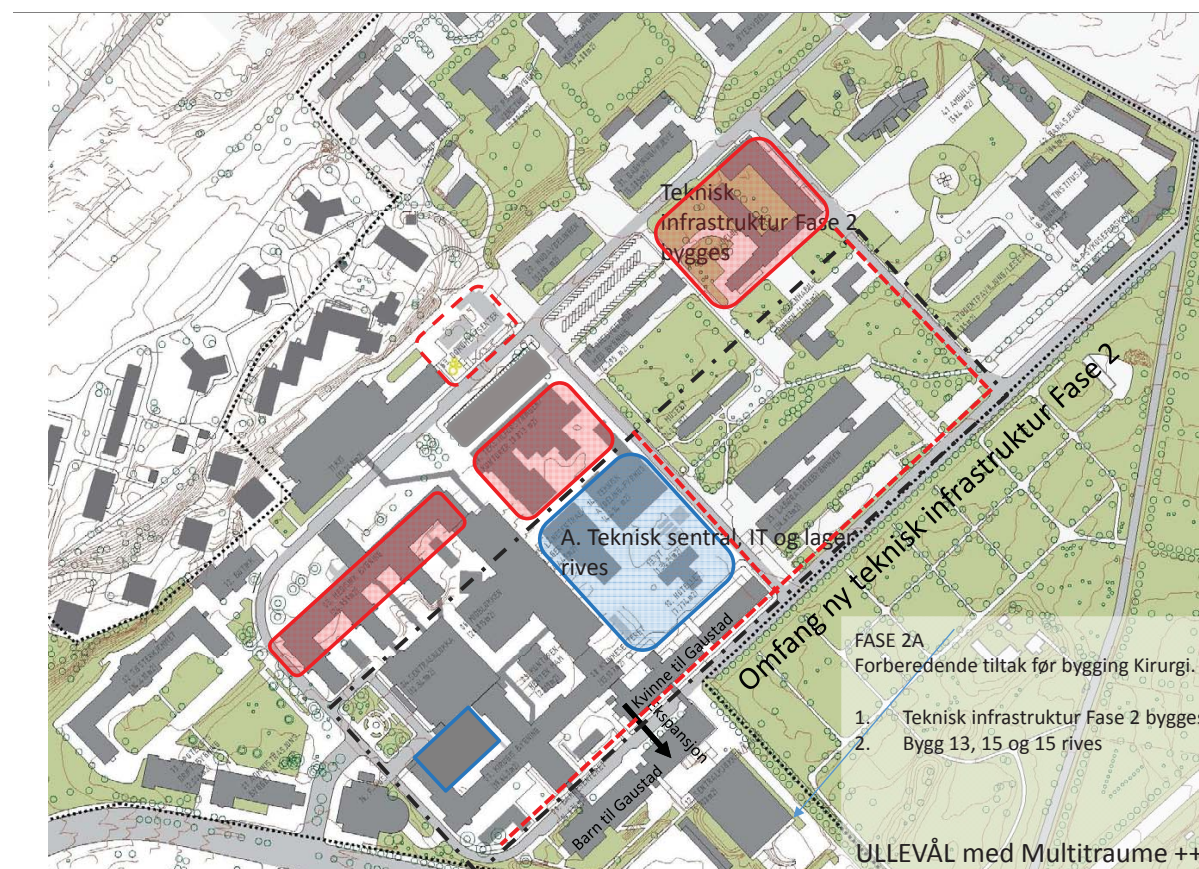
Ny teknisk infrastruktur etableres slik at nye bygg kobles til ny infrastruktur, mens bygg som ikke er del av tiltaket forblir tilkoblet dagens. Først etter hvert skal også de levedyktige bygg som skal bevares tilkobles nytt infrastruktur.

Fase 2

Mens det i Fase 1 har vært fokus på ny teknisk struktur nordvest for akse gjennom bygg 4 og 6 er det i slutten av Fase 1 (der det bygges nytt bygg 3 og bygg for PHA) og starten av fase 2 fokus på å bygge videre på teknisk infrastruktur sørøst for denne akse. For neste trinn i fase 2 blir det nå en forutsetning at den nye tekniske infrastrukturen er tilkoblet alle nye og eksisterende bygg fordi dagens tekniske sentraler må rives for å kunne etablere et rokeringsbygg nr. 2 for virksomheten i bygg 7.

Her gjelder samme prinsipp for fase 1: Rokeringsbygg 2 vil først fungere som avlastningsbygg for virksomheten i bygg 7 der ikke alle krav til arealer i nybygg kan oppfylles. Etter at erstatningsbygg for bygg 7 er etablert kan virksomheten spres på både nybygg og rokeringsbygg.

Fordi rokeringsbygget kan brukes permanent vil nybyggbehovet i tillegg være begrenset. Slik vil det være mulig å ta høyde for eventuelle framtidige utvidelser av både medisinsk eller kirurgisk side i tilknytning til nybyggene om de nye bygg plasseres med utvidelsesmuligheter i bunnen.

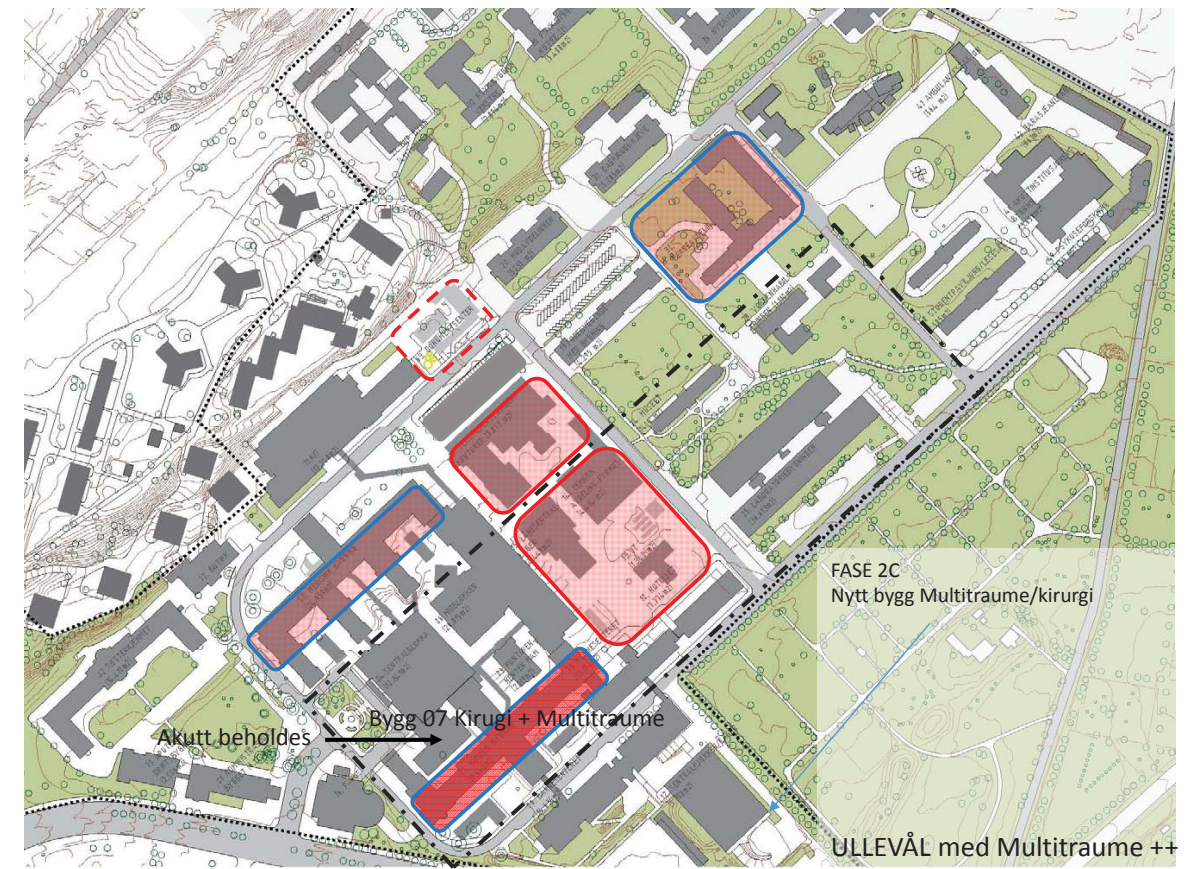
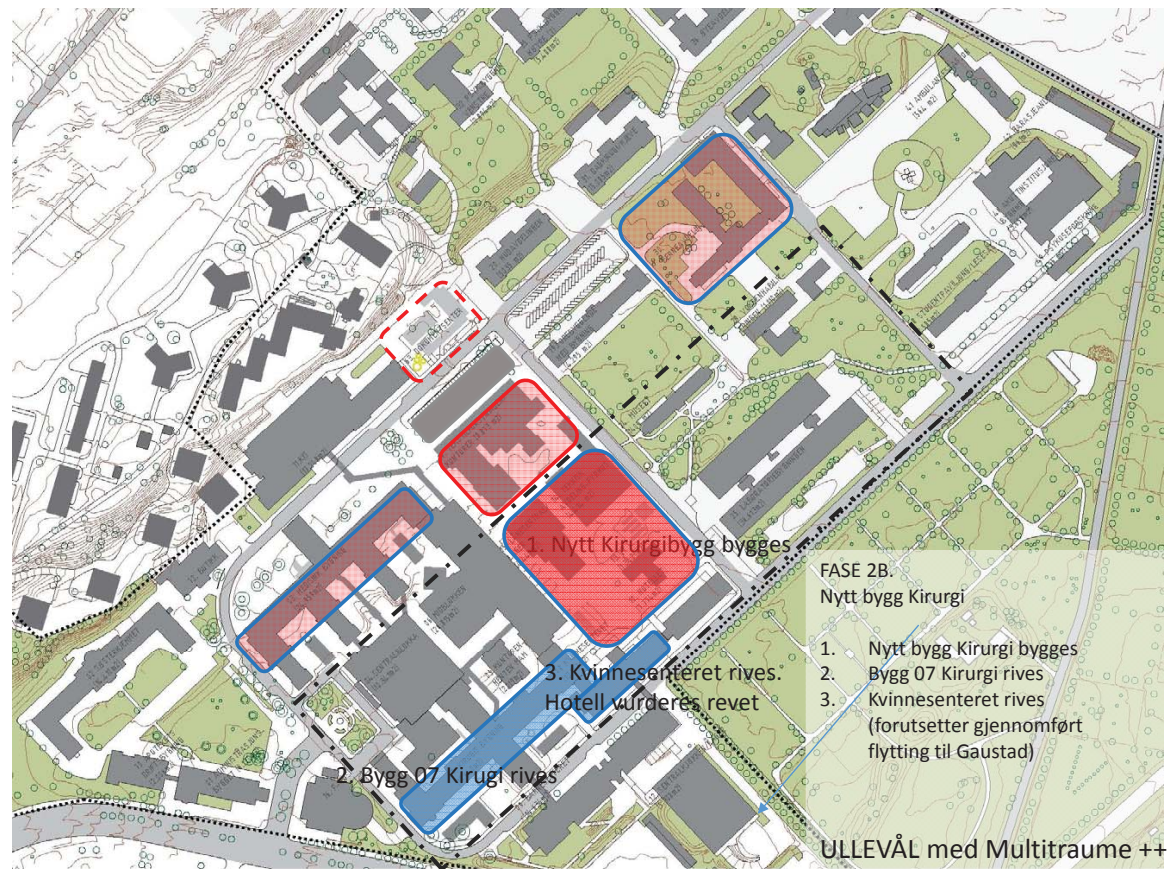


◀ Plan, trinnvis etablering Ullevål sykehus, trinn 1 i fase 2



► Plan, trinnvis etablering Ullevål sykehus, trinn 2 i fase 2

►► Plan, trinnvis etablering Ullevål sykehus, trinn 3 i fase 2





◀ Illustrasjon, plan Ullevål
Delt løsning etter fase 1
og 2



► Illustrasjon, Ullevål Delt
løsning etter fase 1 og 2



ULLEVÅL SYKEHUS - DELT LØSNING. VIDERE UTVIKLING ETTER 2035

30

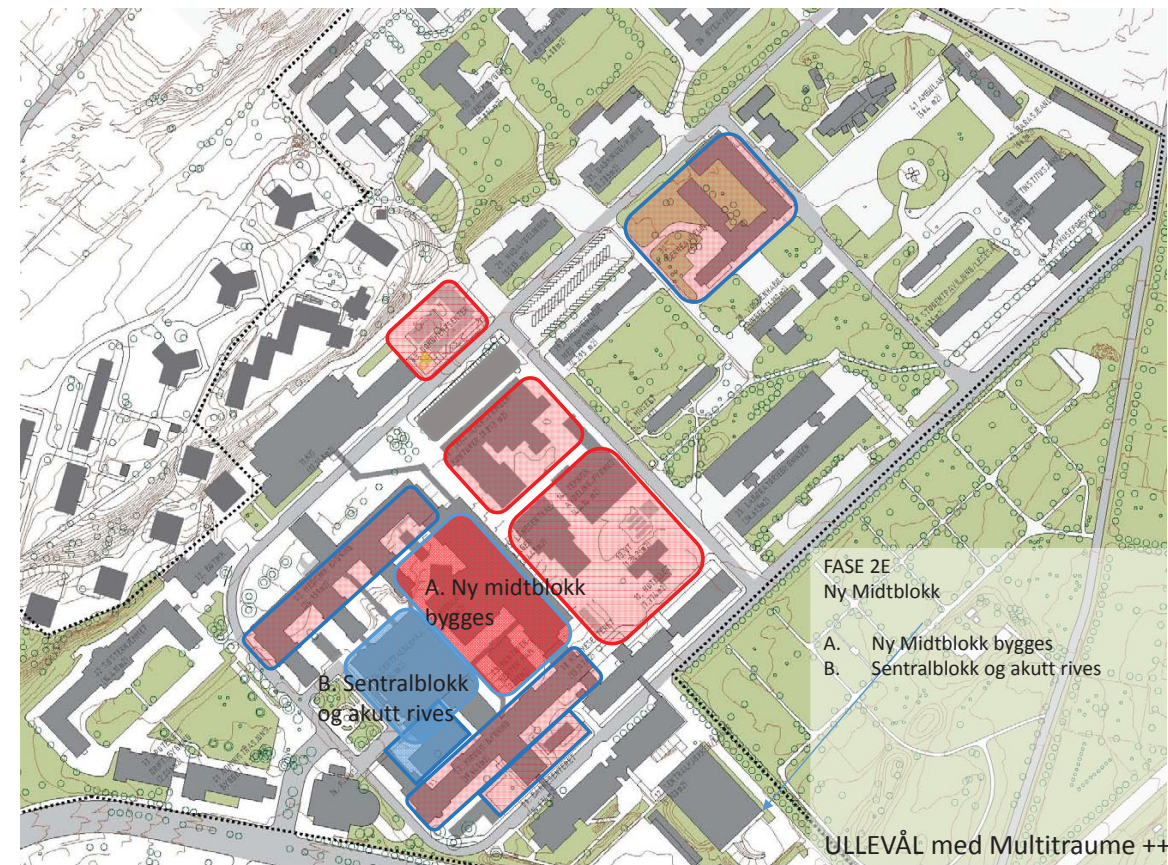
Fase 3

Både fase 1 og 2 i denne utbyggingsplanen er inkludert i idéfasen for framtidens OUS. Det vil dog etter hvert også bli behov for å bygge om eller erstatte de sentrale byggene 4 og 6 på Ullevål.

En delt løsning innebærer at virksomhet for kvinner, barn og fødsler flyttes fra Ullevål til Gaustad etter hvert. Frigitte bygg her i kombinasjon med ekstra rokkeringsarealer eller eventuelt frigjorte arealer i rokkeringsbygg 1 og 2 vil kunne brukes som avlastning for bygg 6 og 4 slik at også disse kan rives og erstattes eller rehabiliteres og bygges om etter hvert.

På denne måten kan planen føre til en fornyet bygningsmasse på Ullevål, selv om den fortsatt vil være sammensatt. Helle prosessen må anses som svært kompleks og gjennomføringen vil belaste virksomheten på Ullevål i høy grad over lang tid.

Det må også regnes med betydelige kostnader for midlertidige løsninger som ikke kan sees på nåværende tidspunkt. Usikkerheten i kostnadsbildet for en delt løsning på Ullevål er derfor svært høy.

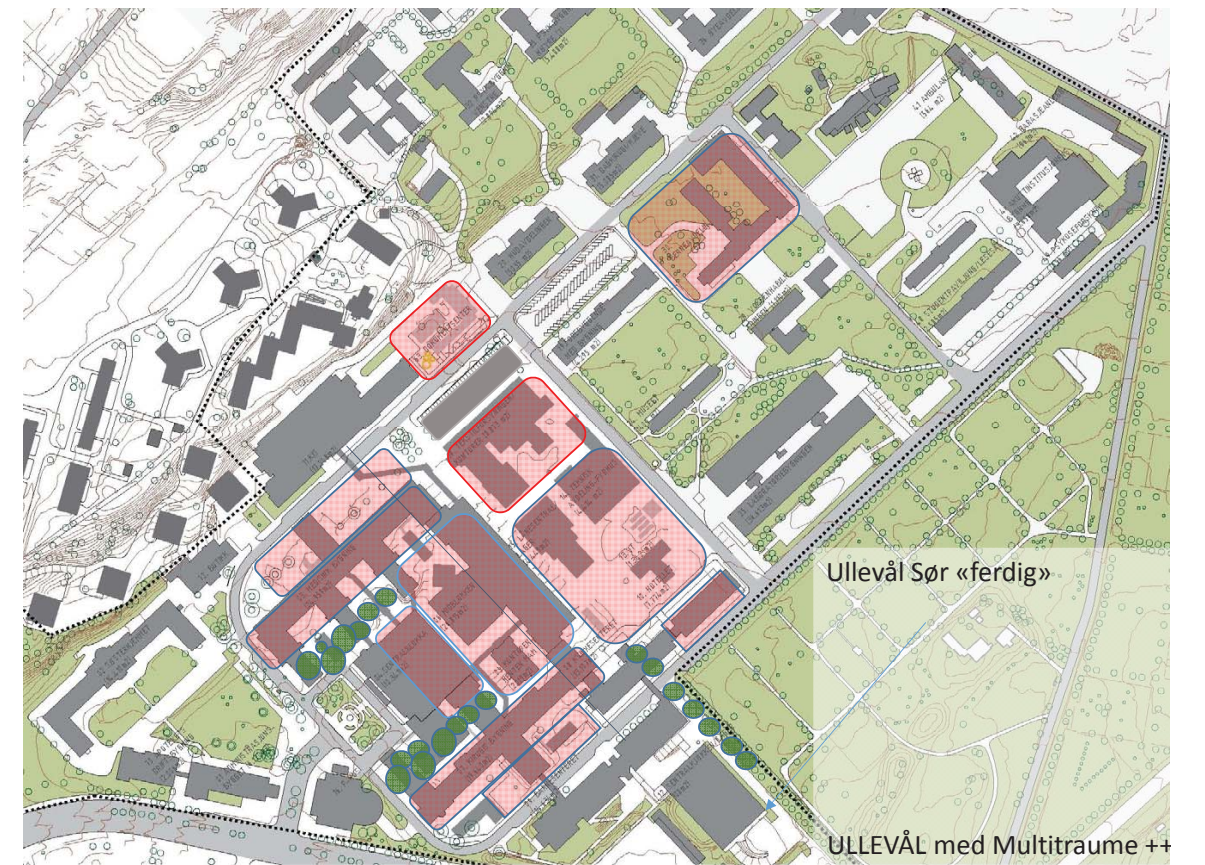
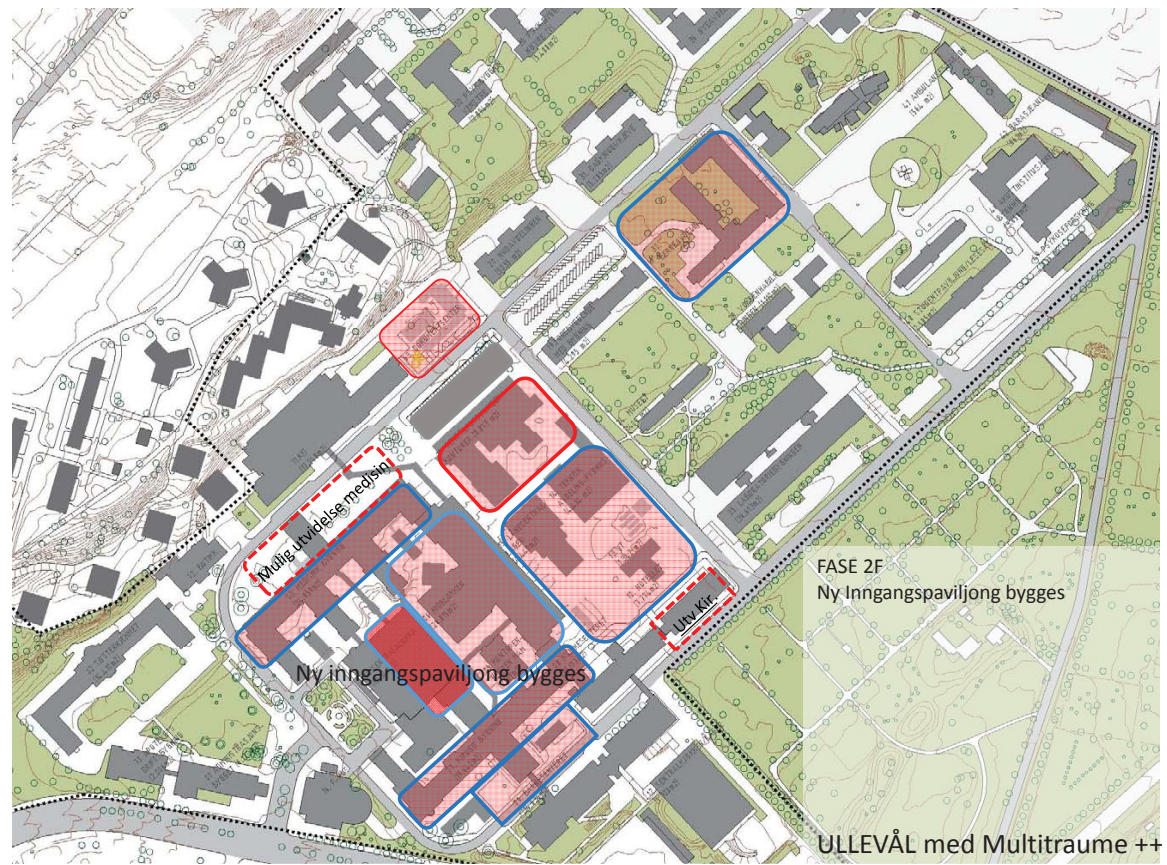


◀ Plan, trinnvis etablering
Ullevål sykehus, trinn 1 i
fase 3



► Plan, trinnsvis etablering
Ullevål sykehus, trinn 1 i
fase 3

►► Plan, trinnsvis
etablering Ullevål sykehus,
trinn 1 i fase 3



GAUSTADOMRÅDET - DELT LØSNING

En revidert delt løsning fører til en betydelig reduksjon i arealbehovet på Gaustad, fordi både Radiumhospitalet som består videre og multitraume-komplekset som blir liggende på Ullevål trekkes ut av bildet som ble tegnet tidligere.

Inklusive erstatningsarealer er det derfor behov for omtrent 150 000 m² BTA sykehusarealer på Gaustad i tillegg til dagens Rikshospital, tilsammen ca. 325 000 m² BTA. Idet det tas i bruk alle muligheter for å plassere dette arealet hensiktsmessig i området kan nybyggandelen reduseres såpass, at en utbygging på Gaustad i delt løsning hverken krever nye sykehusbygg sør for ringveien- og dermed heller ikke et lokk over den – eller riving av deler av Domus Medica.

En mulig utbygging på Gaustad i en delt løsning kan dermed løses omtrent slik:

- 20 000 m²- tilsvarende nybyggarealer i Gaustad sykehus
- 25 000 m² nord for Rikshospitalet og Gaustad sykehus for somatikk og PHA
- 15 000 m² direkte tilbygg og påbygg på Rikshospitalet
- 19 000 m² fortsatt leie i Forskningsveien
- 55 000 m² nybygg sør for Rikshospitalet for somatikk
- Minst 16 000 m² nybygg på parkeringstomten
- Pluss en hensiktsmessig løsning for parkering under bakkenivå.

Utbyggingen kan i tillegg også ta hensyn til krav fra Oslo kommune om å respektere regulerte grøntområder mot bekken og turveiområdet i vest for Rikshospitalet. I møtet mellom de nye sykehusbygg sør for Rikshospitalet og grøntområdet rundt turveien B1 foreslås det å etablere et parkområde som skal gjøre sykehuset og friområdet rundt mere tilgjengelig og brukbart for flere brukergrupper. Dette kan også anses som et kompensierende tiltak for en tyngre utnyttning og en høyere bebyggelse enn dagens reguleringsplan for sykehusområdet slår fast. Dette og eventuell flere lignende tiltak må videre utredes når en nødvendig reguleringsprosess på Gaustad kan settes i gang i samarbeid med Oslo kommune.



◀ Situasjonsplan for en utbygging på Gaustad i delt løsning

▶ Illustrasjon av samme løsning



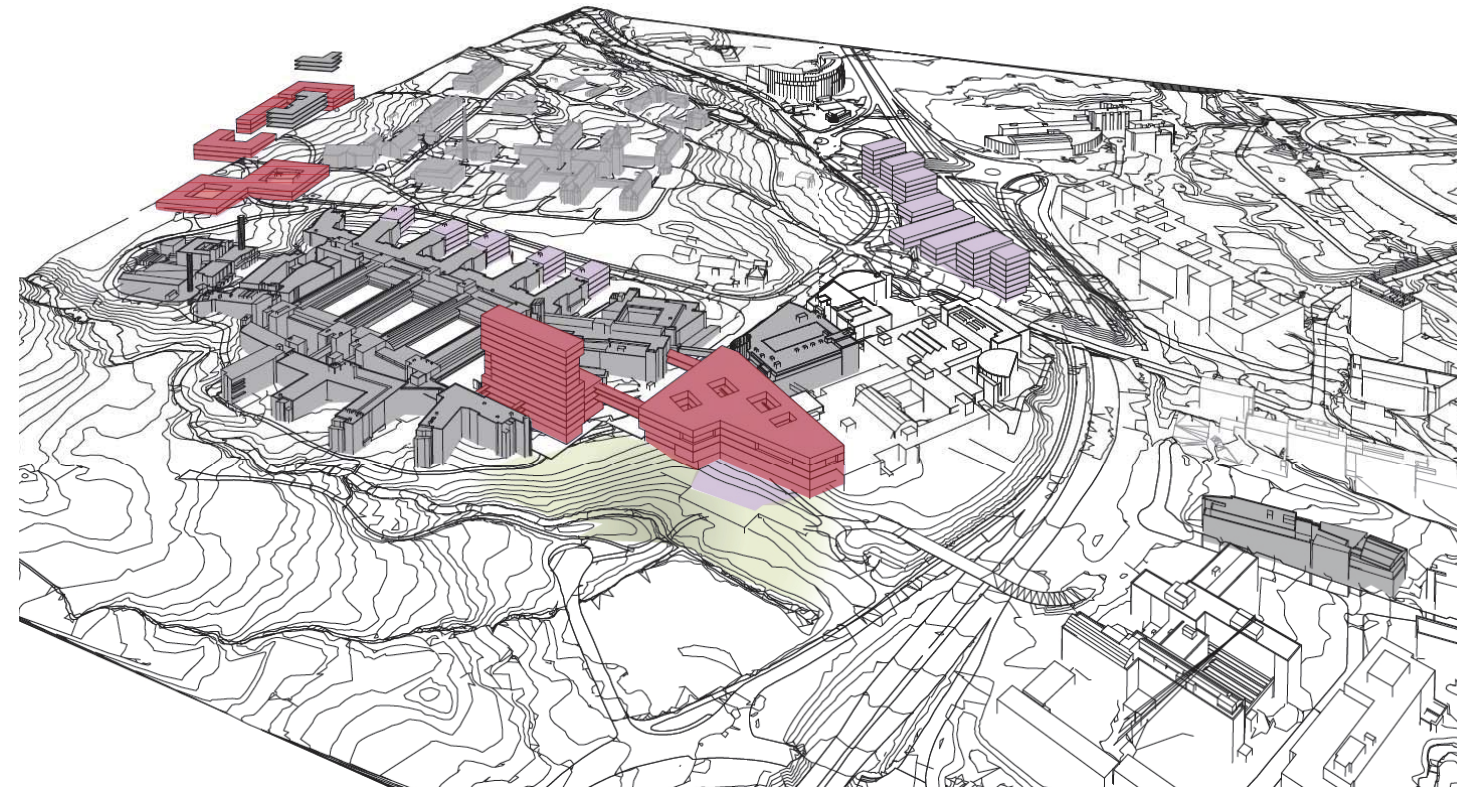
MULIGE FØRSTE ETAPPER I EN DELT LØSNING

34

I en delt løsning kan det i prinsippet begynnes med en tyngre utbygging enten på Ullevål sykehus eller på Gaustad.

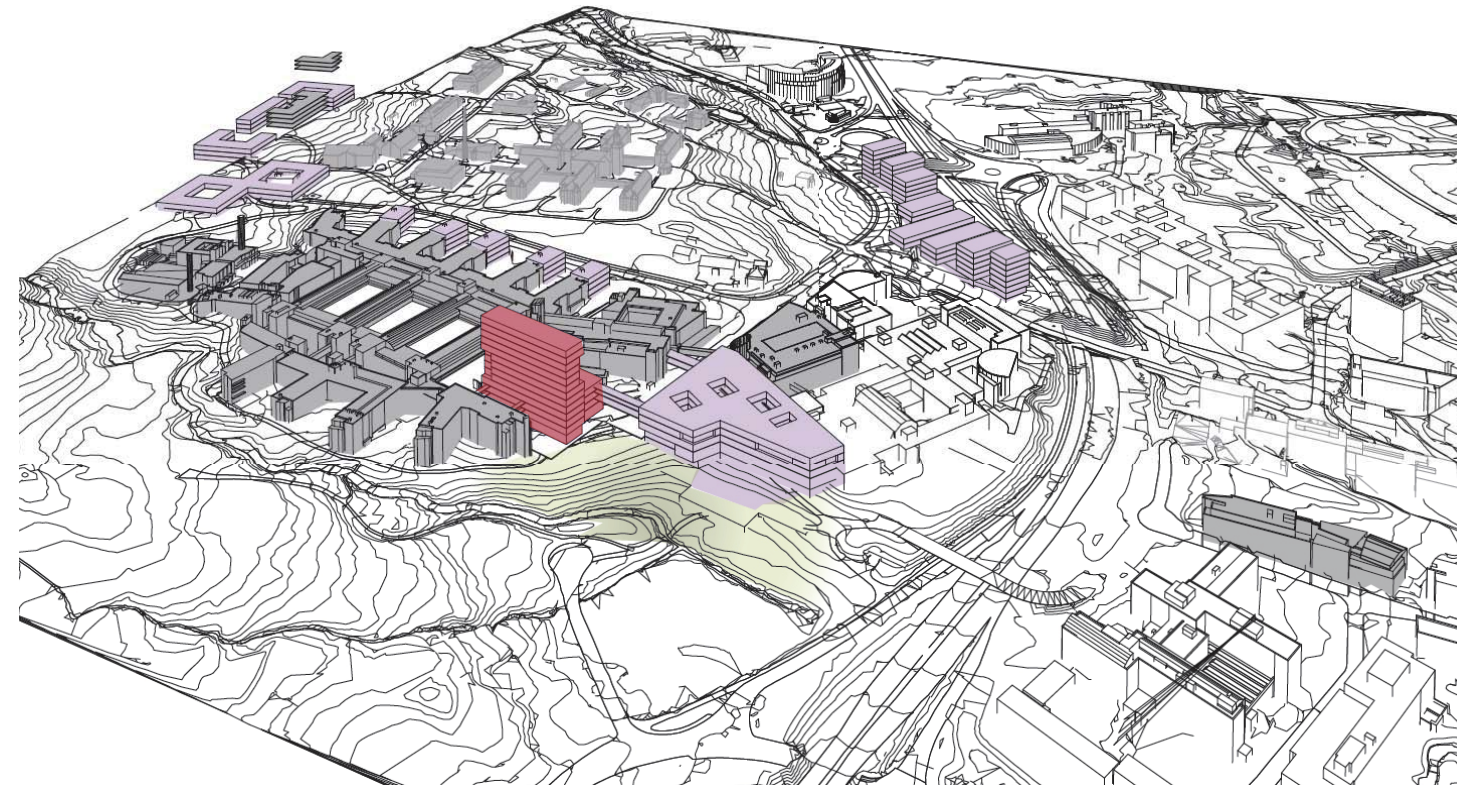
Om det bygges ut tungt på Ullevål først skal det også etableres noe nybygg ved Rikshospitalet for å avhjelpe den pressete situasjonen ved nyfødtintensiv der. Utbygging på Ullevål i en første etappe tilsvarer i prinsippet Fase 1 i en trinnvis utbygging på Ullevål, der ny teknisk infrastruktur etableres og bygg 3 etter hvert erstattes. I tillegg kan det etableres nye bygg for psykisk helsevern og avhengighet på Ullevål.

Den andre muligheten er å flytte virksomhet for kvinner, barn og fødsler fra Ullevål til Gaustad i en første etappe. Dette kan kombineres med at også SSE og BUP flytter dit fra Sandvika eller Sognsvannsveien. Tiltaket vil frigjøre brukbar bygningsmasse på Ullevål og kan kombineres med at det startes med å etablere nytt teknisk infrastruktur som en forberedelse for en videre utbygging på Ullevål i en senere etappe.



◀ Illustrasjon, delt løsning. Mulig 1. etappe på Gaustad. KVB flytter først, 25.000 m² nord for Rikshospitalet, 55.000 m² sør for Rikshospitalet.

◀◀ Illustrasjon, delt løsning. Mulig 1. etappe på Gaustad. Tiltak på Ullevål først, 20.000 m² sør for Rikshospitalet

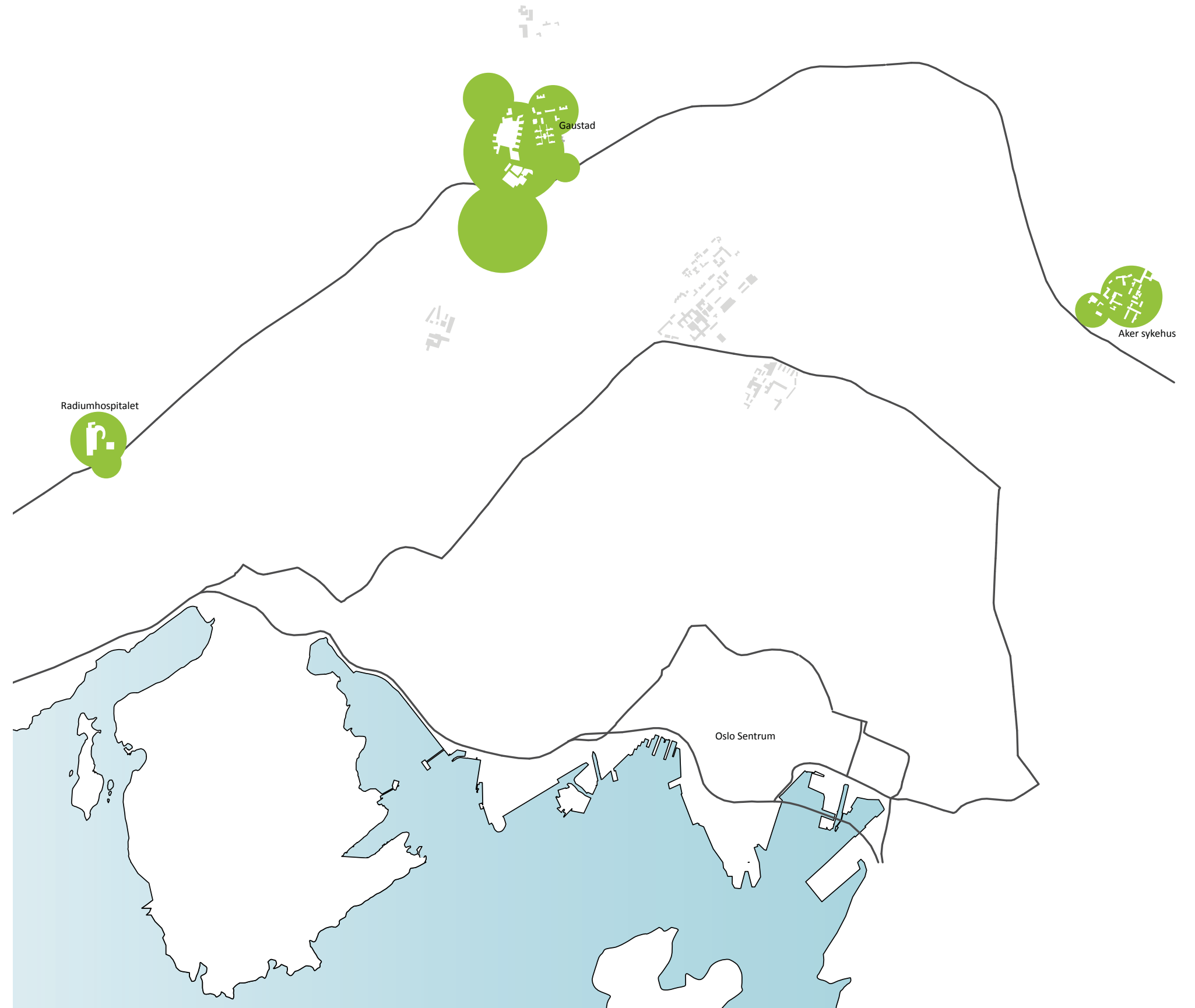


► Illustrasjon, Mulig 1. etappe på Ullevål. Fase 1 i en trinnvis utbygging



FYSISK LØSNING FOR ALTERNATIV 3 - DELVIS SAMLING

► Illustrasjon, oversikt
OUS delvis samling med
lokalsykehus på Aker



LOKALSYKEHUS PÅ AKER SYKEHUS

38

Alternativ 3 delvis samling samler regionfunksjoner på Gaustad. Lokalsykehuset kan i Alternativ 3 plasseres enten på Ullevål sykehus, Aker sykehus eller en tomt «X» sør eller øst i byen. Siden mulighetene på Ullevål sykehus er utredet i forbindelse med Alternativ 2 og det ikke ble konkretisert en tomt «X» fra Oslo kommune sin side i løpet av utredningsprosessen har mulighetsstudiene for et lokalsykehus i denne fasen fokusert på Aker sykehus som en mulig lokalisering for et lokalsykehus.

Utredningen av en etappevis etablering av målbildet i hovedalternativ 3 – delvis samling – har resultert i fire prinsipielt forskjellige muligheter for en første etappe. To av disse innebærer en første utbygging på Gaustad og to beskriver muligheten for først å etablere lokalsykehus enten på Aker eller ukjent tomt «X».

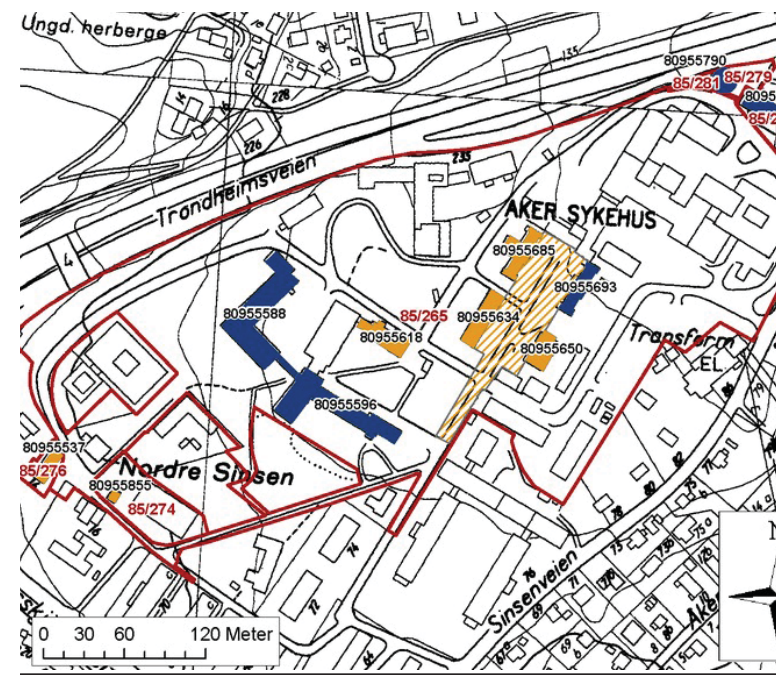
Den første muligheten for en utbygging på Gaustad beskriver flytting av multitraume-funksjonen fra Ullevål til Gaustad og innebærer riving og erstatning av PKI-arealer allerede i første etappe. Den andre muligheten tar for seg en utbygging for kvinner, barn og fødsler som skal flytte fra Ullevål sykehus og fører ikke til riving av PKI i første omgang.

Det er i denne sammenheng viktig å påpeke at en flytting av kvinner og barn i en første etappe i Alternativ 3 fører til andre prinsipielle bygningsmessige løsninger enn i en første etappe i Alternativ 2 fordi målbildene i hovedalternativene for en utbygging på Gaustad er forskjellig.

Med utgangspunkt i dagens opptaksområde ble det i lokalsykehusutredningen vurdert at lokalsykehusvariant 2 skal legges til grunn for et lokalsykehus utenfor hovedsykehuset i Alternativ 3 – delvis samling. På Aker-tomten kan det skisseres løsninger for et slikt lokalsykehus med omtrent 140 000 m² bruttoareal som stort sett kan være forenlig med vernehensyn dokumentert i landsverneplanen for helsesektoren. Dette betyr en tung utbygging i den sørlige delen av tomten for et somatisk lokalsykehus og en mindre tett utbygging rundt den sentrale vernete bebyggelsen for psykisk helse og avhengighet. Store deler av forskning og utdanning i lokalsykehuset kan legges i

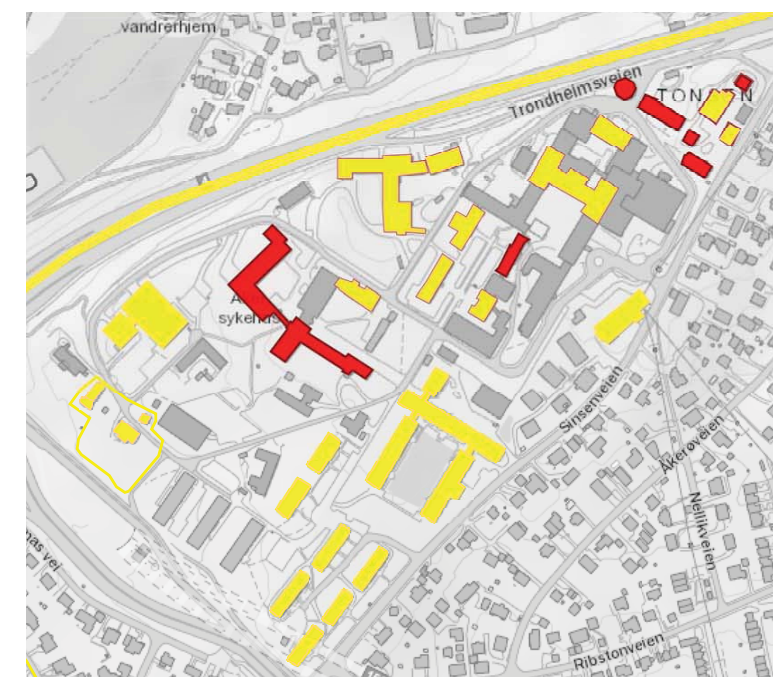
eksisterende, vernete bygg. Helt i nordenden av tomten kan eventuelt større deler av dagens sykehusbebyggelse forbeholdes for Helsearena Aker.

Der er dog knyttet utfordringer til Aker-tomten, som må og kan løses etter hvert som beslutninger for et lokalsykehus på Aker tas. Adkomsten til den sørlige delen av tomten med kjøretøy er ikke optimal med dagens veisituasjon rundt sykehustomten. Nye løsninger kan eventuelt sees i sammenheng med planer om at Trondheimsveien på sikt skal nedgraderes til en «miljøgate» eller byggate med trikk. Både Ruter, Oslo kommune og Statens vegvesen jobber fortiden med planer for en slik løsning for Trondheimsveien. Veien til en løsning er dog ikke omforent



og forutsetter en del tiltak som kan være tidkrevende å få gjennomført.

Også utredningen fra Oslo kommune for å etablere en ny storbylegevakt har Aker-tomten som en sannsynlig opsjon for plassering. Utredningsgruppene har vært i kontakt for å finne løsninger som kan forene de ulike behov legevakten og lokalsykehuset i OUS medbringer. Hovedutfordringene er knyttet til en høyere utnyttelse av tomten og fremtidige adkomstmuligheter. På grunn av usikkerheten knyttet til lokalsykehusets etablering på nåværende tidspunkt og de ulike planhorisonter i prosjektene finnes det ikke åpenbare og enkle løsninger for å forene begge tiltak på Aker.



◀ Illustrasjon, Landsverneplanen Aker sykehus.

◀◀ Illustrasjon, Byantikvarens Gule liste Aker Sykehus



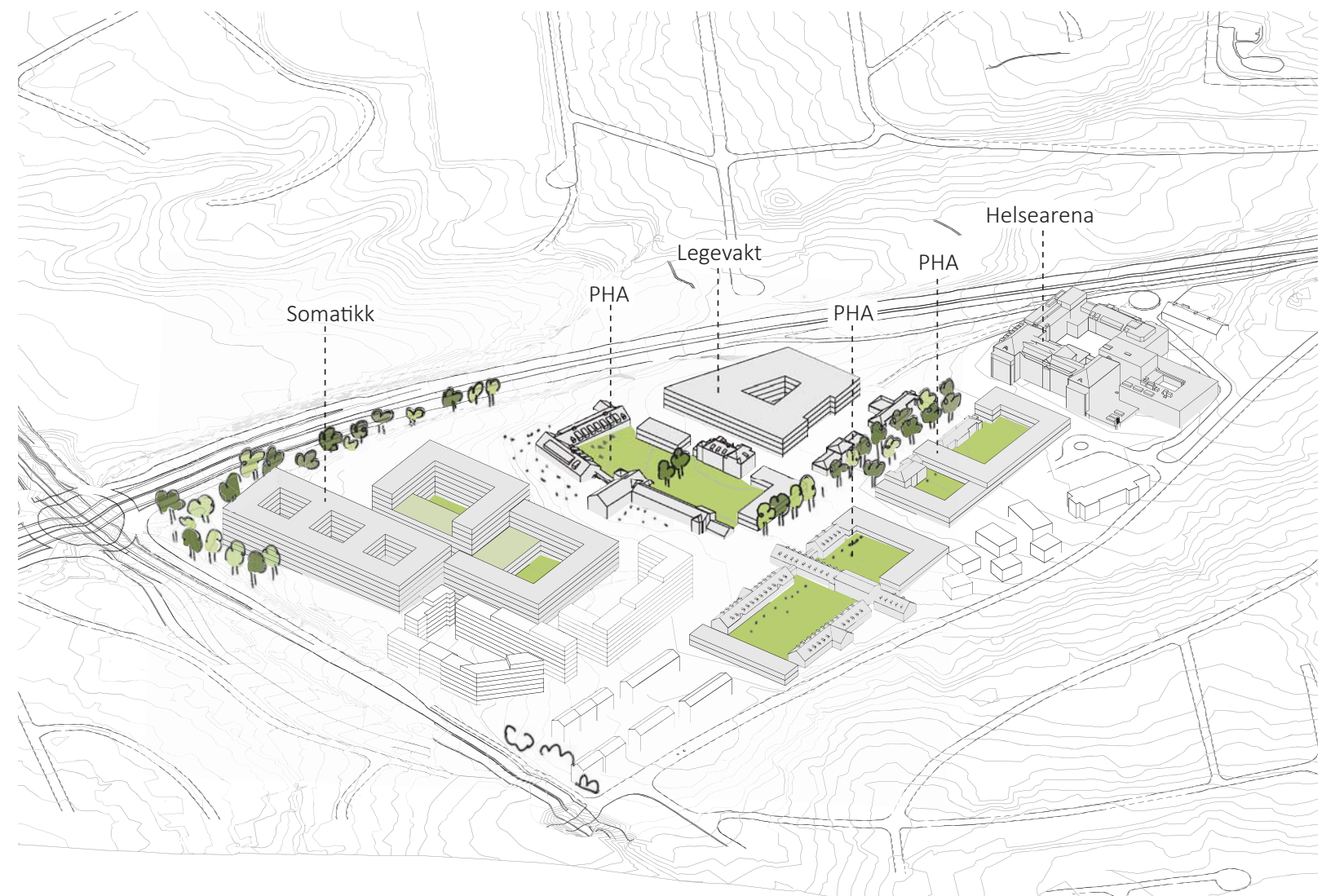
► Illustrasjon lokalsykehus på Aker, med legevakt mot Helsearenaen i Nord og nye boliger mot Ring 3 i sør.

Refstad transittmottak inngår her i PHA.

Som en konsekvens av en ønskelig samlokalisering av lokalsykehus, Helsearena og storbylegevakt på Aker sykehus utfordres bygningsmessige løsninger for lokalsykehuset innenfor grensene til dagens reguleringsformål. Det må derfor generelt sett regnes med at eventuell nabotomter som i dag eies av Fredensborg eiendom eller Statsbygg (Refstad asylmottak) må omreguleres til helseformål eller at krav om fredning av bygninger på tomten må oppheves på sikt for å skape plass for hensiktsmessige bygningsmessige løsninger. Tiltak som disse kan i tillegg tilføye nødvendig elastisitet for en fremtidig utvidelse av lokalsykehuset eller etablering av lokalsykehusvariant 3 med større opptaksområde og burde derfor uansett vurderes når en beslutning om etablering av et lokalsykehus på Aker tas.

Utredningsgruppen har vært i kontakt med Fredensborg Eiendom som vil fremme en regulerings sak for boligtomtene sør for Aker sykehus rundt årsskifte 2015 / 2016. Den planlagte nye boligbebyggelsen i nabolaget til sykehus tomten vil gjøre det vanskeligere å gjøre sykehus tomten og et eventuelt lokalsykehus i den sørlige delen tilgjengelig på en god måte. Eventuelle fremtidige utvidelser av den somatiske virksomheten vil også være begrenset.

Videreføring av boligprosjektet burde derfor settes på vent gjennom en innsigelse til den nødvendige omreguleringsprosessen, inntil en avgjørelse om etablering av et lokalsykehus på Aker er gjort. Oslo kommune og OUS burde i samarbeid jobbe for å sikre at naboeiendommene fra Statsbygg (Refstad asylmottak) og Fredensborg eiendom på sikt kan tilføres sykehusformål om Helsearena, Storbylegevakt og lokalsykehus skal plasseres på Aker.



I tilknytning til utarbeidelse av sykehusfunksjoner på Aker, har vi følgende målsetninger i forhold til tilgjengelighet:

- Gjøre området tilgjengelig for alle trafikantgrupper, inkludert utrykningskjøretøy.
- I prioritert rekkefølge: gående, syklende, kollektiv, varelevering og bil.
- Utrykningskjøretøy har krav om to alternative inn/utkjøringsmuligheter, en hovedadkomst og en sekundæradkomst.
- Samordne utbygging av samferdselstiltak med sykehusutbyggingen.

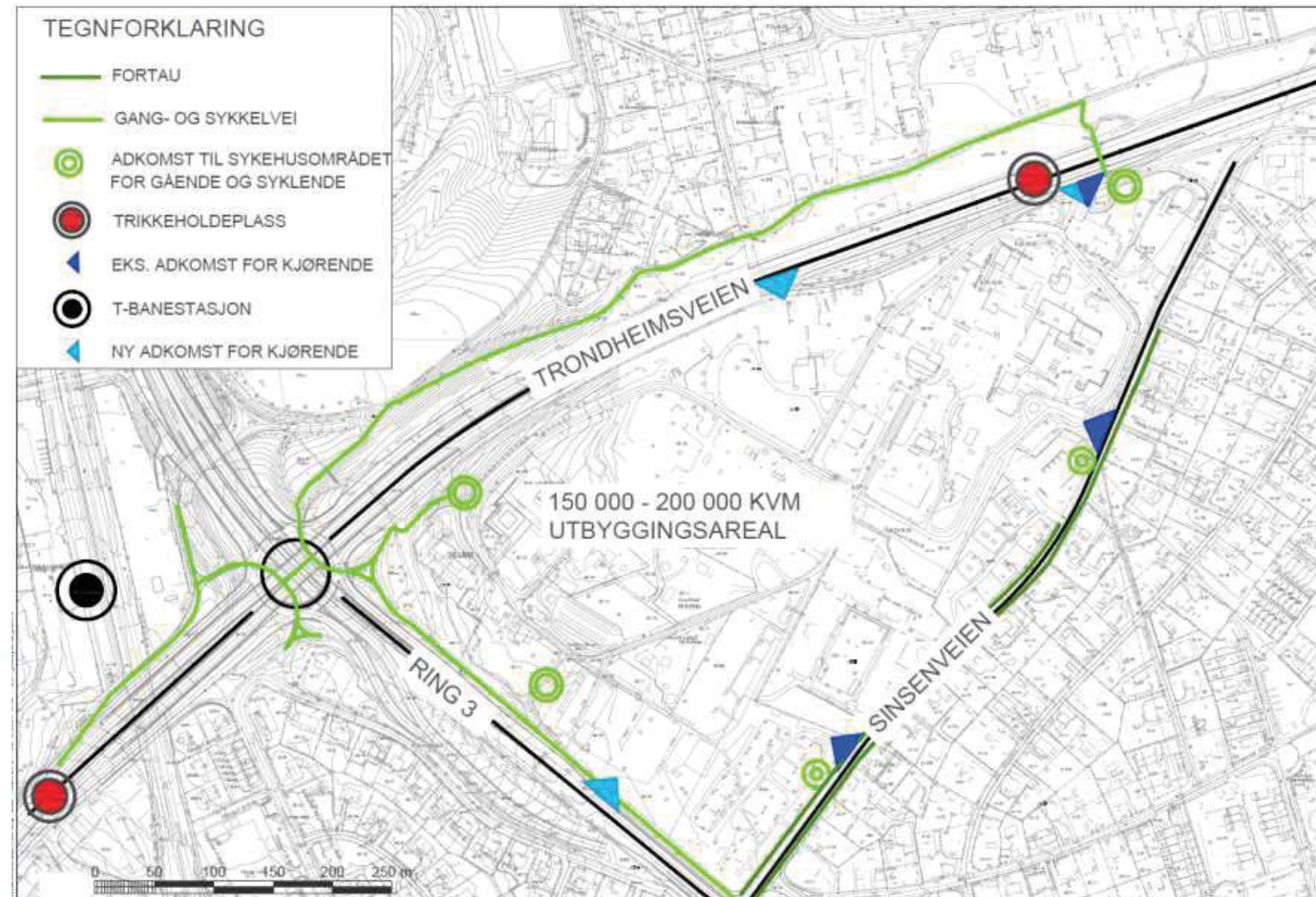
På møtet med Statens vegvesen Region Øst ble det nevnt at Statens vegvesen har planer om å etablere en tverrforbindelse mellom Trondheimsveien og Østre Aker vei for å redusere trafikken i Trondheimsveien. Tiltaket åpner for å nedgradere Trondheimsveien til en lokalvei med vesentlig mindre trafikk. Vi har registrert at Ruter har sendt inn reguleringsplan for trikk til Tonsenhagen, som vil erstatte bussrute 31.

Denne planen legger opp til en god overgang mellom T-bane og trikk på Sinsen. Det er også forutsatt trikkeholdeplass i området ved dagens av- og påkjøringsrampe til Trondheimsveien, planlagte holdeplasser er markert i figuren ved siden.

I forhold til adkomst med bil vil det være ønskelig å få etablert et fullverdig kryss i Trondheimsveien i nærheten av trikkeholdeplassen, slik at det er mulig å nå nordre del av sykehusområdet både fra nord og sør. I forbindelse med planen om trikk til Tonsenhagen bør muligheten for en slik kryssløsning vurderes.

Det er også viktig å få til en god adkomst til den sørlige delen av tomten fra Trondheimsveien. Det er derfor et ønske om å få etablert enda et kryss på strekningen mellom Sinsenkrysset og dagens avkjøring. Fra dette krysset vil man få en sentral adkomst inn på tomteområdet.

Fra sør er det mulig å betjene området med bil fra eksisterende rundkjøring i Dag Hammarskjøldsvei og adkomster langs Sinsenveien. I møte den 13.10.15 tok vi opp muligheten for å etablere en ny rundkjøring i Dag Hammarskjøldsvei (Ring 3) mellom eksisterende rundkjøring og tunnelåpningen. Planene som nå vurderes, åpner for å rive eksisterende blokkbebyggelse i området. I så tilfelle vil området få en ny og annerledes bebyggelse som igjen ville kunne aktualisere ønsket om en avkjørsel her.



◀ Illustrasjon, adkomst til Aker-tomten. Norconsult

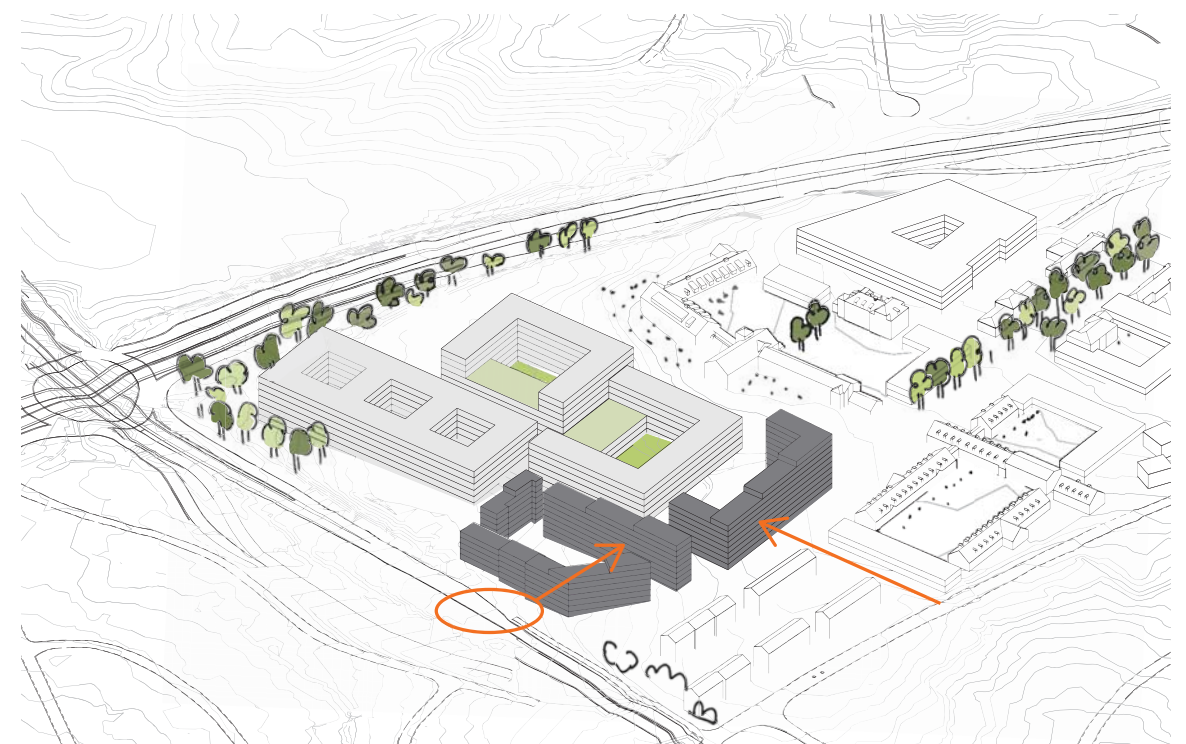
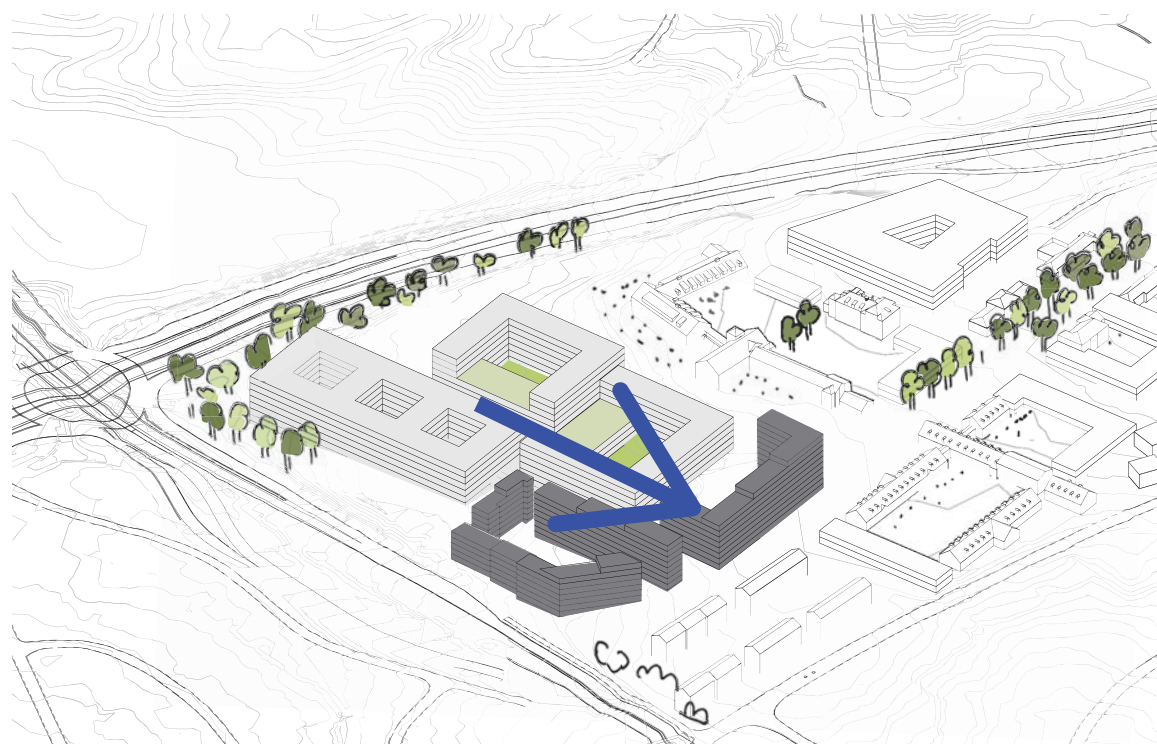


► Situasjonsplan, nye boliger på Fredensborg eiendoms tomt, Derlick Arkitekter

►► Illustrasjon, nye boliger på Fredensborg eiendoms tomt, Derlick Arkitekter

►▼ Illustrasjon, nye boliger på tomten til Fredensborg eiendom vil sperre for muligheten for utvidelse av lokalskykehuset

►►▼ Illustrasjon, nye boliger på tomten til Fredensborg eiendom vil sperre for mulig adkomst fra Ring 3 til lokalskykehuset



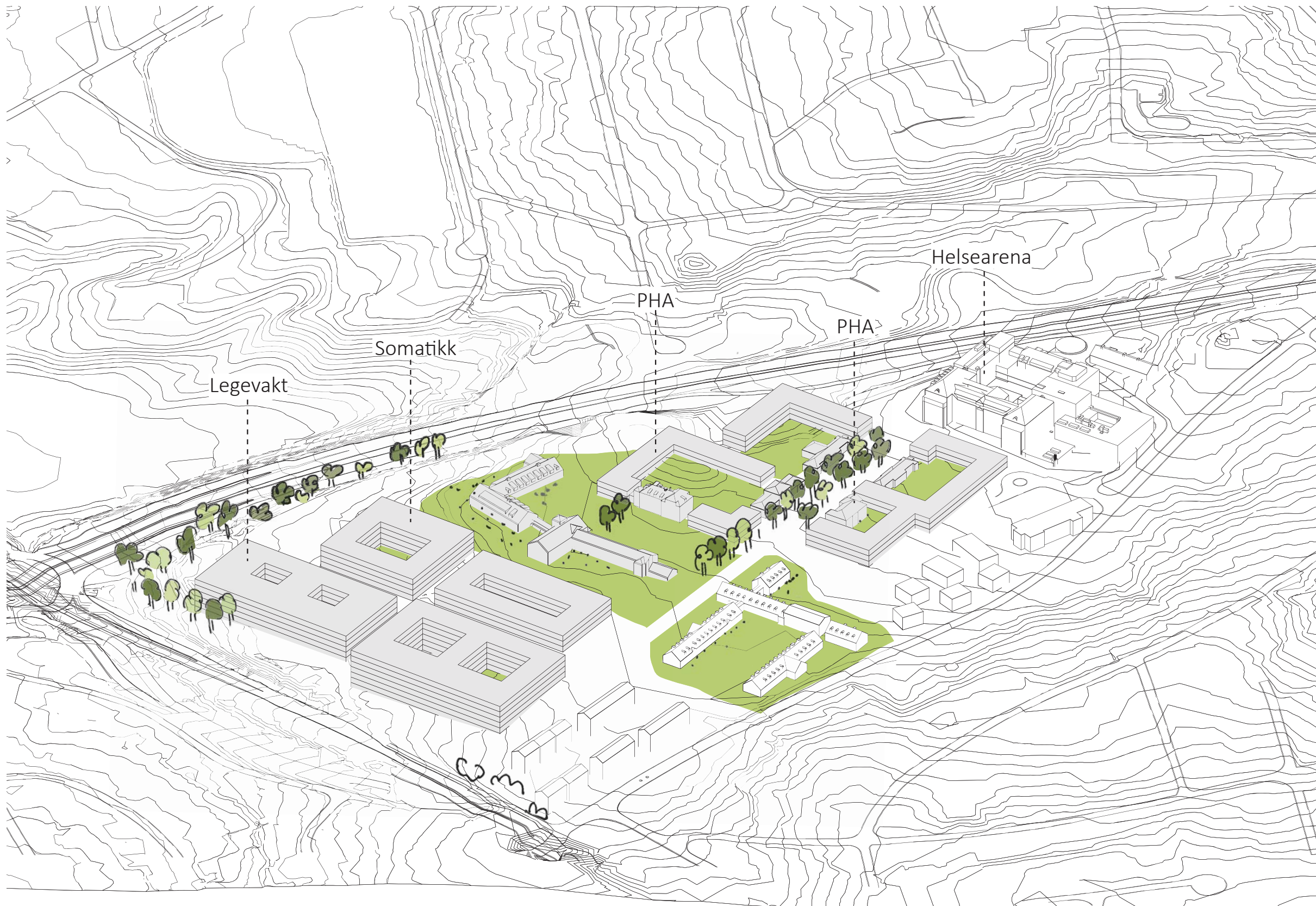


◀ Illustrasjon, lokalsykehus på Aker, med legevakt mot Helsearenaen i nord og nye boliger mot Ring 3 i sør. Refstad transittmottak inngår her i PHA.



► Situasjonsplan, lokalsykehus på Aker, med legevakt mot Helsearenaen i nord og nye boliger mot Ring 3 i sør.
Refstad transittmottak inngår her i PHA

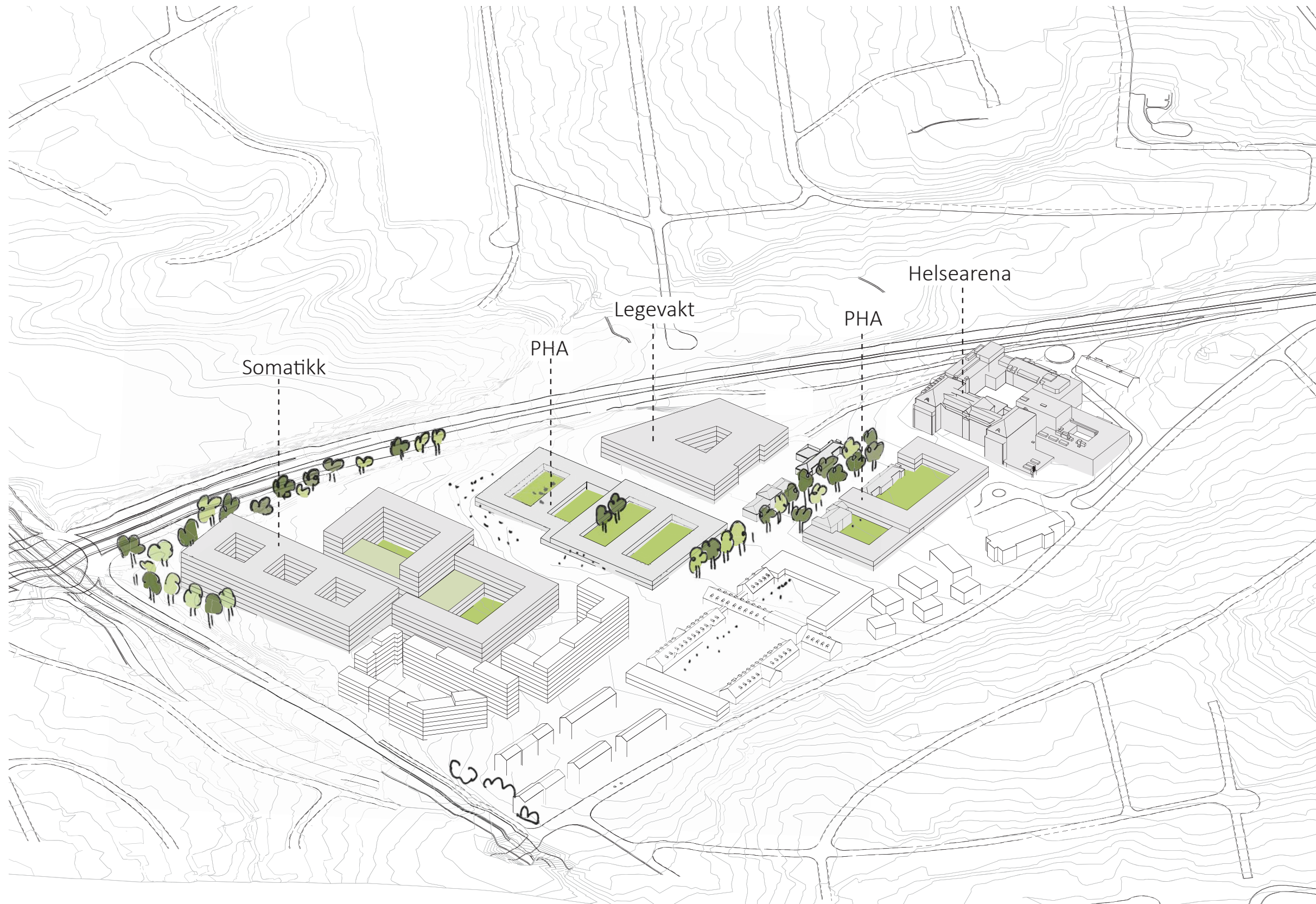




◀ Illustrasjon, lokalsykehus på Aker, med legevakt ved lokalsykehuset mot sør. Tomten til Fredensborg eiendom inngår i tomten for lokalsykehus.

► Situasjonsplan, lokalsykehus på Aker, med legevakt ved lokalsykehuset mot sør. Tomten til Frensborg einendom inngår i tomten for lokalsykehus.





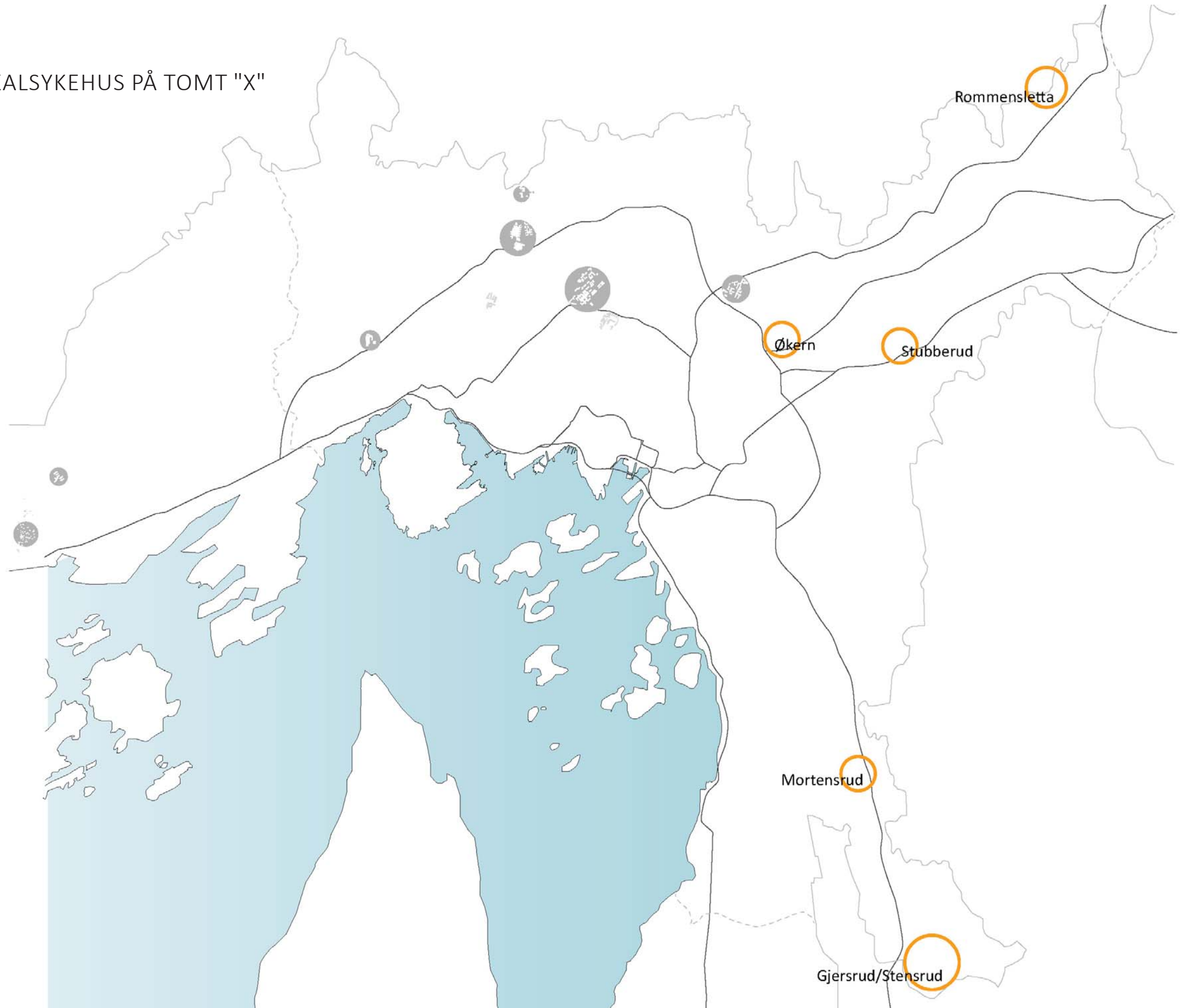
◀ Illustrasjon, lokalskehus på Aker. Legevakt og Helsearena i nord, nye boliger og somatikk i sør, Vernede bygg midt på tomten er revet for å gi plass til PHA.



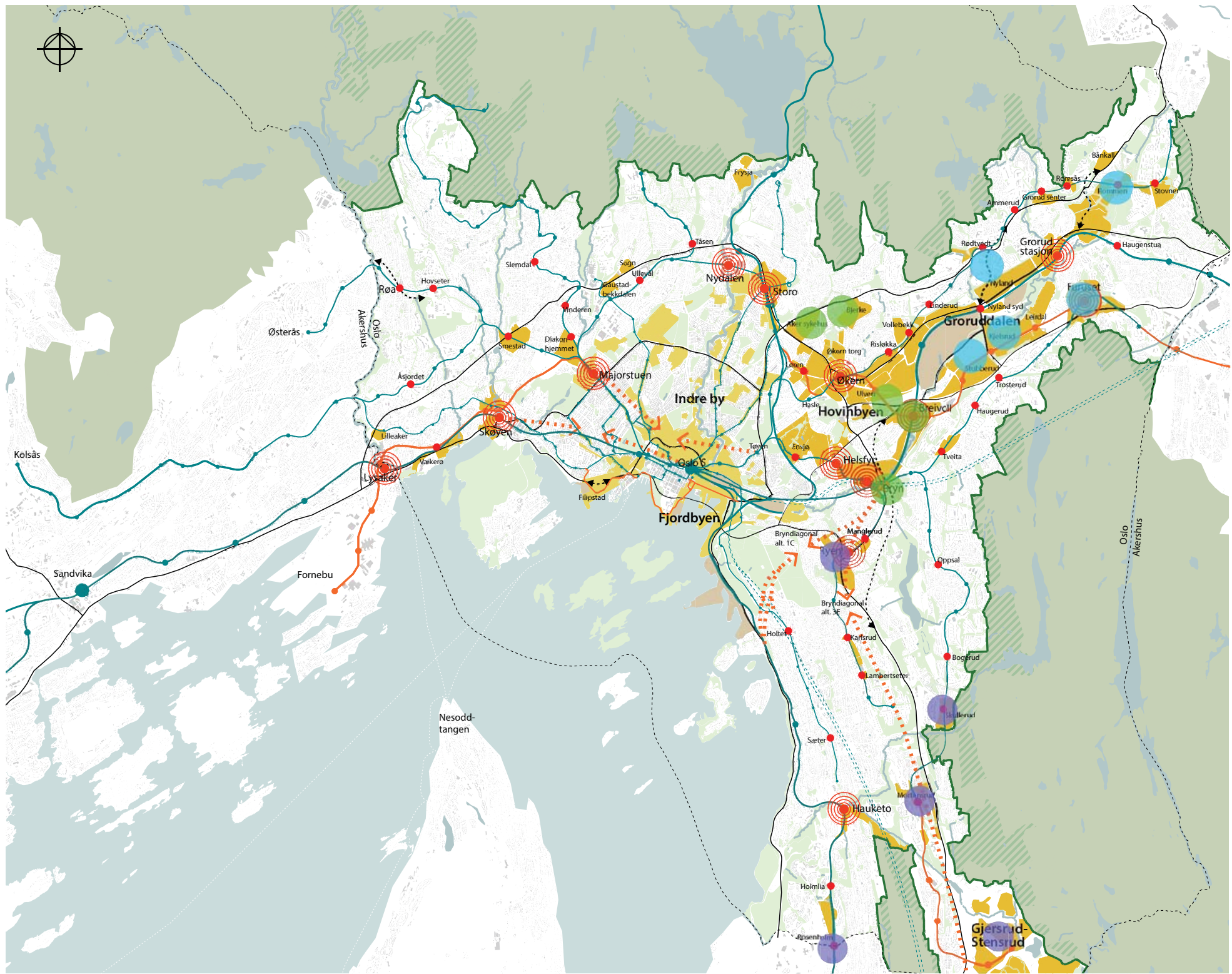
► Situasjonsplan, lokalsykehus på Aker. Legevakt og Helsearena i nord, nye boliger og somatikk i sør. Vernede bygg midt på tomten er revet for å gi plass til PHA.



LOKALSYKEHUS PÅ TOMT "X"



► Oversiktskart, eventuelle lokasjoner for nytt lokalsykehus i Oslo øst.



NORDØST KORRIDOREN
 ROMMENSLETTA
 KJELSRUD
 FURUSET
 BREDTVEDT
 STUBBERUD

HOVINBYEN
 AKER SYKEHUS
 BJERKE TRAVBANE
 HARALDRUD NORD
 BREIVOLL
 BRYN ØST

SØR KORRIDOREN
 RYEN
 SKULLERUD
 MORTENSRUD
 ROSENHOLM
 GJERSRUD/STENSRUD

KOMMUNEPLAN FOR OSLO
 AREALBRUKSSTRATEGI MOT 2050

- KOLLEKTIVKNUTEPUNKT**
 Område med potensial for bymessig utvikling og kobling av to eller flere banebaserte linjer, hvorav en med regional funksjon. Høy arealutnyttelse.
- PRIORITERTE STASJONSNÆRE OMRÅDER**
 Område med t-banelinje, tog, busslinje og senterfunksjon, samt arealpotensial. Høyere arealutnyttelse vurderes.
- UTVIKLINGSOMRÅDER I INDRE BY**
 Områder for bymessig utvikling. Angitt i juridisk arealdel som transformasjons- eller utviklingsområde. Transformasjonsområder krever ny gate- og byromstruktur, utviklingsområder bygger på eksisterende struktur. Høy arealutnyttelse.
- UTVIKLINGSOMRÅDER I YTRE BY**
 Områder for bymessig utvikling. Både transformasjons- og utviklingsområder, men angitt samlet også i juridisk arealdel. Høy arealutnyttelse.
- TERMINALOMRÅDER**
- EKSISTERENDE TOG**
- ROMERIKSPORTEN/FOLLOBANE I TUNNEL**
- EKSISTERENDE / NY T-BANE**
- EKSISTERENDE / NY TRIKK**
- NYE TRASEER/TUNNELER TOG/T-BANE**
- HOVEDVEINETT MED KOLLEKTIVFELT**
- NYE VEITUNNELER/DIAGONALER**
- GRØNNSTRUKTUR**
- MARKA MED MARKAGRENSA**
- AKTIVITETSSONE MARKA**
- BÅTLINJER**
- ELVER**

◀ Oversiktskart, kommunale tomter. Kilde: Oslo kommune Eiendoms- og byfornylsetaten, tilbakemelding på forespørsel om tomt til lokalsykehus fra OUS.

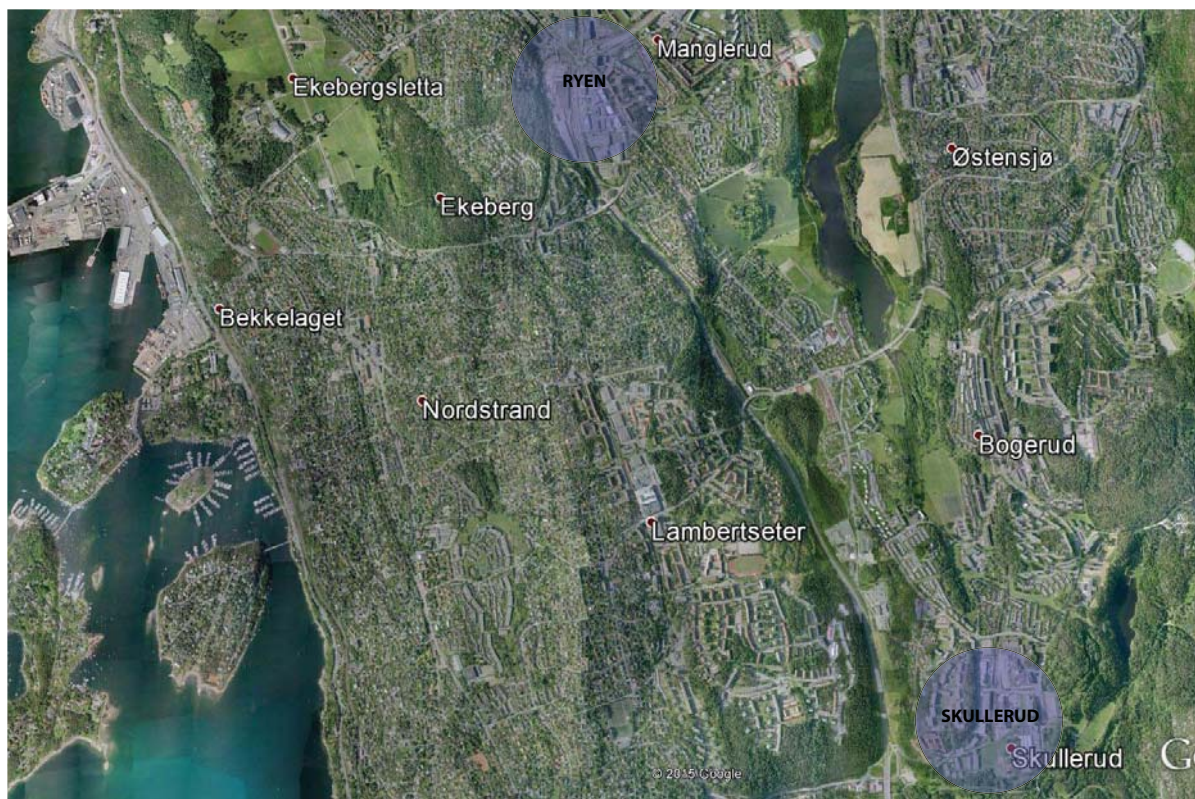
► Oversiktskart, Oslo
tomteområder Oslo
kommune råder over er
farget violett

I høringsuttalelsen til første versjon av idéfaserapporten har Oslo kommune påpekt på behovet for et lokalsykehus i øst eller sør av byen. Kommunen har i oppfølging av dette utpekt 14 områder i tillegg til Aker sykehus der et slikt lokalsykehus kunne vurderes.

Idéfasearbeidet har derfor inkludert muligheten for et lokalsykehus på en tomt «X» i sine utredninger. OUS har i midlertid ikke mottatt en konkretisering av lokalsykehustomter utenfor Aker eller Ullevål sykehus der OUS selv eier tomtene.

Utredningsarbeidet har derfor ikke konkretisert fysiske løsninger for en ukjent tomt, men forutsatt at en slik tomt både vil være stor nok og egnet for et lokalsykehus. Naturlig nok er usikkerheten knyttet til å plassere lokalsykehuset på en hittil ukjent lokalisering veldig stor. Dette gjelder både i forhold til et eventuell tidskrevende reguleringsarbeid og ukjente kostnader for nødvendig teknisk og trafikal infrastruktur.

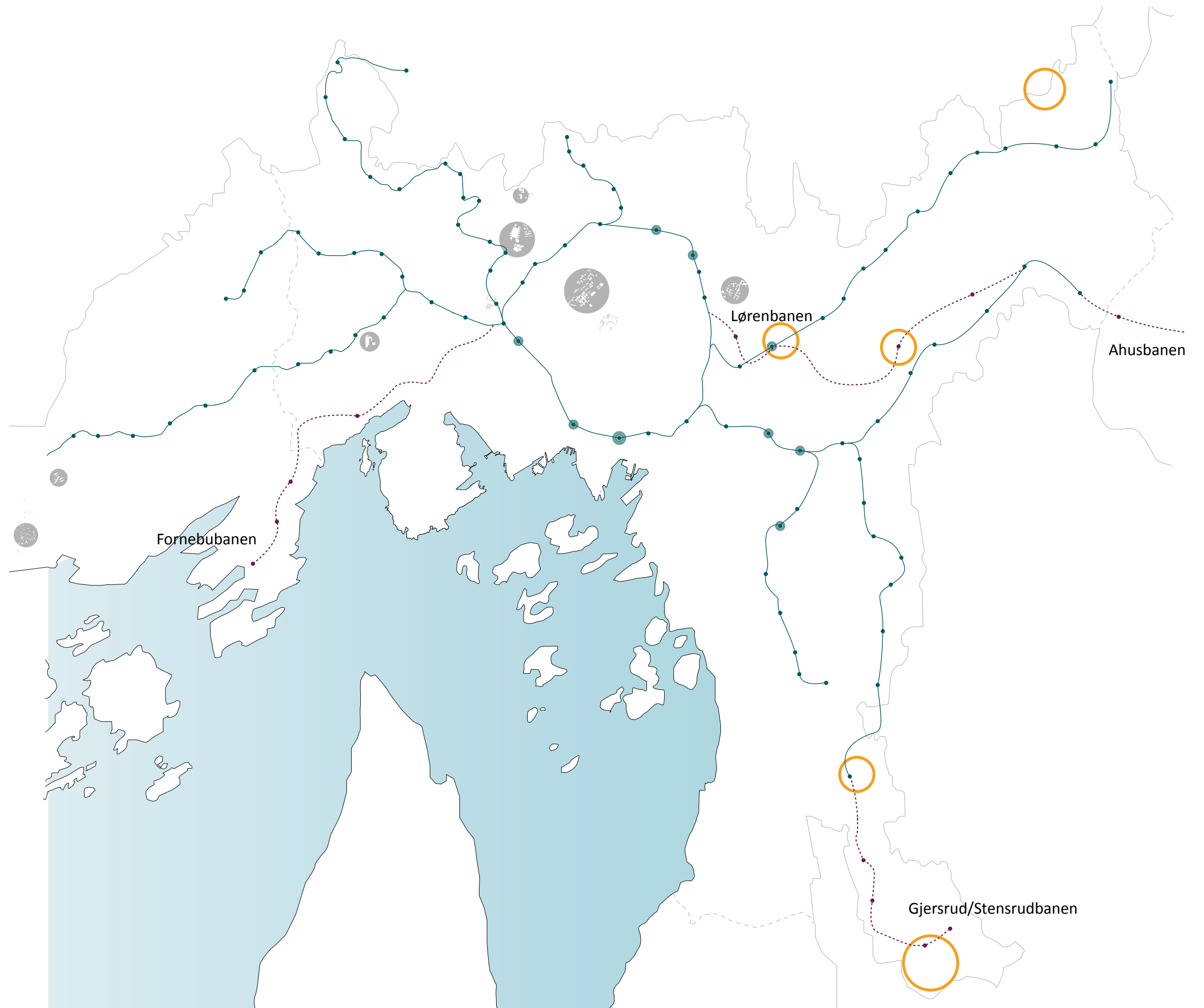




◀ Oversiktsbilde, mulige områder for plassering av nyt lokal sykehus

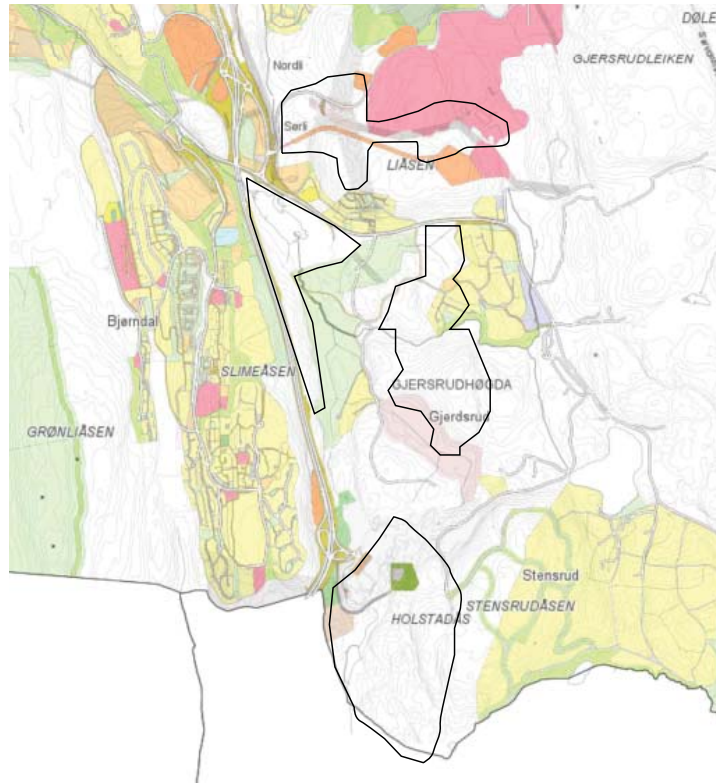


► Oversiktskart, mulige tomter for nyt lokalsykehus, i forhold til nærhet til t-bane

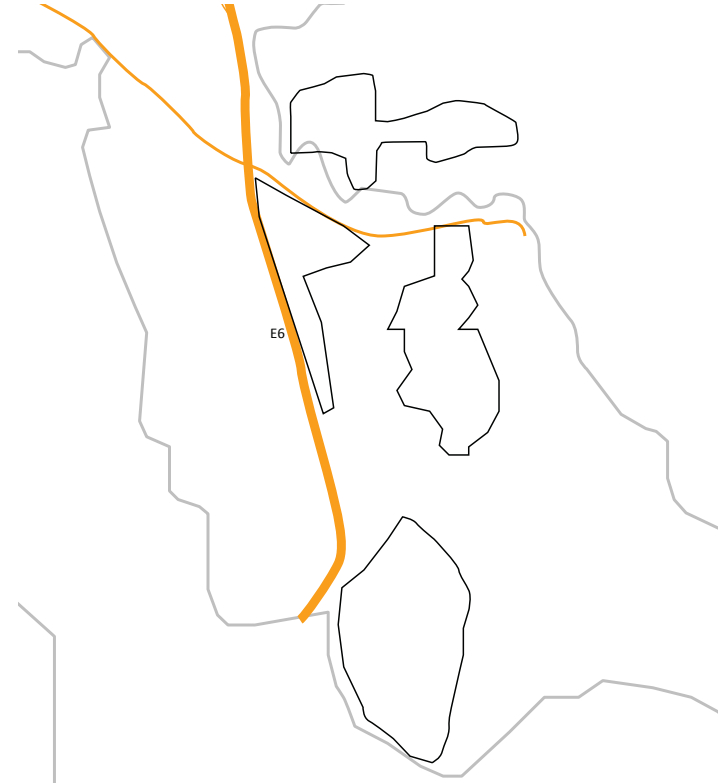


LOKALSYKEHUS PÅ TOMT "X" - GJERDSRUD

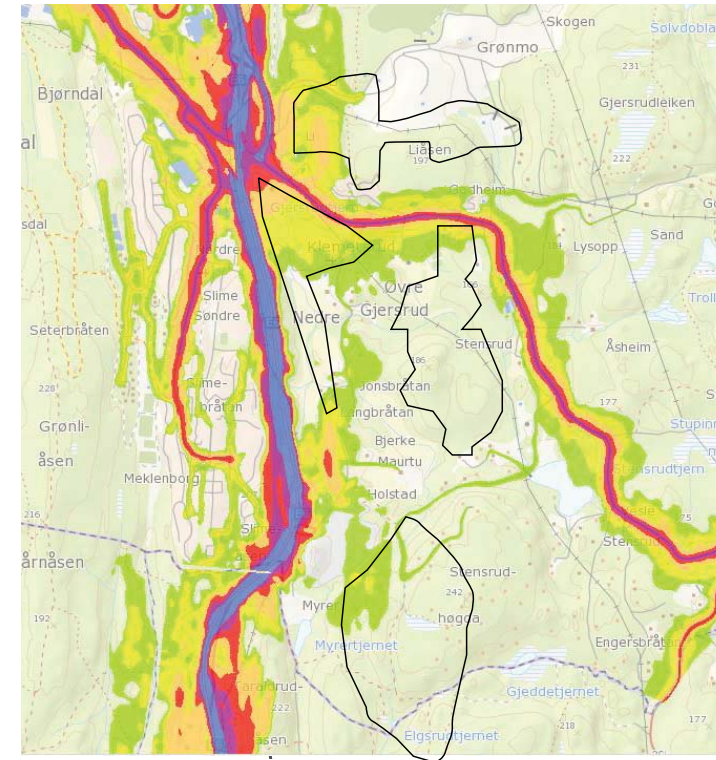
54



Regulering

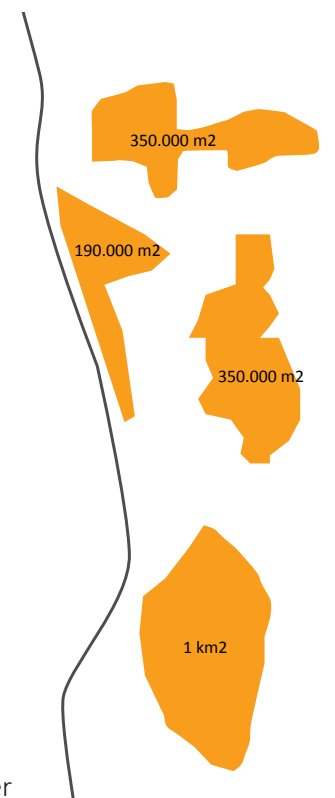


Hovedveier

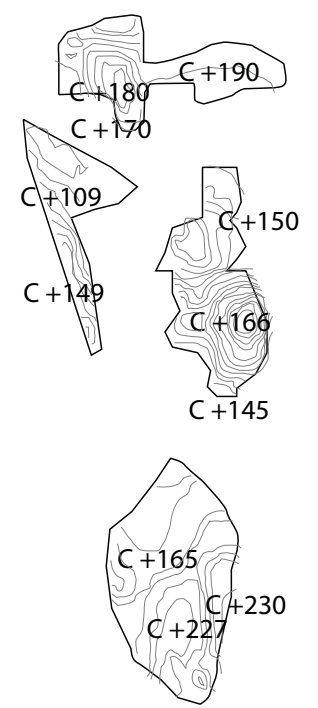


Støy

◀ Tomteanalyser
lokalsykehus tomt Gjerdsrud



Tomte størrelser



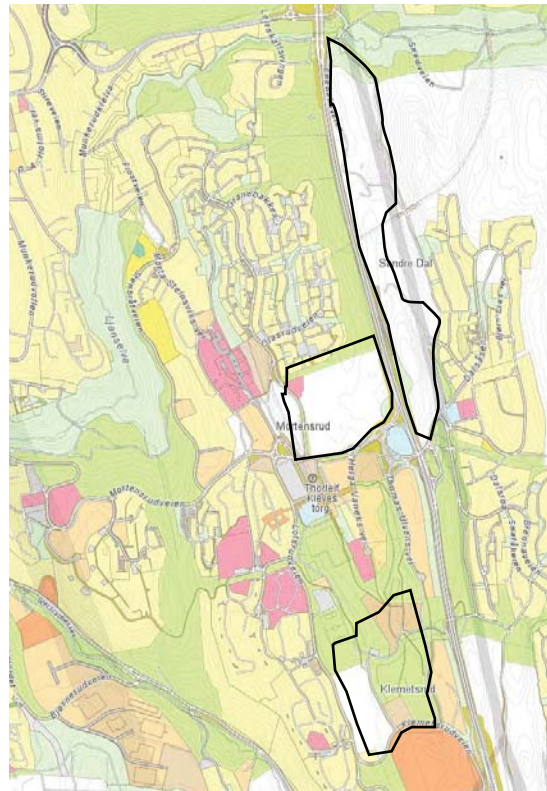
Terreng



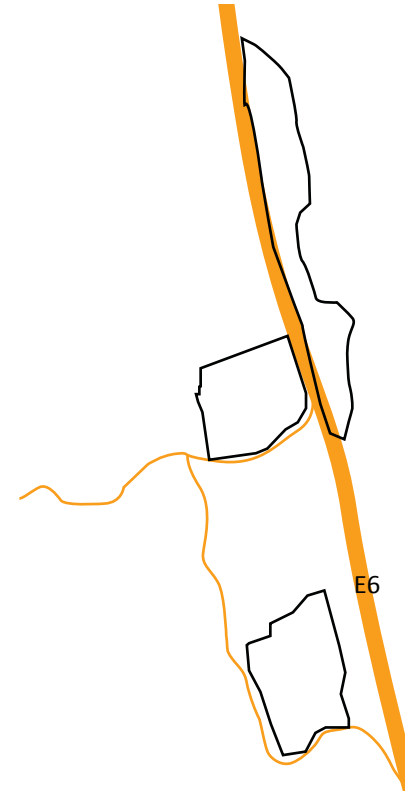
Planlagt t-bane stop, avstand til t-bane

LOKALSYKEHUS PÅ TOMT "X" - MORTENSRUD

► Tomteanalyser
lokalsykehus tomt
Mortensrud



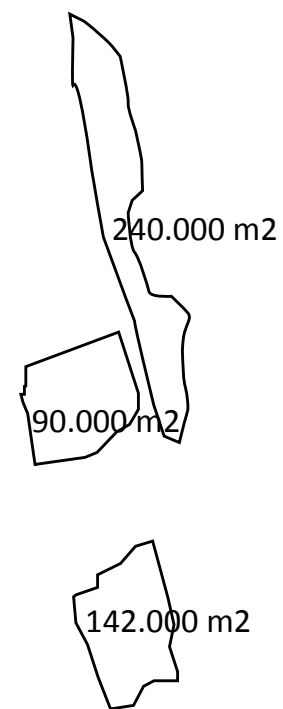
Regulering



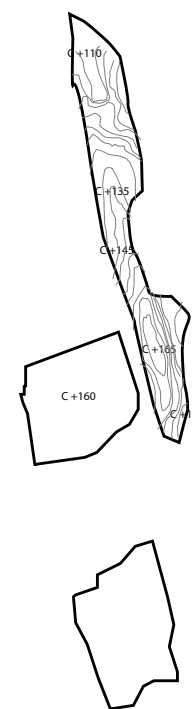
Hovedveier



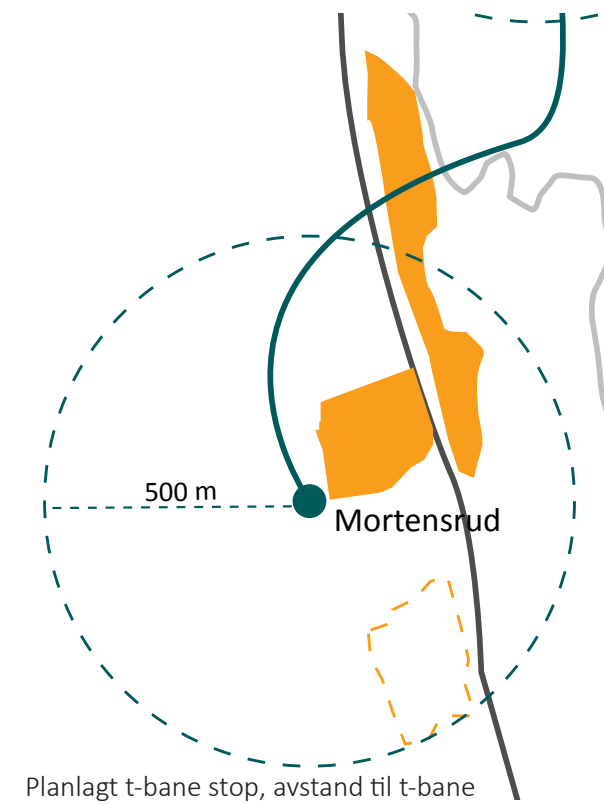
Støy



Tomte størrelser



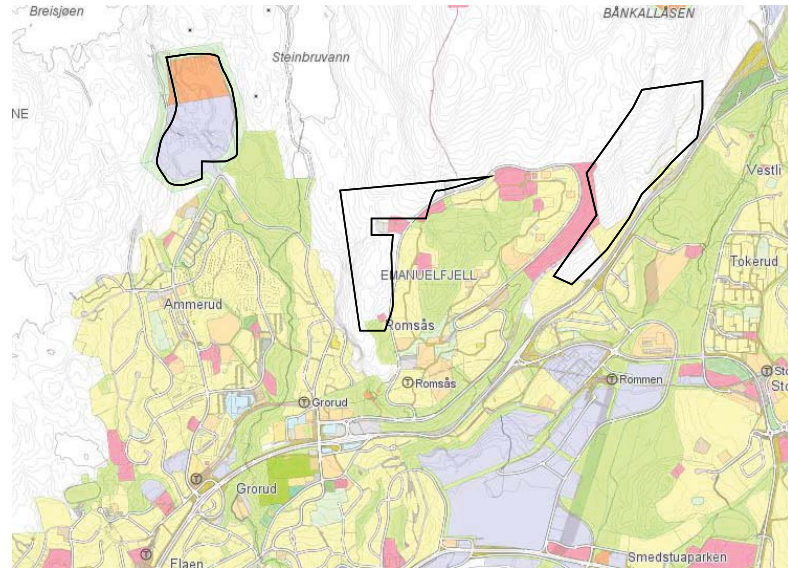
Terreng



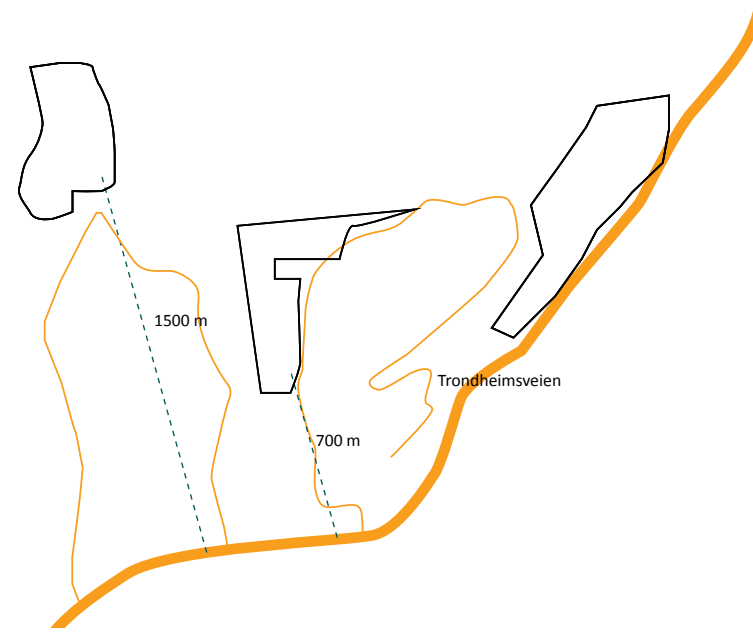
Planlagt t-bane stop, avstand til t-bane

LOKALSYKEHUS PÅ TOMT "X" - ROMMENSLETTA

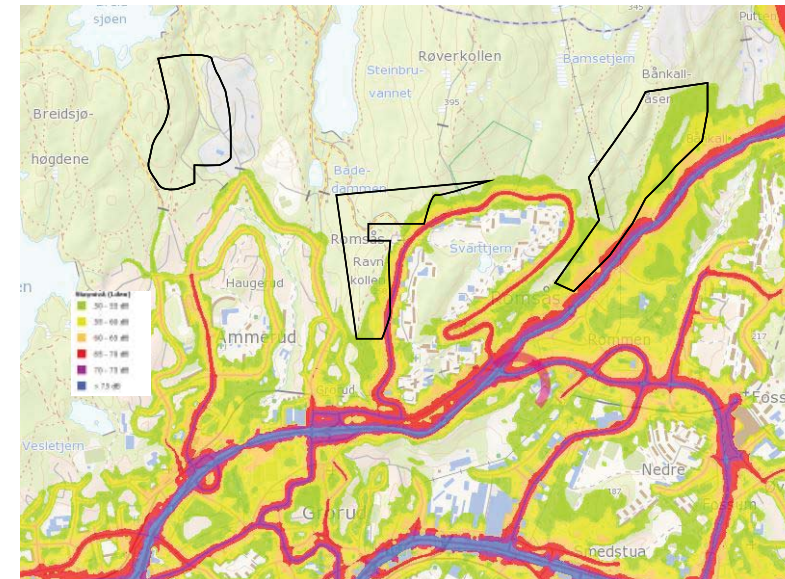
56



Regulering

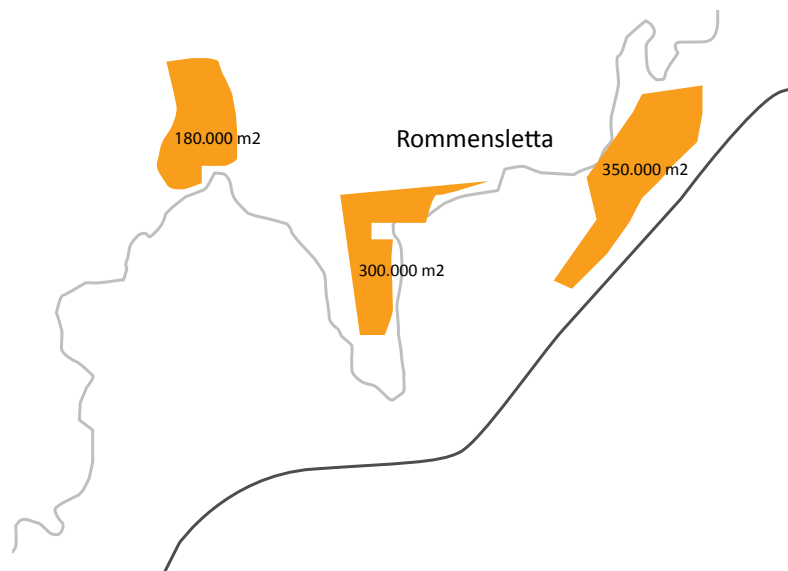


Hovedveier

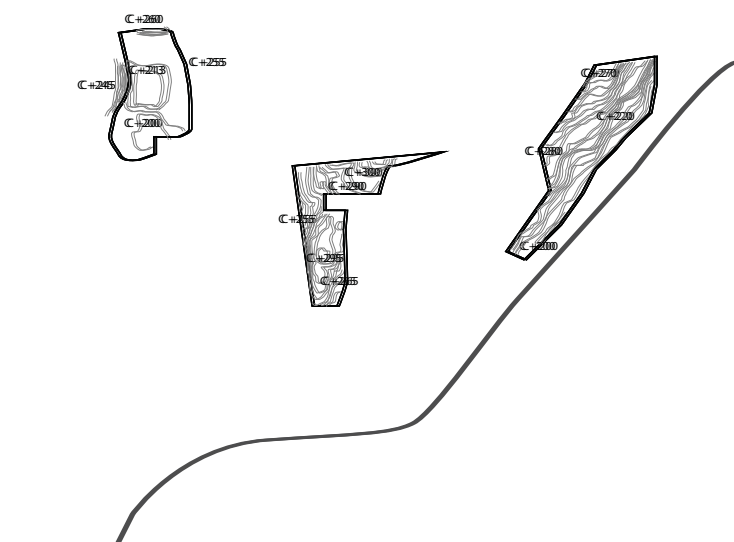


Støy

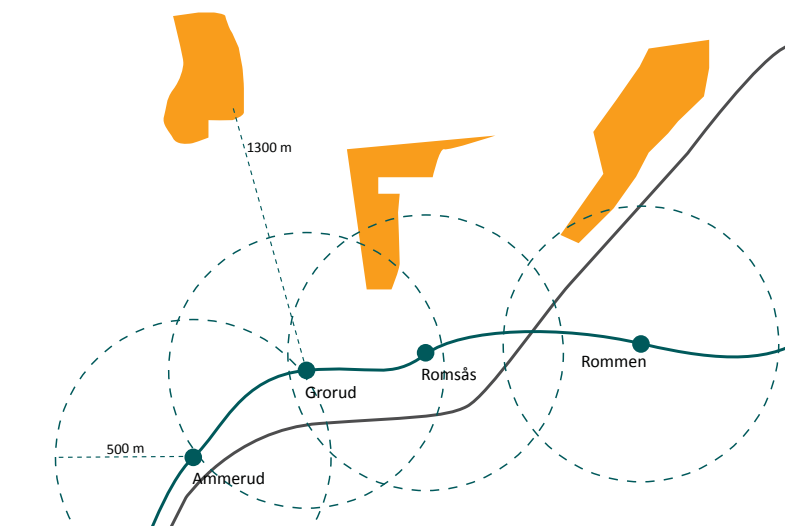
◀ Tomteanalyser lokalsykehus tomt Rommensletta



Tomte størrelser



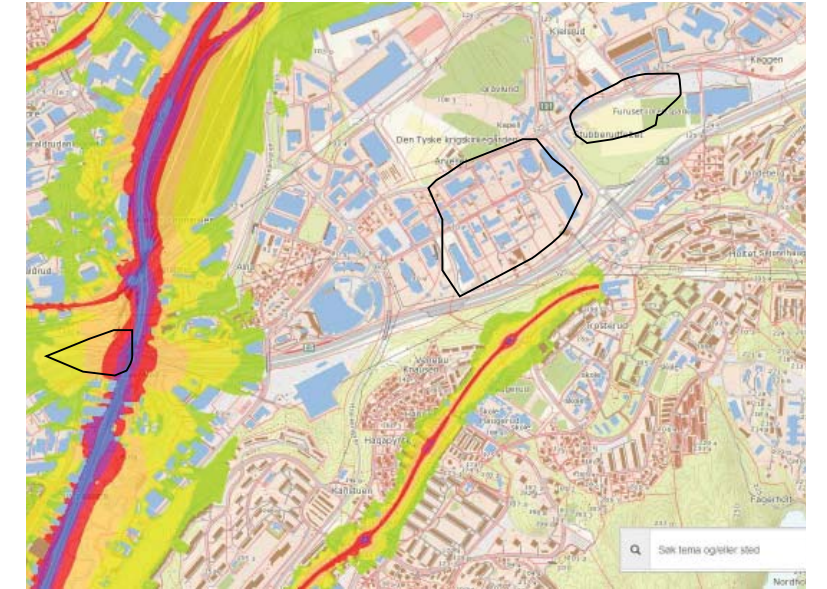
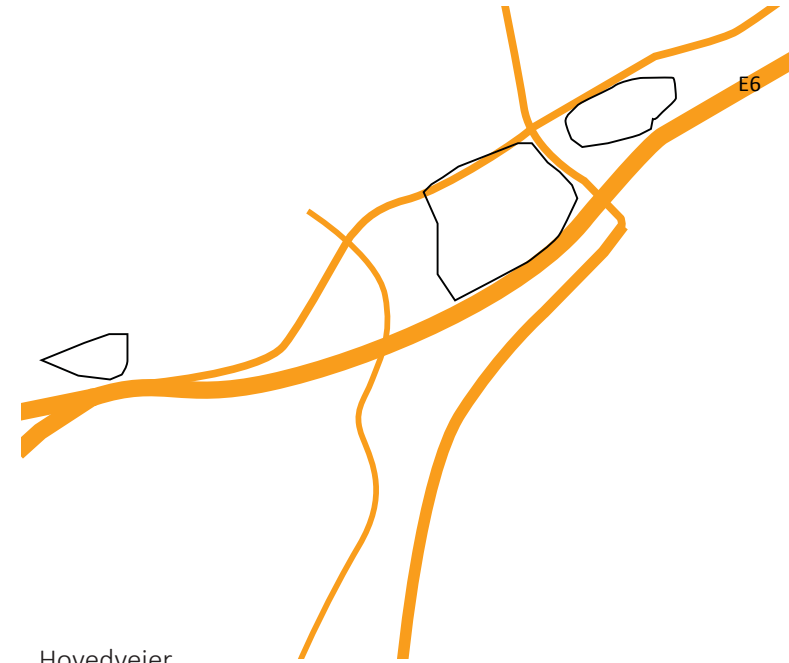
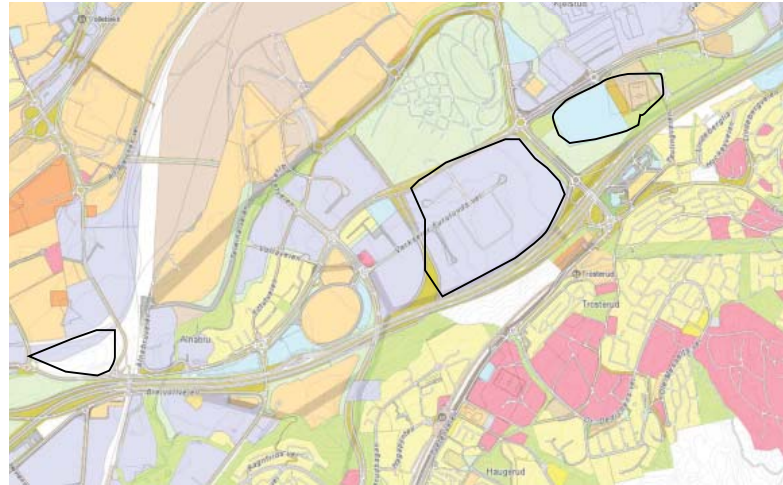
Terrang



Planlagt t-bane stop, avstand til t-bane

LOKALSYKEHUS PÅ TOMT "X" - STUBBERUD

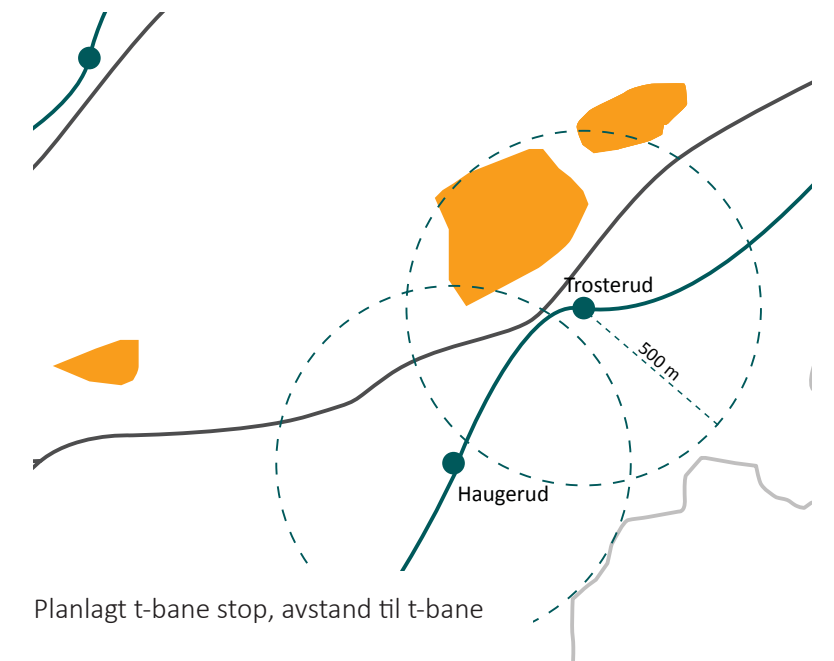
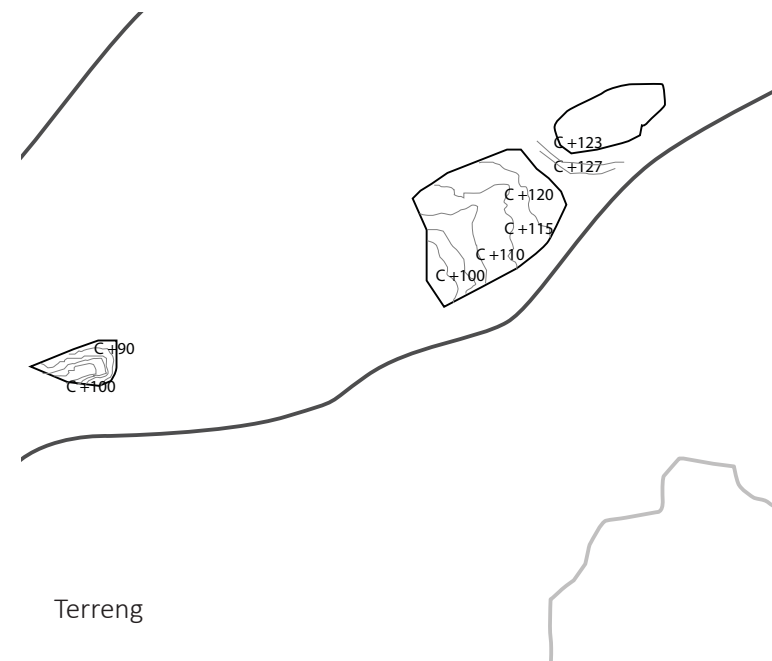
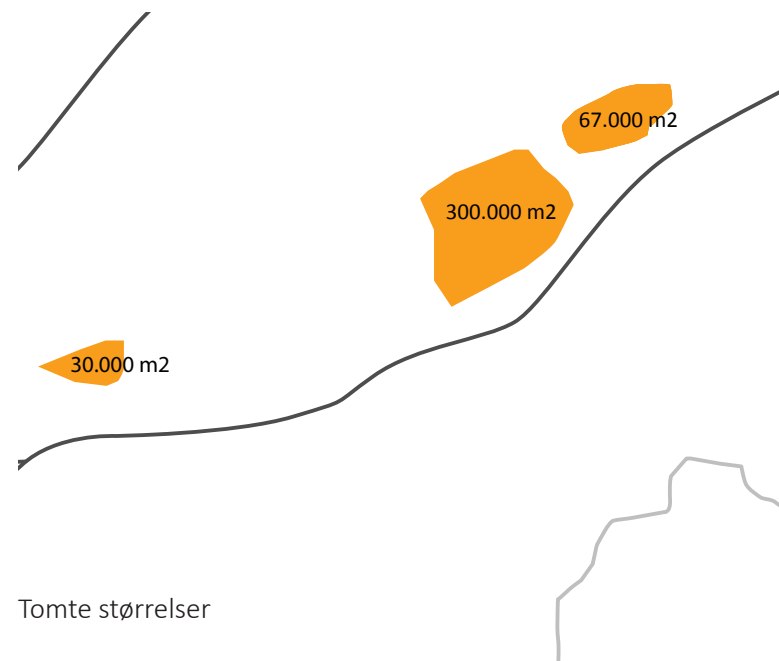
► Tomteanalyser
lokalsykehus tomt
Stubberud



Regulering

Hovedveier

Støy



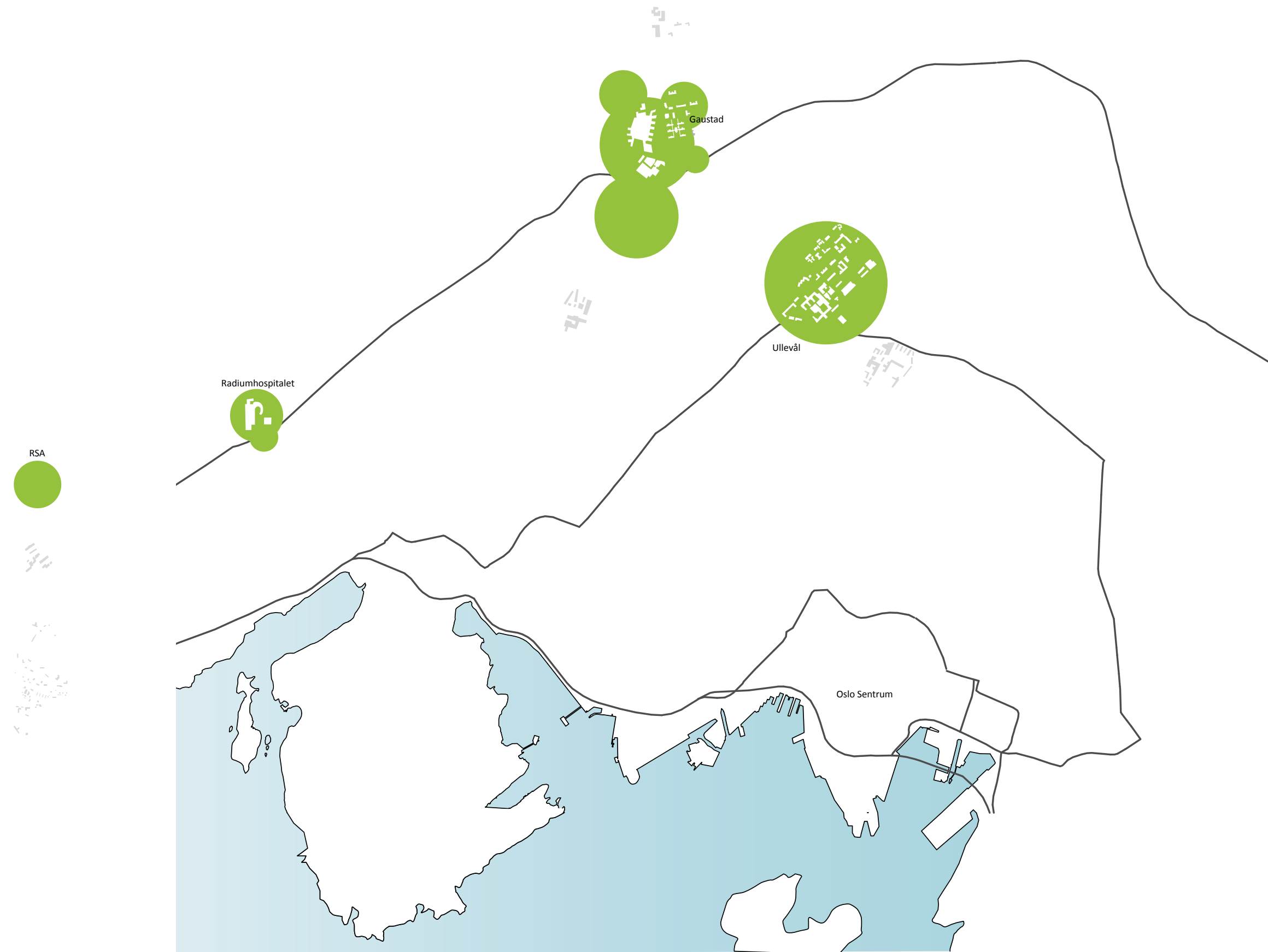
Tomte størrelser

Terreng

Planlagt t-bane stop, avstand til t-bane

LOKALSYKEHUS PÅ ULLEVÅL SYKEHUS I DELVIS SAMLING

► Oversiktskart, OUS delvis samling med lokalsykehus på Ullevål



Lokalsykehuset kan også plasseres på Ullevål sykehus i Alternativ 3. Etablering av et rent lokalsykehuset med tilsvarende ca. 140 000 m² BTA (lokalsykehusvariant 2) på Ullevål vil kreve tydelig mindre omfattende tiltak en beskrevet for sykehuset som skal etableres på Ullevål i Alternativ 2 – delt løsning. Hovedfokus burde her også ligge i å erstatte de dårligste bygg på Ullevål, særlig bygg 3 og bygg 7. Men i motsetning til den omfattende utbygningen som er nødvendig i Alternativ 2 vil ombyggingen av Ullevål i Alternativ 3 sannsynligvis kunne gjennomføres med en oppgradering av dagens teknisk infrastruktur.

Arealbehovet for et rent lokalsykehus på Ullevål er ikke så stort at byggeplassen bak midtblokken der dagens teknisk infrastruktur knyttes sammen behøves for å etablere lokalsykehuset. Samtidig vil en første etappe på Gaustad for å etablere regionsykehuset frigjøre nokk areal på Ullevål at behovet for rokeringsbygg kan minimeres. Med fokus på de levedyktige bygg på Ullevål vil lokalsykehuset på Ullevål kunne benytte seg av et scenario tilnærmet «Ullevål – hele» utviklet i idefaserapporten 2.0 for en delt løsning.



► Illustrasjon, lokalsykehus på Ullevål ved delvis samling

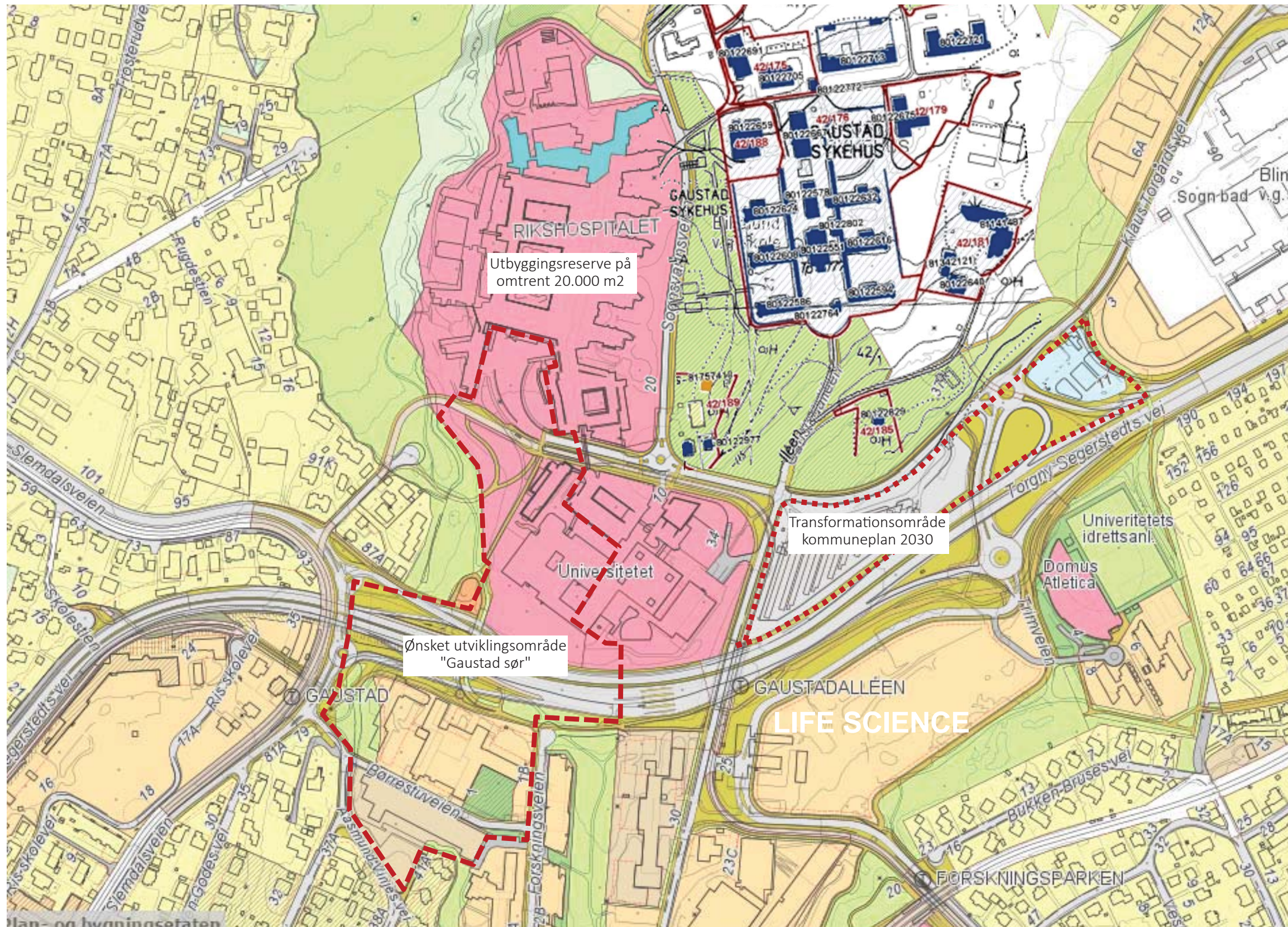


REGIONSYKEHUS PÅ GAUSTAD

► Illustrasjon, regionsykehus på Gaustad ved delvis samling



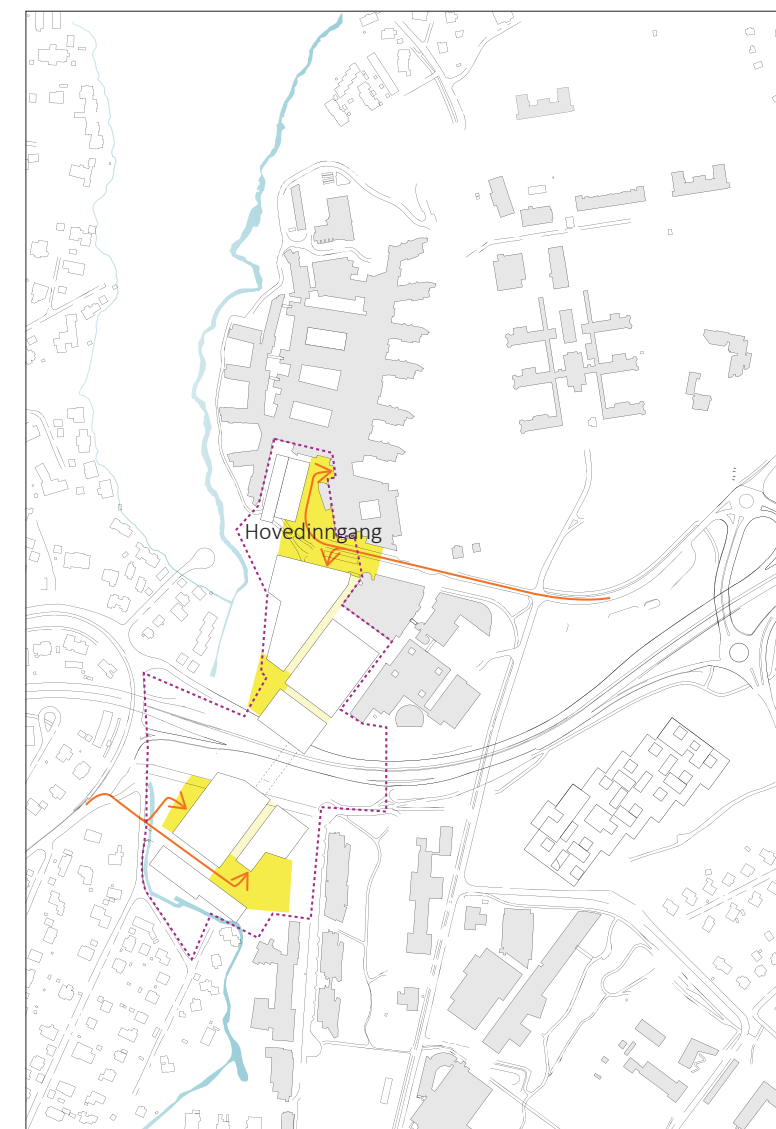
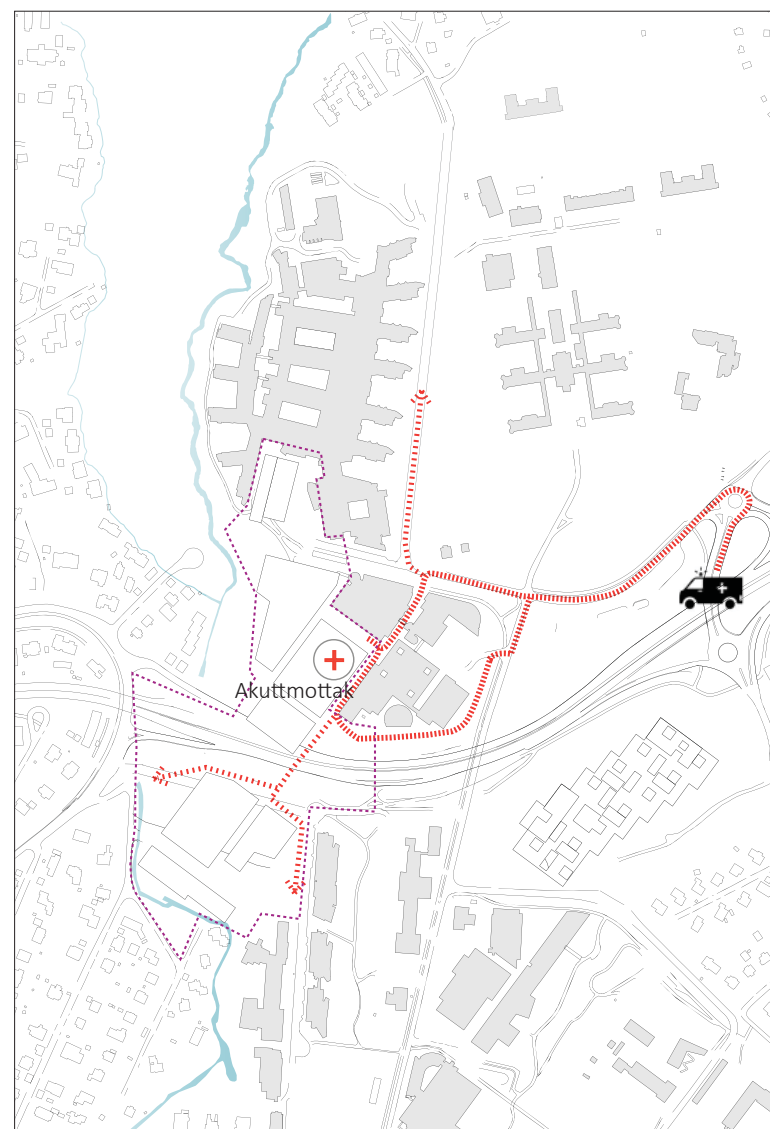
GAUSTAD REGULERING OG FREDNING



◀ Reguleringsplan, Gaustad området. Kilde Plan og Bygningsetaten



- ▶ Diagramm, Grønn forbindelse over lokket
- ▶▶ Diagramm, Ankomst med ambulanse, plassering av akuttmottak
- ▶▶▶ Diagramm, plasser og inngange



Alternativ 3 – delvis samling- samler regionfunksjoner på Gaustad. Også i dette alternativet reduseres utbyggingsbehovet på Gaustad betydelig fordi Radiumhospitalet vil bestå videre. I tillegg skal det etableres et lokalsykehus et annet sted. Samlet sett fører dette til en tilnærmet halvering i utbyggingsbehovet på Gaustad i forhold til den tidligere løsningen med «full samling».

Dette betyr at en samling av regionfunksjoner på Gaustad kan gjennomføres med et lokk over Ring 3 og ved at kun de eldste delene av Domus Medica (PKI) må rives for å skape rom for et sammenhengende somatisk sykehuskompleks fra Rikshospitalet sørover over ringveien.

Ved å ta i bruk alle muligheter på Gaustad for plassering av hensiktsmessige funksjoner utenfor utviklingsbeltet sør for Rikshospitalet blir det i tillegg mulig å ta hensyn til regulerte grøntområder og turveier i området som Oslo kommune definerte som rammebetingelse for en tyngre utbygging på Gaustad.

I tillegg til Rikshospitalet og tilknyttede nye sykehusbygg sørover er det derfor vurdert å:

- benytte hele Gaustad sykehus til egnede funksjoner
- utnytte utbyggingspotensiale på Rikshospitalet (tilbygg/påbygg)
- bygge ut moderat i nord både for Rikshospitalet og Gaustad sykehus
- fortsette leie i Forskningsveien
- bygge ut på parkeringstomten sør for Gaustad sykehus
- etablere en hensiktsmessig løsning for parkering under bakkenivå.

Dagens hovedinngang til Rikshospitalet skal styrkes og bli en tydelig hovedinngang i midten av hele det nye somatiske

sykehuskomplekset på Gaustad. Dagens forplass brukes som byggeplass for å utvide viktig tung infrastruktur sørover og et høyt bygg kan markere hovedinngangen og tilby erstatning for pasienthotellet som må rives. Mens underetasjene av dagens Rikshospital og de nye bygge sørover skal knyttes sammen må inngangsnivået her får et preg av et tydelig offentlig rom.

Det er dermed naturlig at personal og pasientservicefunksjoner og fasiliteter for utdanning og undervisning konsentreres under og rundt hovedinngangen. Nye auditorier og seminarrom her kan dermed enkelt knyttes til dagens undervisningscenter i B-avsnittet til Rikshospitalet.

For å skape et sammenhengende sykehuskompleks sørover skal broer og andre bygningsmessige forbindelser skape et tydelig kommunikasjonssystem for offentlig og intern trafikk gjennom hele komplekset fra Rikshospitalet ned til Forskningsveien, der det kan etableres en egen inngang til sykehuskomplekset som skal reises sør for ringveien.

For å skille offentlig adkomst og ambulansetrafikk til det regionale traumesenteret som skal etableres i regionsykehuset på Gaustad er det nødvendig å plassere traumesenteret med akuttmottaket der Byggetrinn 1 av Domus Medica ligger i dag. Kun her vil det bli mulig å etablere ambulansedkomst uavhengig av offentlig adkomst og varetransport til sykehuset på en god måte. I tillegg gir dette en veldig sentral plassering i hele det nye Rikshospitalet på Gaustad som er en viktig funksjonell forutsetning. Dagens varemottak må styrkes og videreutvikles videre til å kunne håndtere leveranser til et større sykehus og Domus Medica samtidig.

For å kunne plassere traumesenteret og akuttmottaket må det rives de eldste delene av Domus Medica, ca. 15 000 m² BTA, når dette skal etableres. Det har i samarbeid med UiO blitt utarbeidet to mulige alternativer for en permanent erstatning av

disse arealer før disse delene av Domus Medica skal rives. Siden mer en halvparten av arealene i den berørte delen av Domus Medica er viet til studentundervisning og lignende formål kan en naturlig opsjon være å integrere disse i den nye bebyggelsen rundt hovedinngangen. Kontorer, verksteder og laboratorier som utgjør den andre halvdel av arealet foreslås integrert i byggene rundt dagens forplass, enten i nybygg eller i bytte med OUS for eksempel i A eller B-avsnittet i dagens Rikshospital.

Opsjon nummer to er å integrere disse arealene i et nytt Forsknings og undervisningsbygg som kan reises der parkeringshuset (I-avsnittet) ligger i dag. Her kan det bli stor nærhet til både resterende deler av Domus Medica og samtidig det nye Life-science senteret som UiO skal etablere rett sør for ringveien. Denne opsjonen innebærer at OUS må skaffe erstatning for parkeringsplassene i I-avsnittet i byggeperioden eller permanent.

Begge alternativer åpner store muligheter for et framtidig tett og integrert samarbeid mellom OUS og UiO på Gaustad, der sykehus, forskning og utdanning vil møtes på høyest nivå. De beste løsningene vil finnes i en videre utredning av samarbeidet i en konseptfase.

Der ringveien i dag er en tydelig barriere i området, kan lokket over Ring 3 skape et sammenhengende og ikke minst roligere sykehusområde med park på Gaustad som forbinder byen, universitetet og sykehuset på en utmerket måte. Området ligger ved en av Oslos blågrønne forbindelser helt unikt i punktet hvor Marka kommer tettest på byen. Et samlet landskapsgrep kan skape en grønn forbindelse fra Majorstuen via Blindern til Nordmarka gjennom en mosaikk av varierte og aktive uterom. Landskapet kan bli lett tilgjengelig og attraktivt for en rekke brukergrupper fra pasienter, pårørende, sykehuspersonale, universitetsansatte, studerende, naboer til elevene på Vinderen videregående skole.



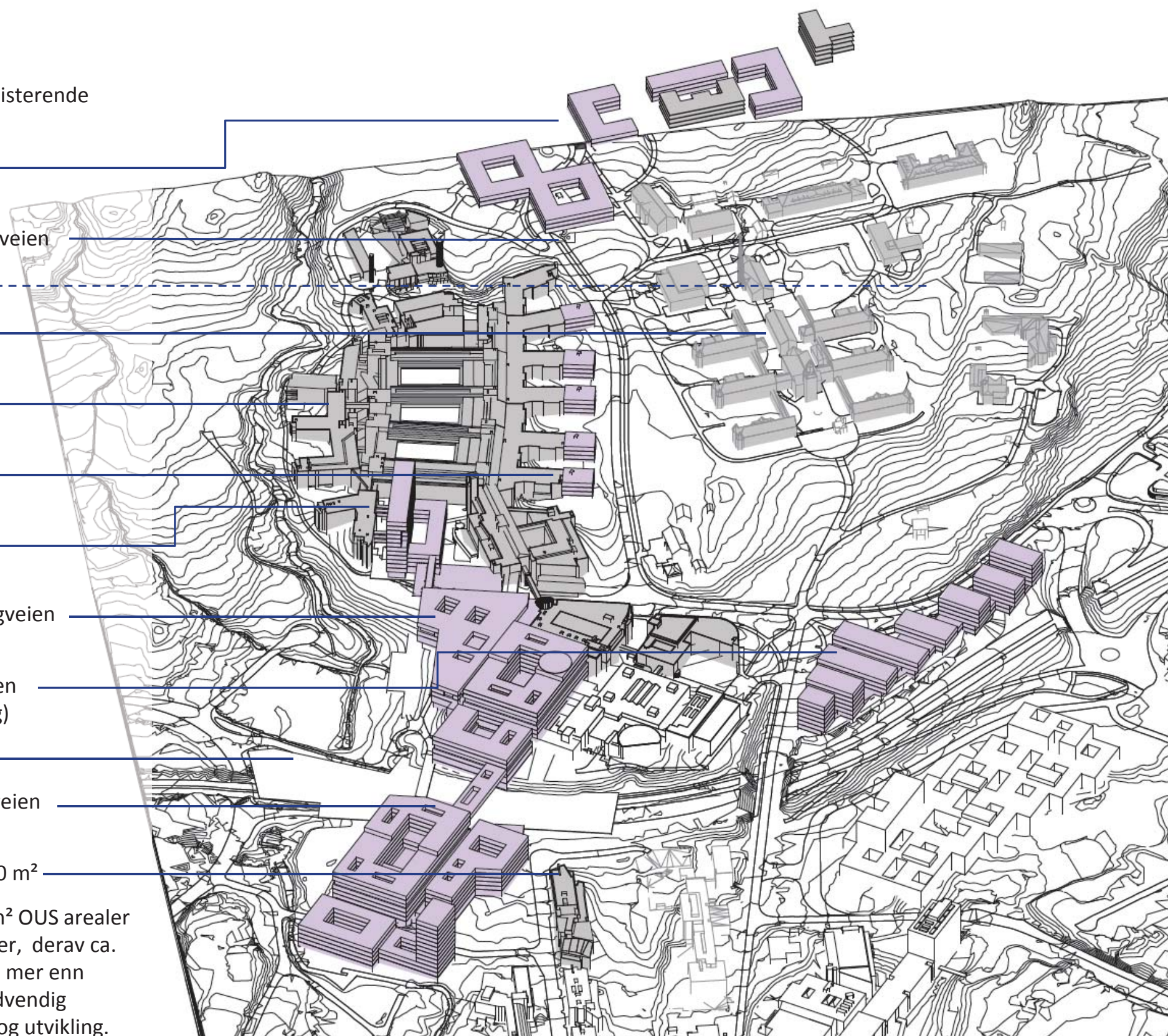
FULL UTBYGGING PÅ GAUSTAD

Alle utbyggingsmuligheter og eksisterende bygg må tas i bruk:

- Nye bygg i nord ca. 20 000 - 25 000 m²
- Krever omlegging Sognsvannsveien
- Eventuell RSA på Gaustad
- Bruk av Gaustad sykehus tilsvarende ca. 20 000 m²
- Eksisterende Rikshospital tilsvarende ca. 176 000 m²
- Til og påbygg Rikshospital tilsvarende ca. 10 000 m²
- Utbygging på forplassen ca. 20 000 m²
- Nye sykehusbygg nord for ringveien ca. 85 000 m²
- Utbygging på parkeringstomten ca. 15 000 m² (pluss parkering)
- Løkk over ringveien
- Nye sykehusbygg sør for ringveien ca. 75 000 m²
- leie Forskningsveien 2a 19 000 m²

Det vises her totalt ca. 420 000 m² OUS arealer pluss 20 000 m² erstatningsarealer, derav ca. 230 000 m² nybygg. Dette er noe mer enn beregnet og viser dermed en nødvendig elastisitet for videre planlegging og utvikling.

► Illustrasjon, utbygging av regionsykehus på Gaustad ved delvis samling



UTBYGGING PÅ GAUSTAD

For å skape gode overganger og muligheten for sammenhengende etasjenivåer i sykehusbebyggelsen nord og sør for ringveien må profilet til ringveien justeres noe lavere og lokket etableres slik at den følger terrenget og ringveiprofilen. Dette muliggjør gode sykkel- og gangvei-overganger for å unngå at lokket blir en barriere i landskapet og legger samtidig til rette for muligheten til å benytte lokket for ambulansedkomst i tilfelle hovedadkomsten til akuttmottaket er blokkert.

Utformingen av målbildet for det somatiske regionsykehuset på Gaustad vil få viktige føringer gjennom nødvendig plassering av traumesenteret og akuttmottaket på Gaustad og etablering av forbindelser til dagens tung infrastruktur i Rikshospitalet.

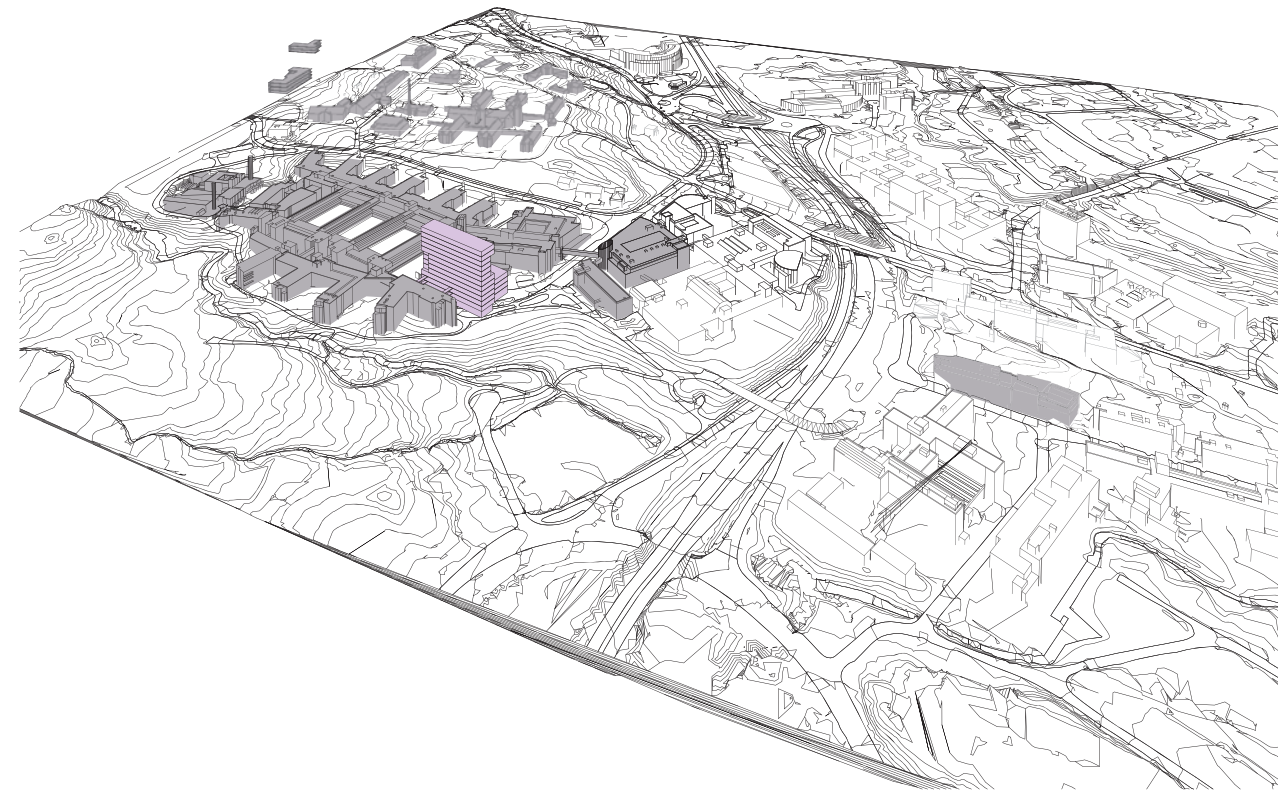
Men også avgjørelser om en etappevis etablering av regionsykehuset vil få store konsekvenser på hvordan regionsykehuset vil fremstå når målbildet er nådd. Særlig plassering av sykehusfunksjoner rundt kvinner og barn vil plasseres på forskjellige måter i det nye sykehuset om disse flyttes først til Gaustad eller i en senere etappe.

Etappeutredningen har definert 2 mulige første etapper der utviklingen starter med en tung utbygging på Gaustad:

- Flytting av Multitraume-komplekset eller
- Flytting av Kvinner, barn og fødsler

I tillegg vil det også i en etappe der lokalsykehuset bygges først være nødvendig å etablere noe ny bygningsmasse i forbindelse med forplassen på Rikshospitalet. Om Kvinner og barn skal flyttes til Gaustad i en første etappe bør disse funksjonene etableres i tett tilknytning til dagens tilsvarende funksjoner på Rikshospitalet. Det betyr at nybygg sør for hovedinngangen etableres for funksjoner som skal flytte ut av Rikshospitalet for å gi plass til Kvinner og Barn i arealene til dagens Rikshospital. I et scenario der kvinner og barn flytter først vil disse funksjoner på lang sikt bli liggende nord for ringveien i dagens rikshospital.

Om kvinner og barn flytter til Gaustad i en senere etappe, foreslås at disse funksjonene etableres sør for ringveien i et nybygg på lang sikt. Dagens tilsvarende funksjoner vil da flytte sammen med disse og gjør plass til andre regionsfunksjoner (f.eks. øye).



◀ Mulig 1.
utbyggingsetappe på
Gaustad, Lokalsykehus først.

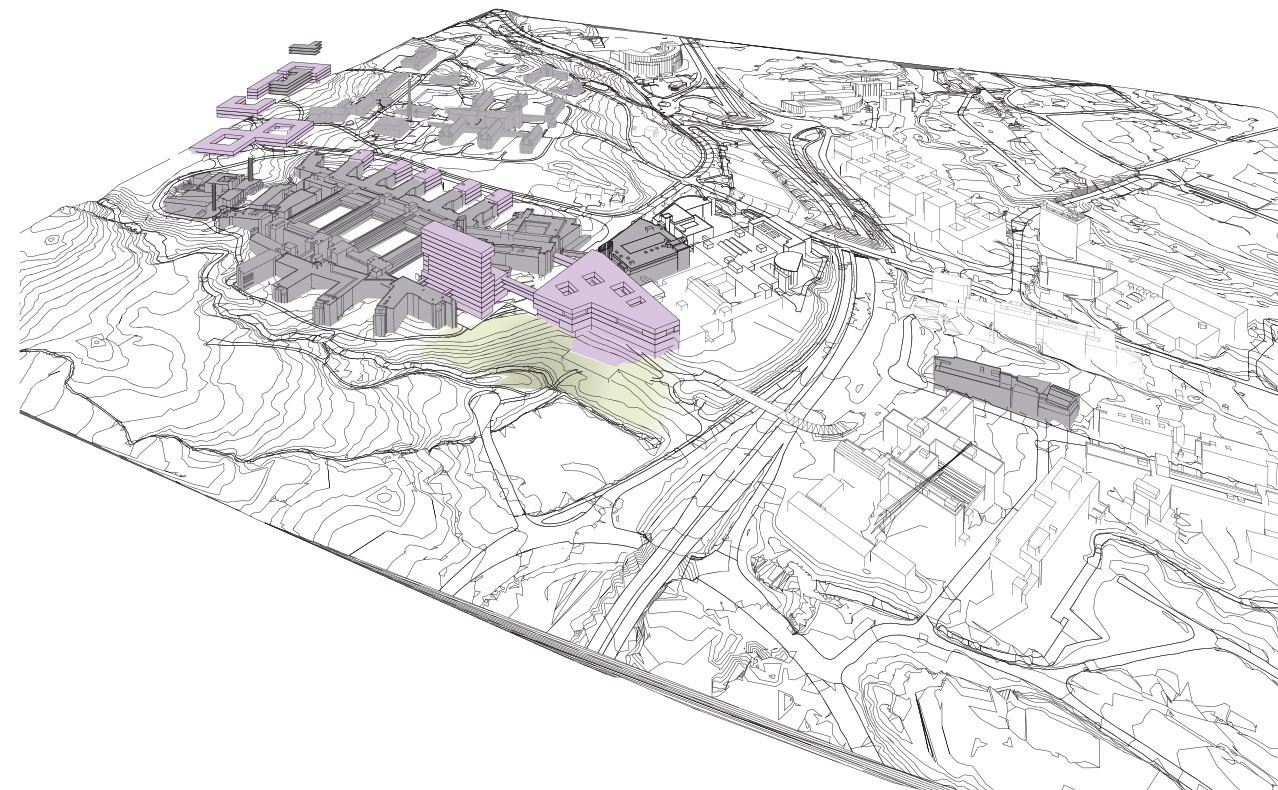
ca 20.000 m² utbygging,
Domus Medica og
pasienthotellet bevares.

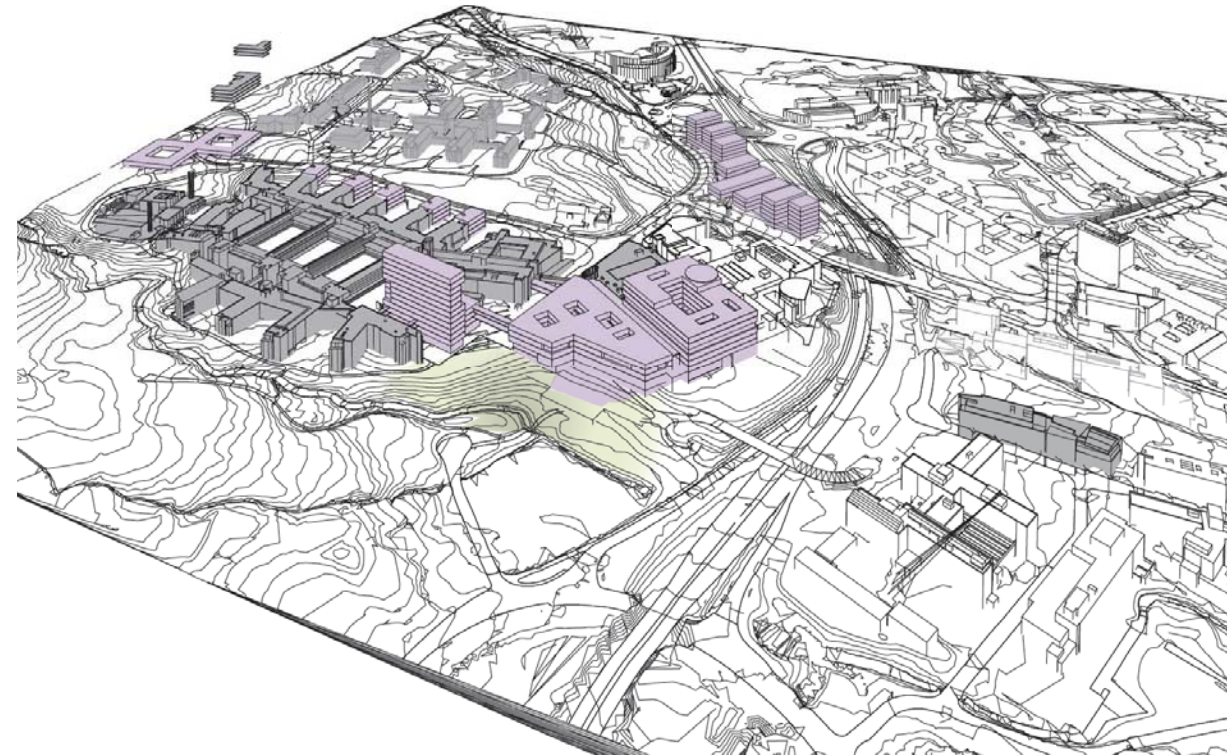
◀▼ Mulig 1.
utbyggingsetappe på
Gaustad, KVB flytter først.

Akuttcenter flyttes senere
så Domus Medica bevares.

Pasienthotellet erstattes.

Utbygging på omtr. 60-
80.000 m²





► Mulig 1.
utbyggingsetappe på
Gaustad, multitraume først.

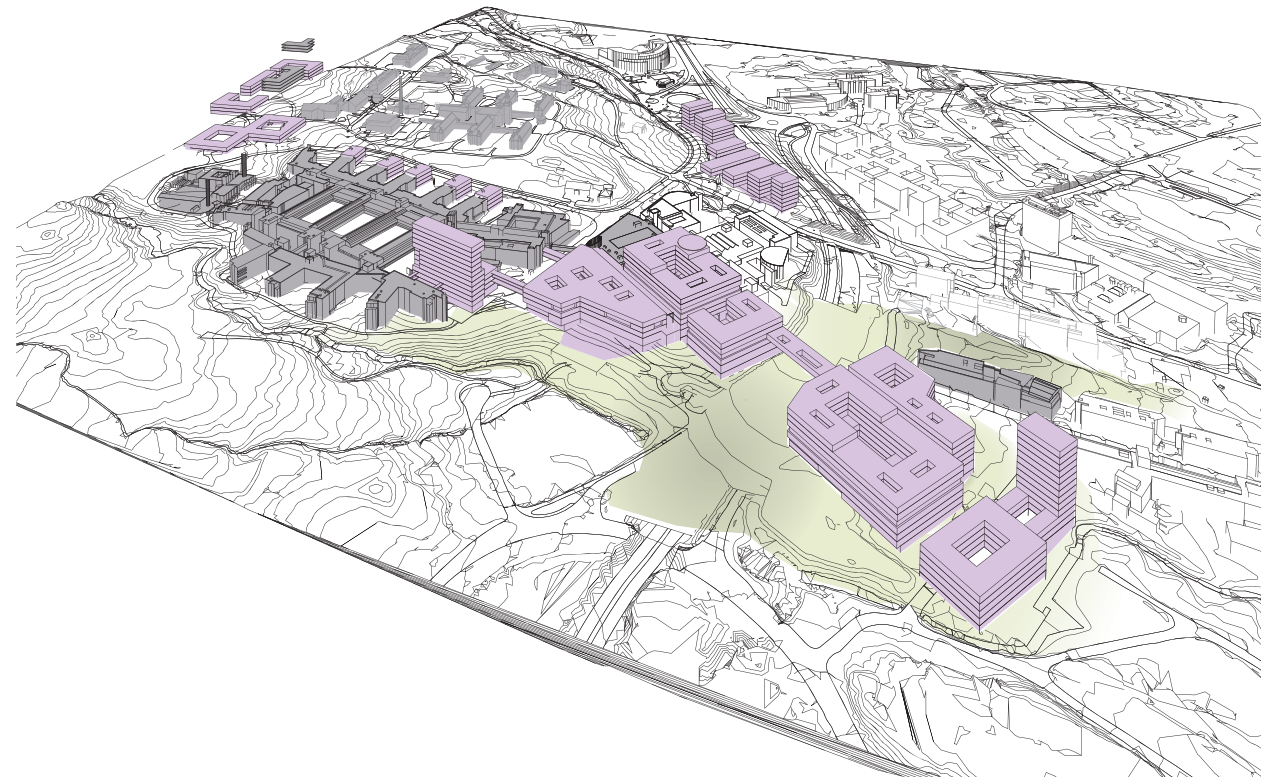
Domus Medica og
pasienthotell må rives og
erstattes.

Utbygging i nord og sør.

Eventuell tilbygg påbygg
til RH.

Utbygging på ca 80-100.000
m²

►▼ Full utbygging på
Gaustad ved delvis samling



MULIG 1. UTBYGGINGSETAPPE PÅ GAUSTAD - MULTITRAUME FØRST

70



- ◀ Visualisering, mulig 1. utbyggingsetappe på Gaustad- Multitraume først
- ▶ Visualisering, full utbygging på Gaustad i Alternativ 3- delvis samling

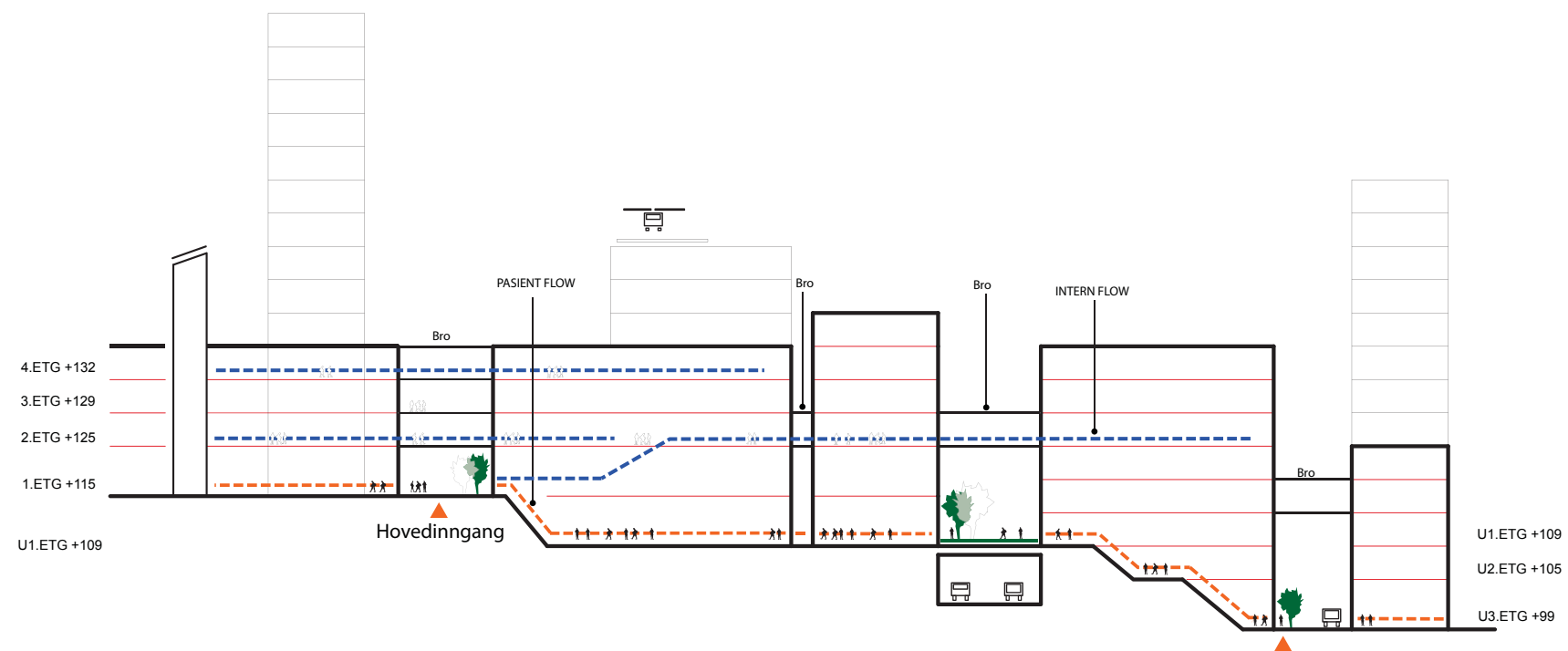
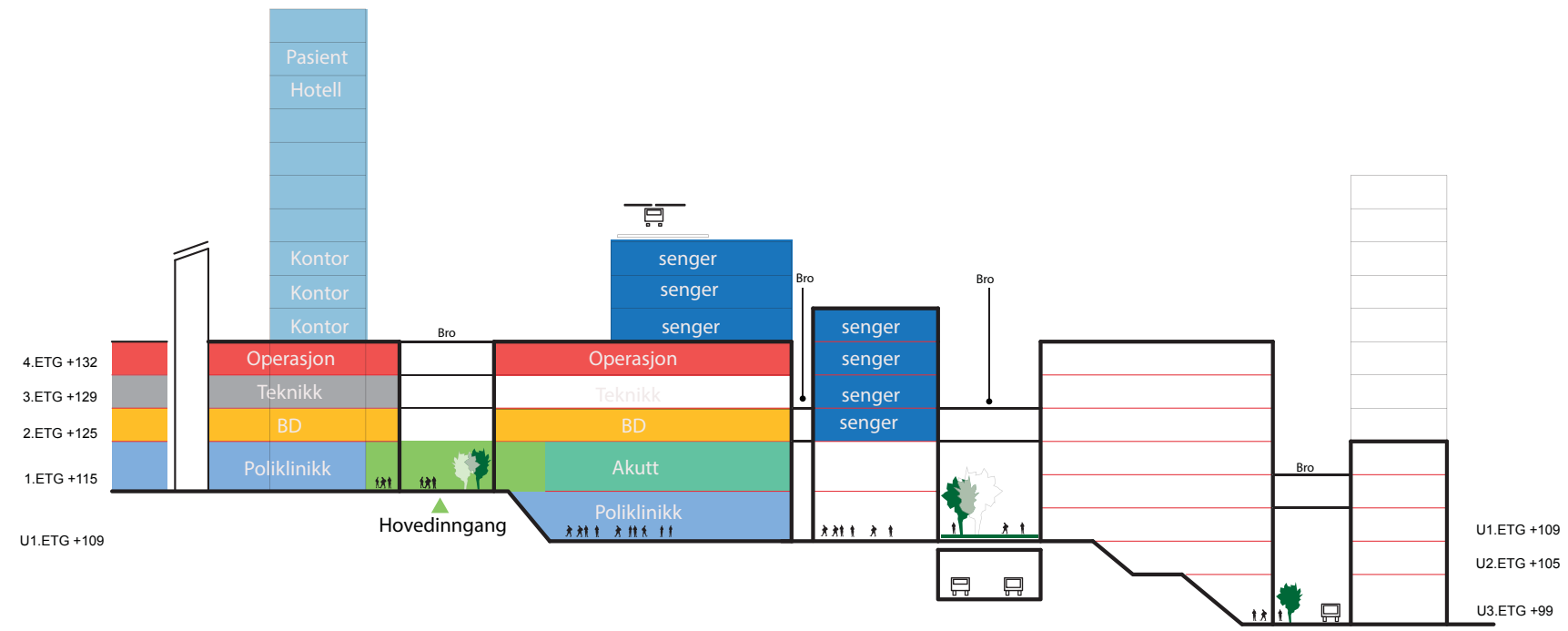


FULL UTBYGGING PÅ GAUSTAD I ALTERNATIV 3 - DELVIS SAMLING



ET SAMMENHENGENDE SYKEHUS KOMPLEKS

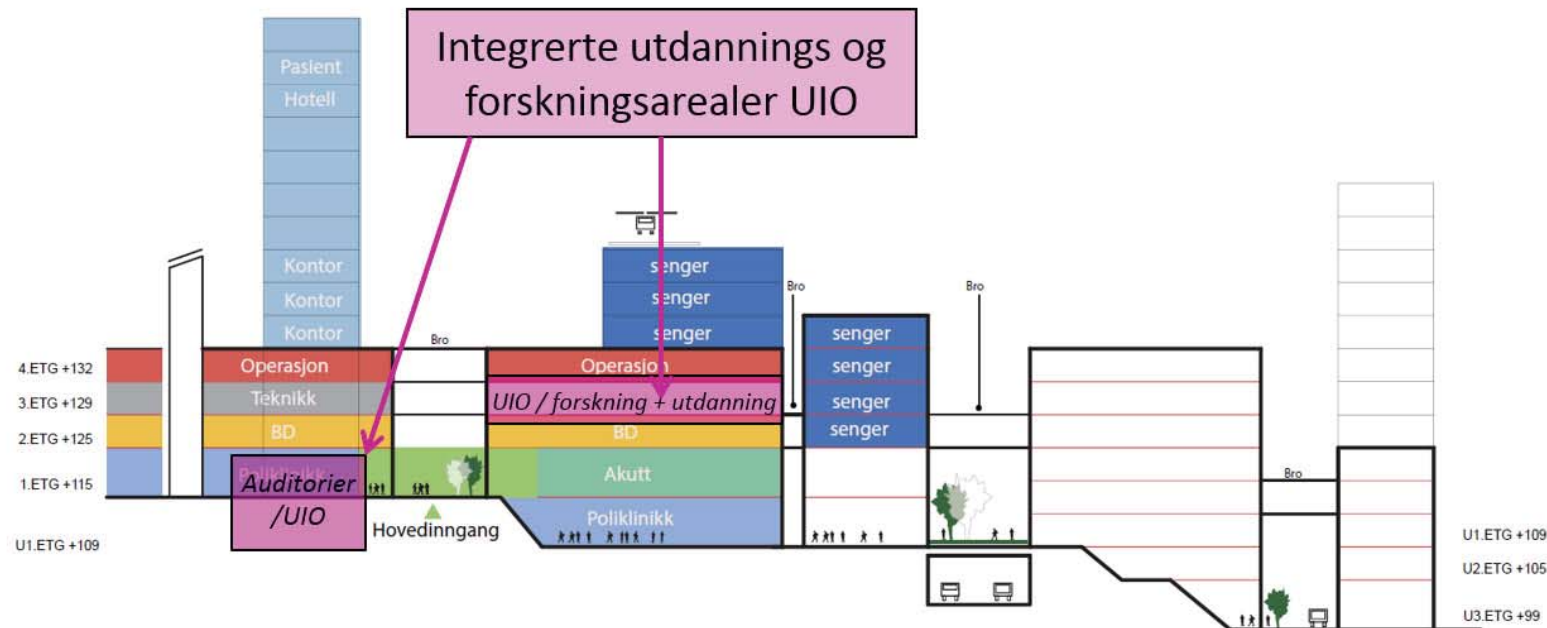
72



► Situasjonsplan, full utbygging på Gaustad ved delvis samling.



ERSTATNINGSAREAL FOR UIO



UIO erstatningsareal:

15400 m²

1000 m² varemottak

2700 m² kontor

3800 m² Lab og verksteder

7900 m² Undervisning, Kantine, bibliotek og bar

For å kunne plassere traumesenteret og akuttmottaket må det rives de eldste delen av Domus Medica, ca. 15 000 m² BTA, når dette skal etableres. Det har i samarbeid med UiO blitt utarbeidet to mulige opsjoner for en permanent erstatning av disse arealer før disse delene av Domus Medica skal rives. Siden mer en halvparten av arealene i den berørte delen av Domus Medica er viet til studentundervisning og lignende formål kan en naturlig opsjon være å integrere disse i den nye bebyggelsen rundt hovedinngangen. Kontorer, verksteder og laboratorier som utgjør den andre halvdel av arealet foreslås integrert i byggene rundt dagens forplass, enten i nybygg eller i bytte med OUS for eksempel i A eller B-avsnittet i dagens Rikshospital.

Opsjon nummer to er å integrere disse arealene i et nytt forsknings- og undervisningsbygg som kan reises der parkeringshuset (I-avsnittet) ligger i dag. Her kan det bli stor nærhet til både resterende deler av Domus Medica og samtidig det nye Life-science senteret som UiO skal etablere rett sør for ringveien. Denne opsjonen innebærer at OUS må skaffe erstatning for parkeringsplassene i I-avsnittet i byggeperioden eller permanent.

Etter forslag fra UiO kan sistnevnte opsjon også videreutvikles dertil, at forskningsbygget på parkeringstomten etableres så stor at større deler av Domus Medica flytter dit og OUS overtar de fraflyttede arealer, som ikke skal rives, fra UiO

Alle opsjoner åpner store muligheter for et framtidig tett og integrert samarbeid mellom OUS og UiO på Gaustad, der sykehus, forskning og utdanning vil møtes på høyest nivå. De beste løsningene vil finnes i en videre utredning av samarbeidet i en konseptfase.

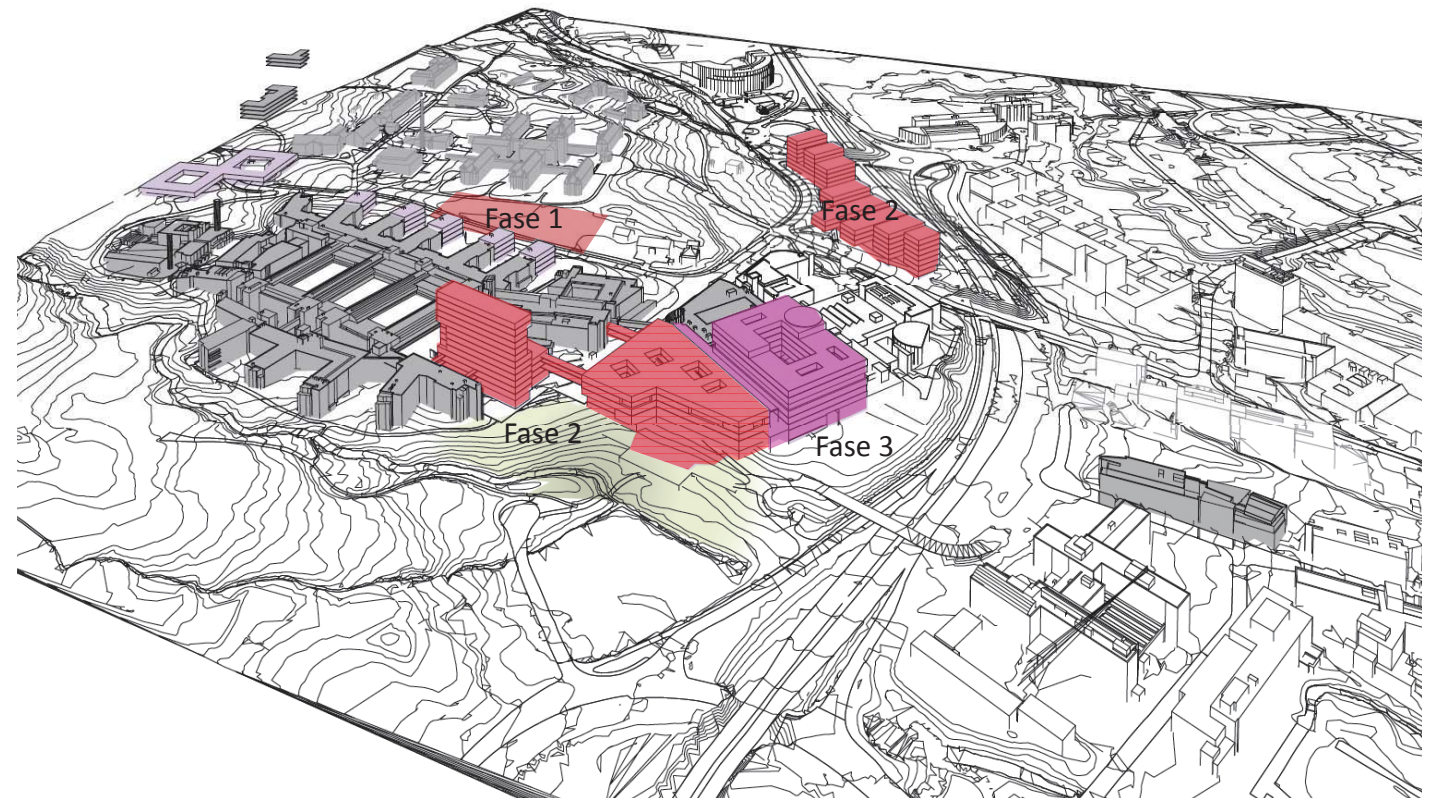
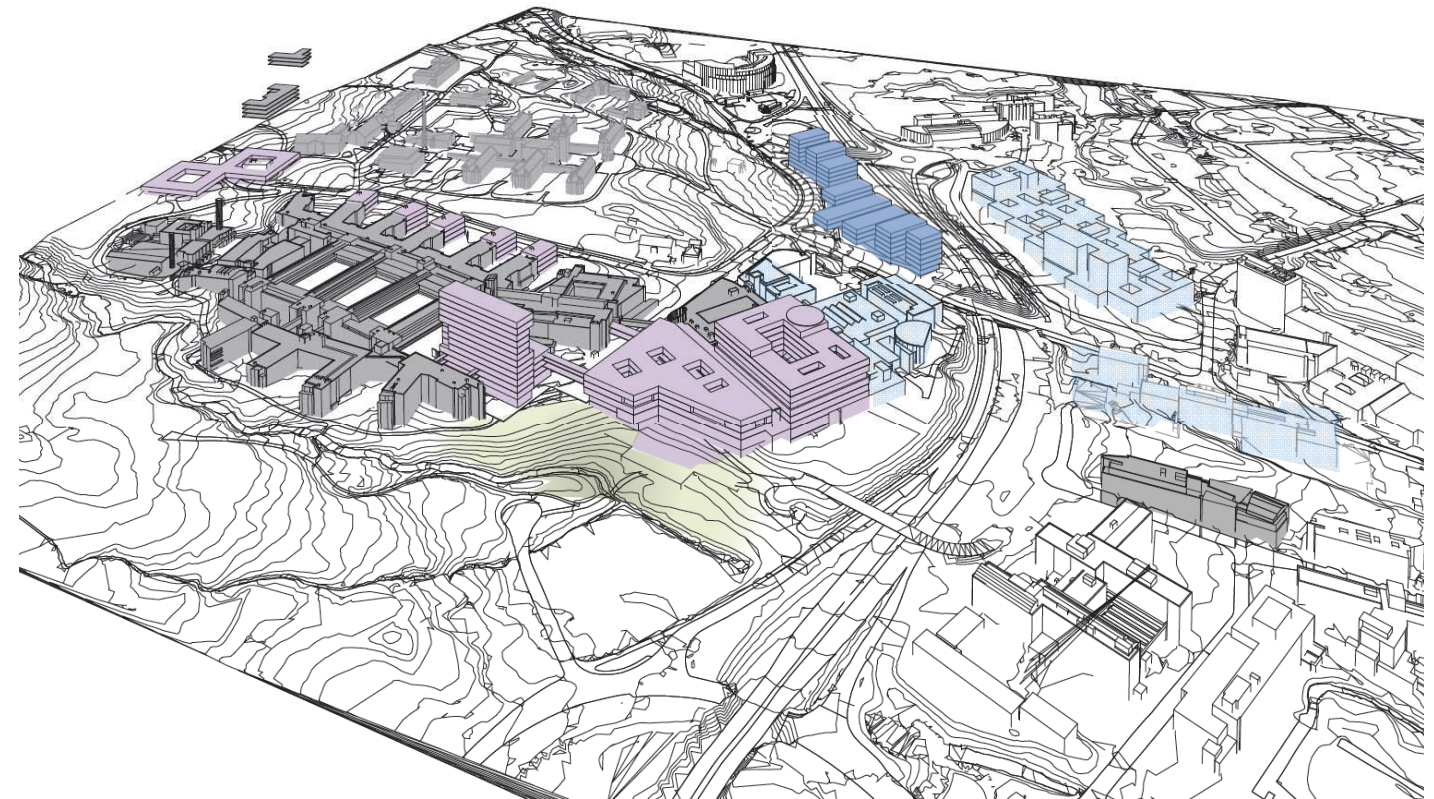
◀ Prinsippsnitt, eventuell plassering av erstatningsarealer for UiO

◀ Oversikt, mulig plassering av erstatningsarealer for UiO



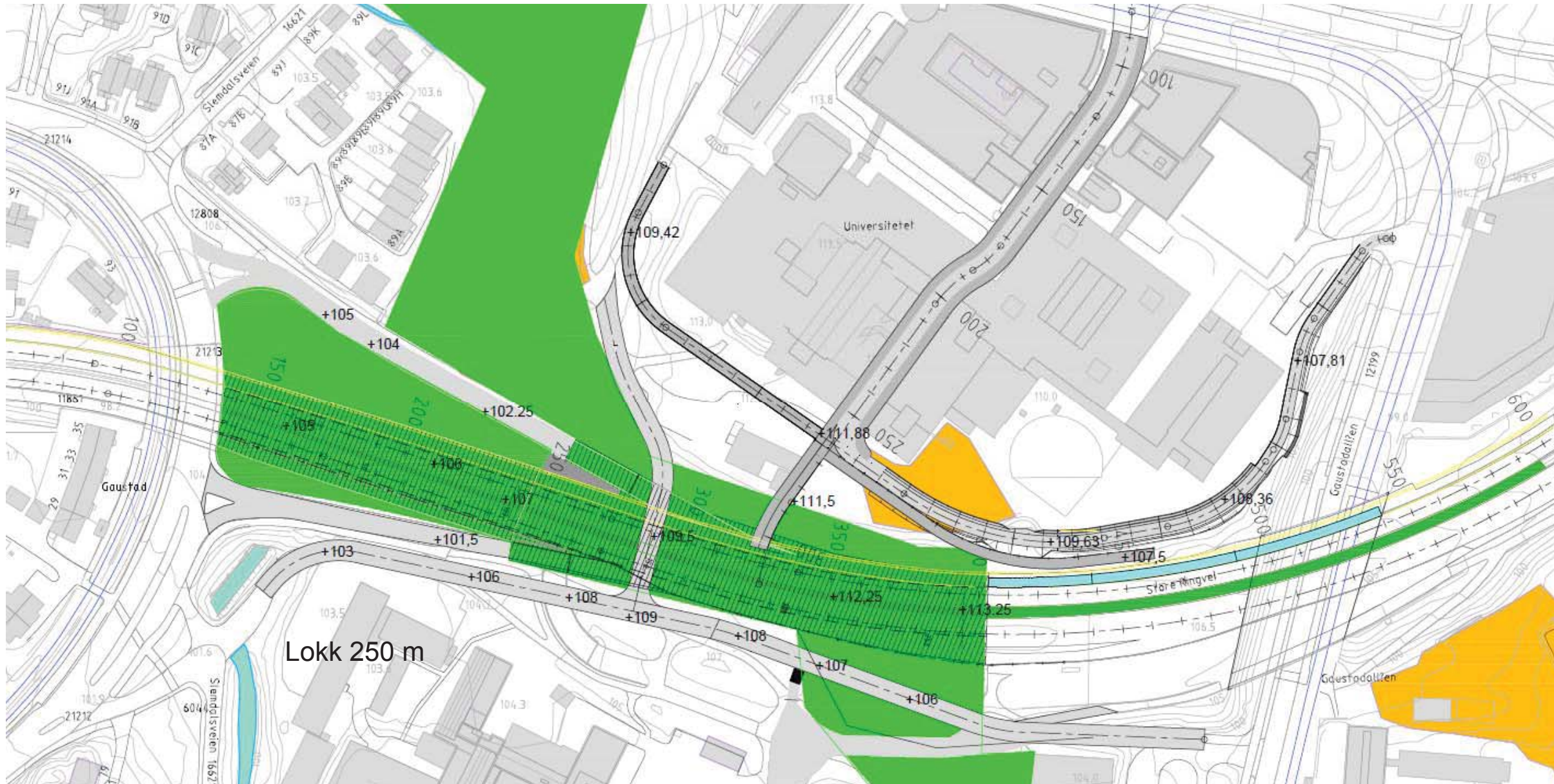
► Illustrasjon, erstatningsareal for UiO på parkeringstomten - stor nærhet til universitet (blå) og sykehuset (rød)

► ▼ Illustrasjon, mulige byggefaser for å etablere etappe 1 multitraume på Gaustad



LOKK OVER RINGVEIEN

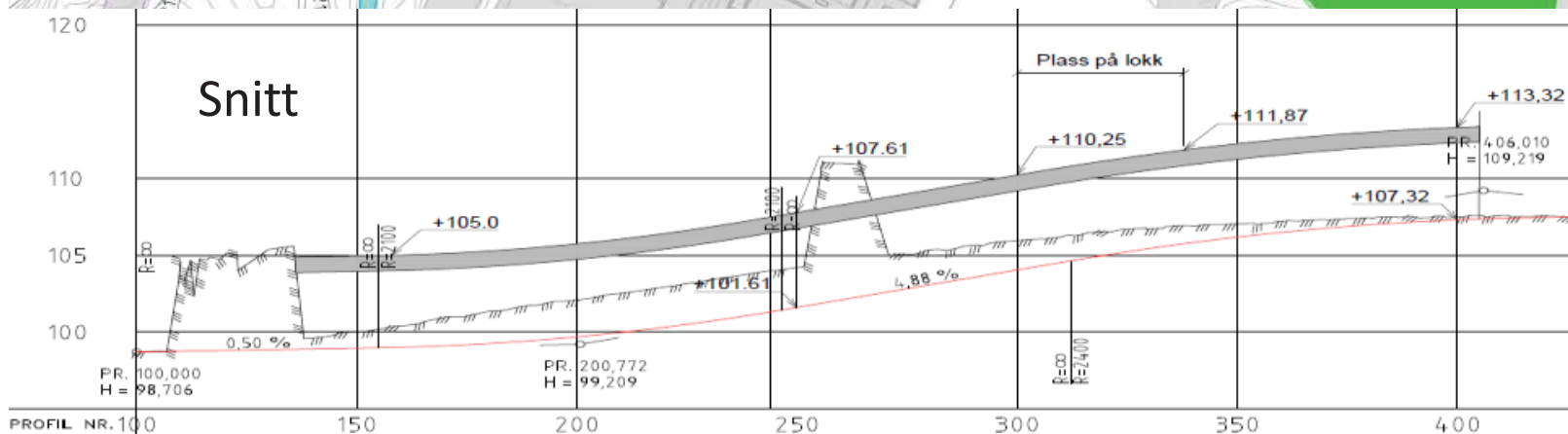
76



◀ Plan, Lokk over ringveien, alternativ 1. Lokket er 250 m langt.

◀ Snitt, Lokk over ringveien, alternativ 1.

Lokk 250 m



Utbygging av lokket i alternativ 3 – delvis samling er forutsatt ikke tidligere enn i en etappe 2 for OUS, og er dermed planlagt bygget etter 2024. I dialog med PBE er det oppfattet at de er positive til en lokkoverbygging. Det har vært signalisert at det kan bli vurdert å legge inn en rekkefølgebestemmelse i reguleringsplanen som forutsetter utbygging av lokket i forbindelse med etappe 1, altså før 2024.

For å få til en god tilpassing av lokk og sideterreng på begge sider er det nødvendig å senke Ringveien, på det meste nesten 2 meter. Foreslått lokkløsning vil opprettholde trafikkmønsteret slik det er i dag, med mulighet for gjennomgående kollektivfelt i østgående retning og et kollektivfelt som avsluttes før påkjøringsrampe i vestgående retning.



I møtet med SVRØ ble det pekt på behov for avlastingsvei med tilsvarende kapasitet som under lokket, slik at kulverten kan stenges og vedlikeholdes uten at det oppstår store køproblemer. Det ble nevnt som en mulighet å bygge en bro istedenfor lokk, slik som viltoverganger bygges på riksveier utenom tettbygde strøk. På bakgrunn av dette har vi sett på alternative lengder på lokk/brø, for å redusere omfanget av vedlikehold og rehabilitering.

Alternativ 1, 250 meter langt lokk

Dette er hovedalternativet. Lokket strekker seg fra overgang i Slemdalsveien i vest til busstopp i øst, se Figur 3. Dette gjør at grøntdraget fra Blindern forlenges over Ring 3 og knyttes sammen med grøntdraget nord for Ring 3.

Alternativ 2, 200 meter langt lokk

Korte ned lokk med 50 meter. Den totale lengden på lokket blir ca. 200 meter. Ved å korte ned lengden mot øst tar en vekk den delen av lokket hvor kulverten ligger høyest i forhold til sideterrenget på begge sider. Fordelene er redusert lengde av kulverten og mindre terrengtilpasninger i retning øst. En beholder også lokket mot vest og Slemdalsveien, noe som gjør at man fortsatt får store fordeler i form av støydemping. Ulempen er at man mister den grønne forbindelsen som kobler sammen grøntområdet sør og nord for Ring 3.

Alternativ 3, 100 meter langt lokk/brø

Korte ned lokk til en lengde på 100 meter. Denne løsningen ligner mer på en viltovergang, slik vegvesenet har antydnet. Som et minimum bør lokket ha en utstrekning slik at gang- og sykkeltrafikk har mulighet til å passere, med noe grøntarealer for å forbinde sykehusområdet i nord og sør for Ring 3. Fordelene er at kulverten er kortere og det er behov for mindre tilpassinger til terrenget både øst og vest for kulverten. Ulempen er at man mister mye av forbindelsen mellom sykehusområdet nord og sør for Ring 3 og støyreduksjonene vil være vesentlig mindre.

For tiden rehabiliteres Smestadlokket som er ca. 500 meter langt på samme veistrekning. Køproblemene har så langt vært mindre enn forventet. Lokkløsningen som ble foreslått på møtet med SVRØ har en lengde på 250m. Lokket på Sjølyst 167 meter langt, dette lokket har heller ikke avlastingsvei.

Gaustad stasjon

I møte med Ruter AS ble det henvist til en utredning fra Ruter angående fremtiden for Holmenkolbanen. Her er det nevnt en mulig framtidig nedleggelse av T-baneholdet på Gaustad. OUS burde ha interesse i at t-bane-stasjonen på Gaustad består videre. Om det bygges et lokk over Ring 3 frem til Slemdalsveien åpnes det en mulighet for å etablere en ny og forbedret holdeplass med direkte adkomst til stasjonen fra nordsiden av ringveien. Her blir det kort vei til hovedinngangen på Rikshospitalet. Dette punktet må følges opp med Ruter i kommende prosesser.

► Plan, Lokk over ringveien, alternativ 2. Lokket er 200 m.

►▼ Plan, Lokk over ringveien, alternativ 3. Lokket er 100 m.



LANDSKAP GAUSTAD

UTFORDRINGER

KANTER - BARRIERER- UOVERSIKTELIG

78



LANDSKAP GAUSTAD

POTENSIALER

RÅ - UPLANLAGT- UFORLØST



LANDSKAP GAUSTAD

KVALITETER

GRØNT - FRODIG- BEKKEBRUS

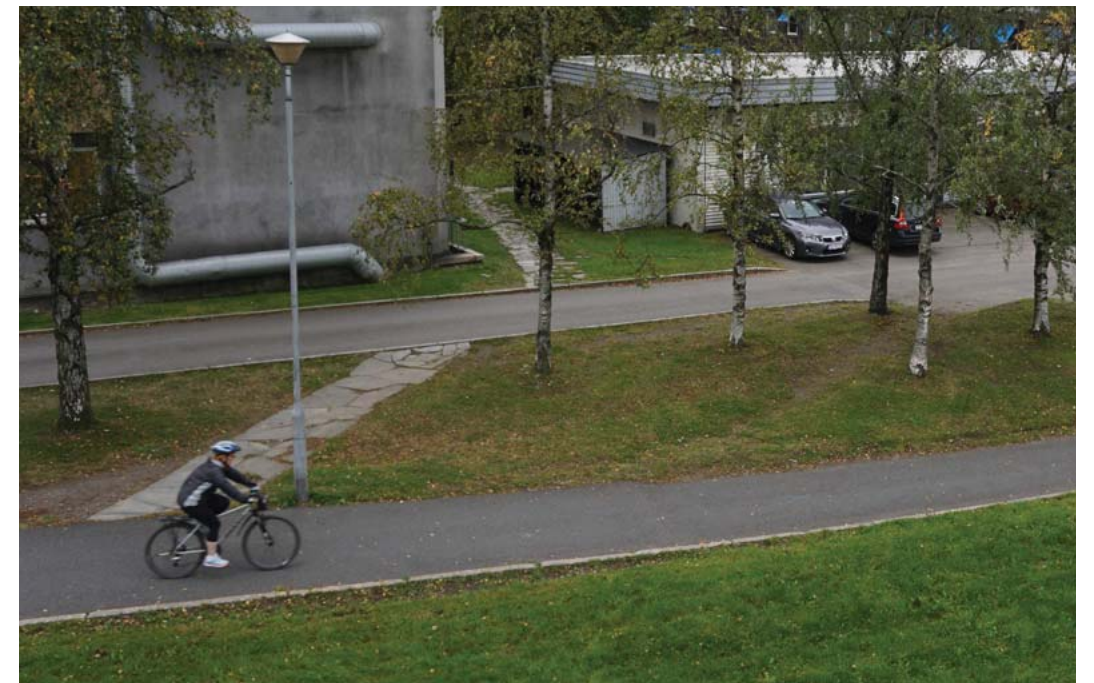
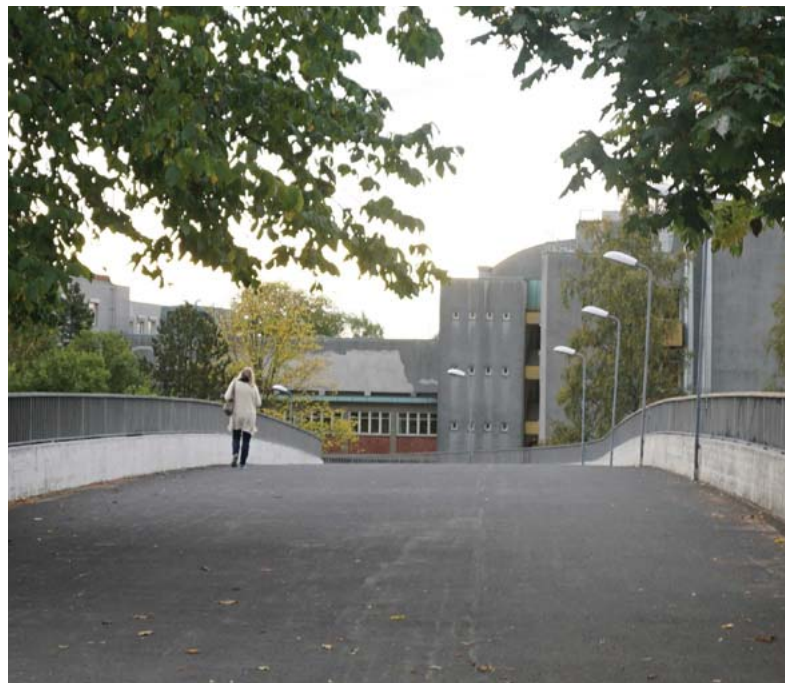
80



LANDSKAP GAUSTAD

AKTIVITET OG BRUK

FORBINDELSER - MØTEPLASSER- PAUSER



LANDSKAPSKONSEPTET



KVALITETSPROGRAM: 5 DESIGNPARAMETRE



①

Rom

- Forbindelser
- Møteplasser
- Aktiviteter



②

Bynatur

- Det grodde i samspill med det bygde
- Sanselig
- Performativt
- Robust



③

Terreng

- Kotering
- Kant
- Opphold



④

Vann

- Bekken og vannspeilet
- Rekreasjonverdi
- Overvannhåndtering som ressurs



⑤

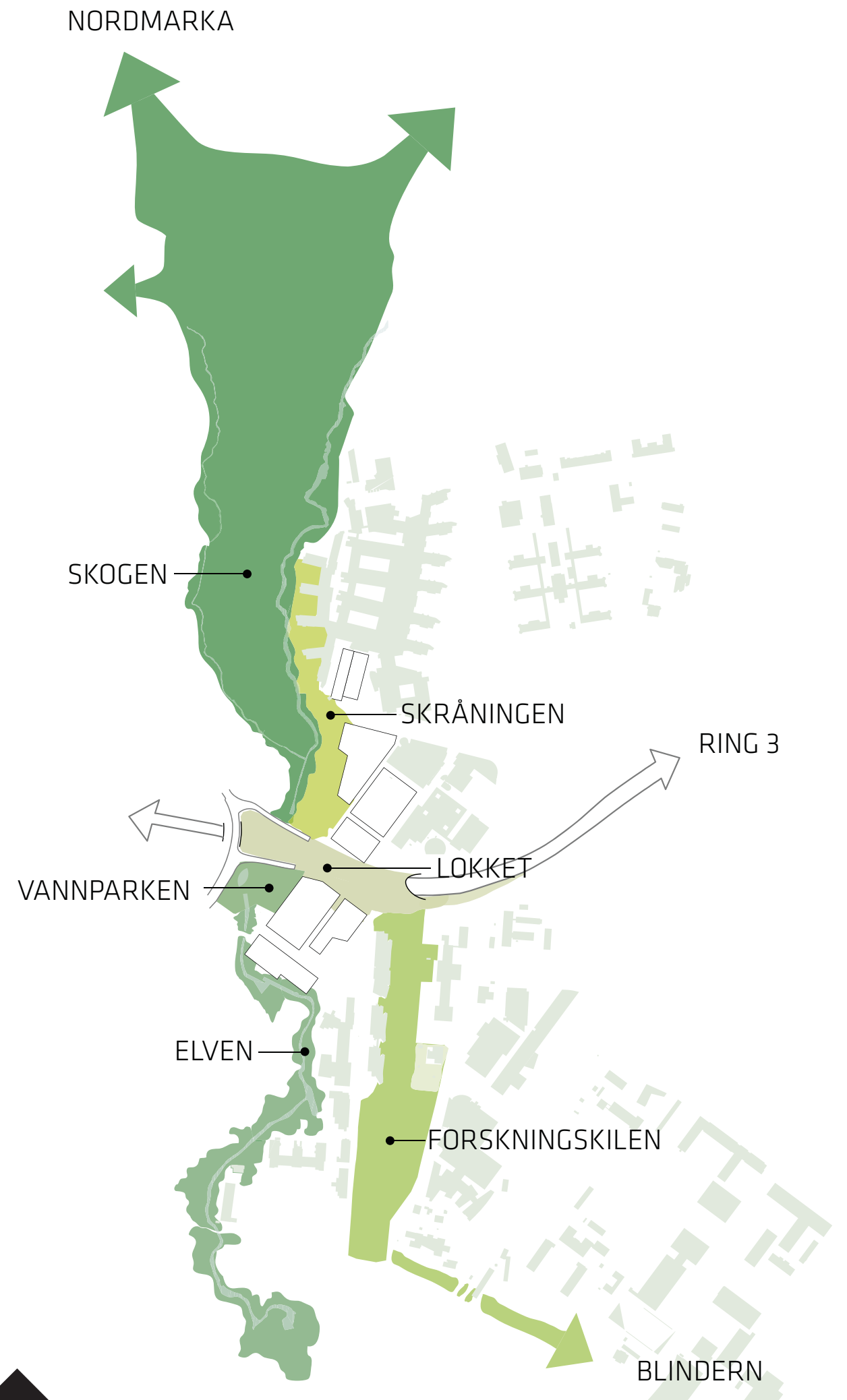
Liv

- Aktivitet og sunnhet
- Varierte brukergrupper
- Forbedret mikroklima



Området ligger ved en av
Oslos blågrønne forbindelser
helt unikt i punktet hvor
Marka kommer tettest på byen!

Et samlet landskapsgrep skaper en grønn forbindelse fra Blindern til Nordmarka gjennom en mosaik av varierte og aktive uterom!



Området skal inneholde et stort utvalg av ulike uterom!

86

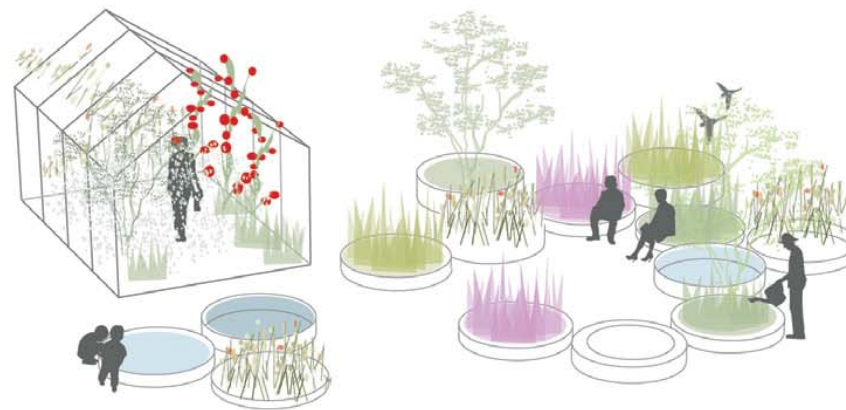
Aktivitetssoner
til lek eller rehabilitering



Naturstier
lokalt på området
og som forbinder til Marka



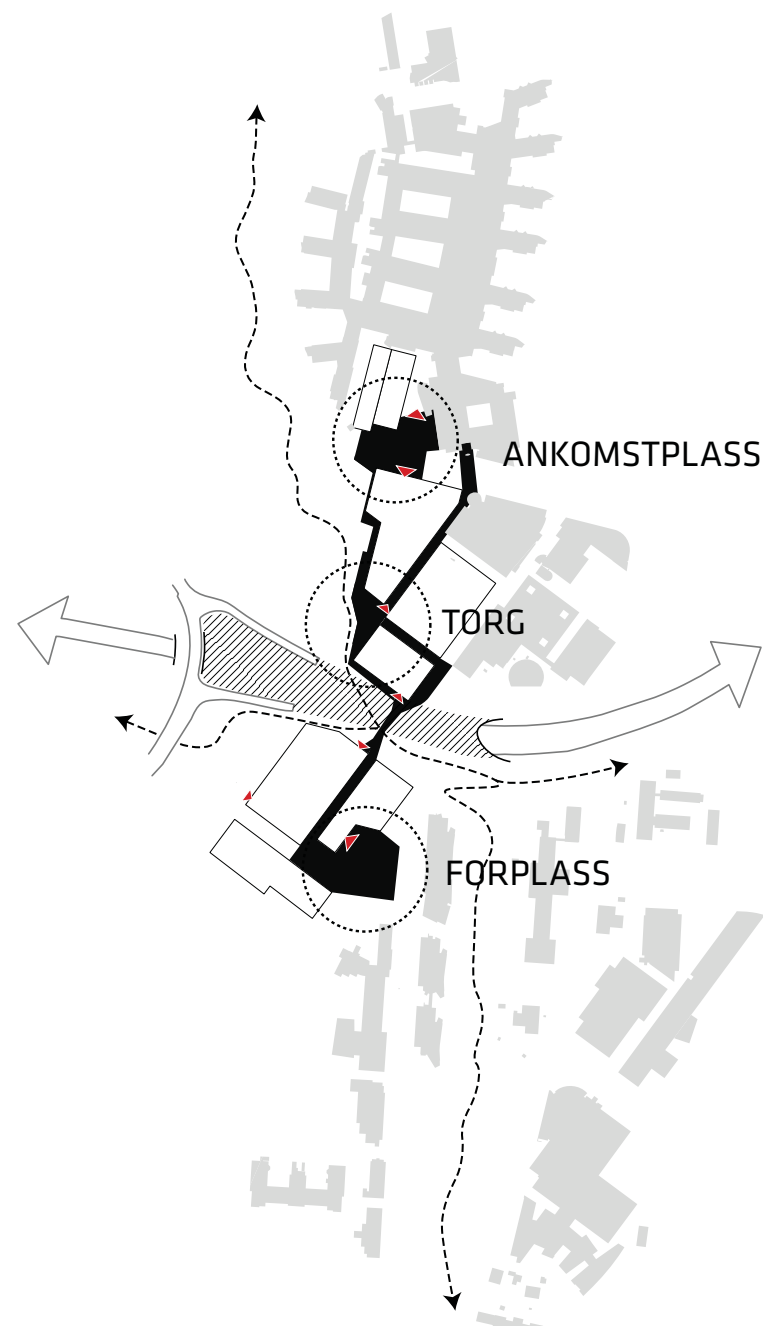
Rolige oppholdssoner
hvor man kan trekke seg tilbake
og slappe av...



Byhager
hvor man kan delta i sosialt
og bærekraftig samvær!

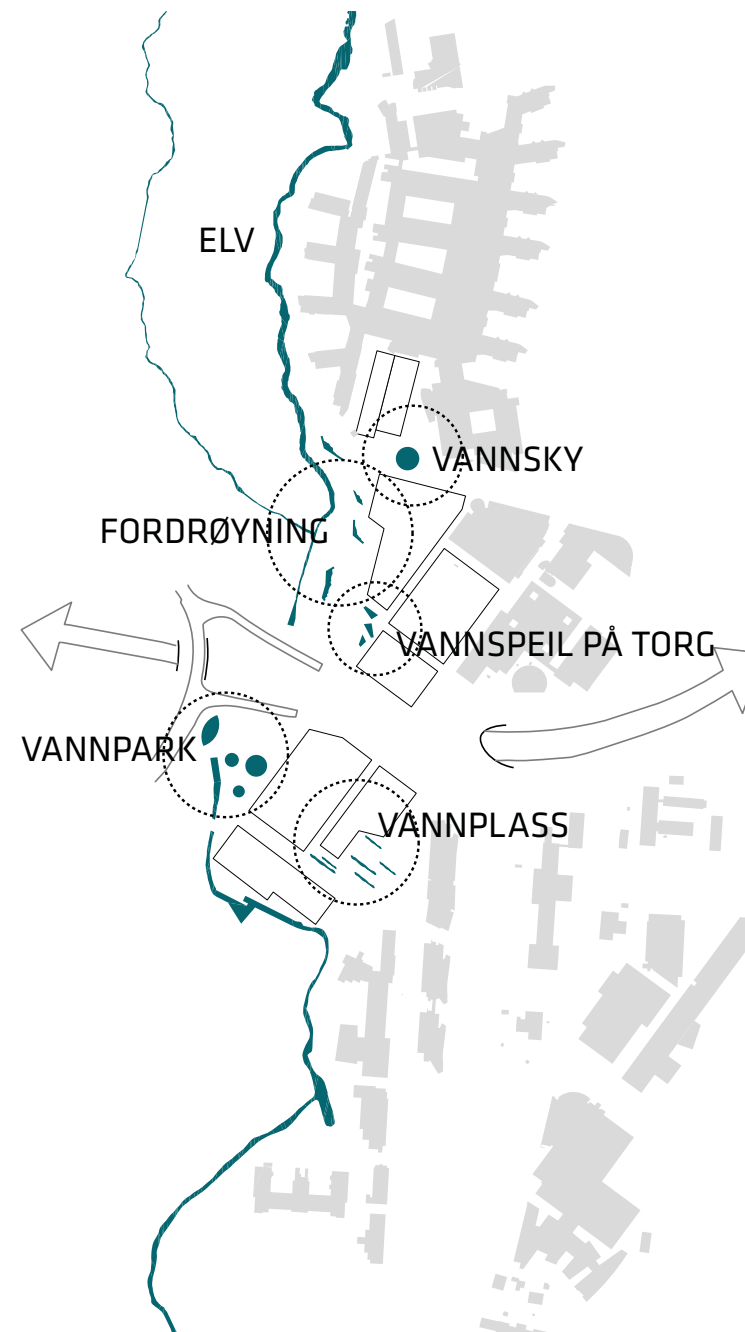
Byrom

Et sammenhengende bygulv med offentlige møteplasser samler bebyggelsen



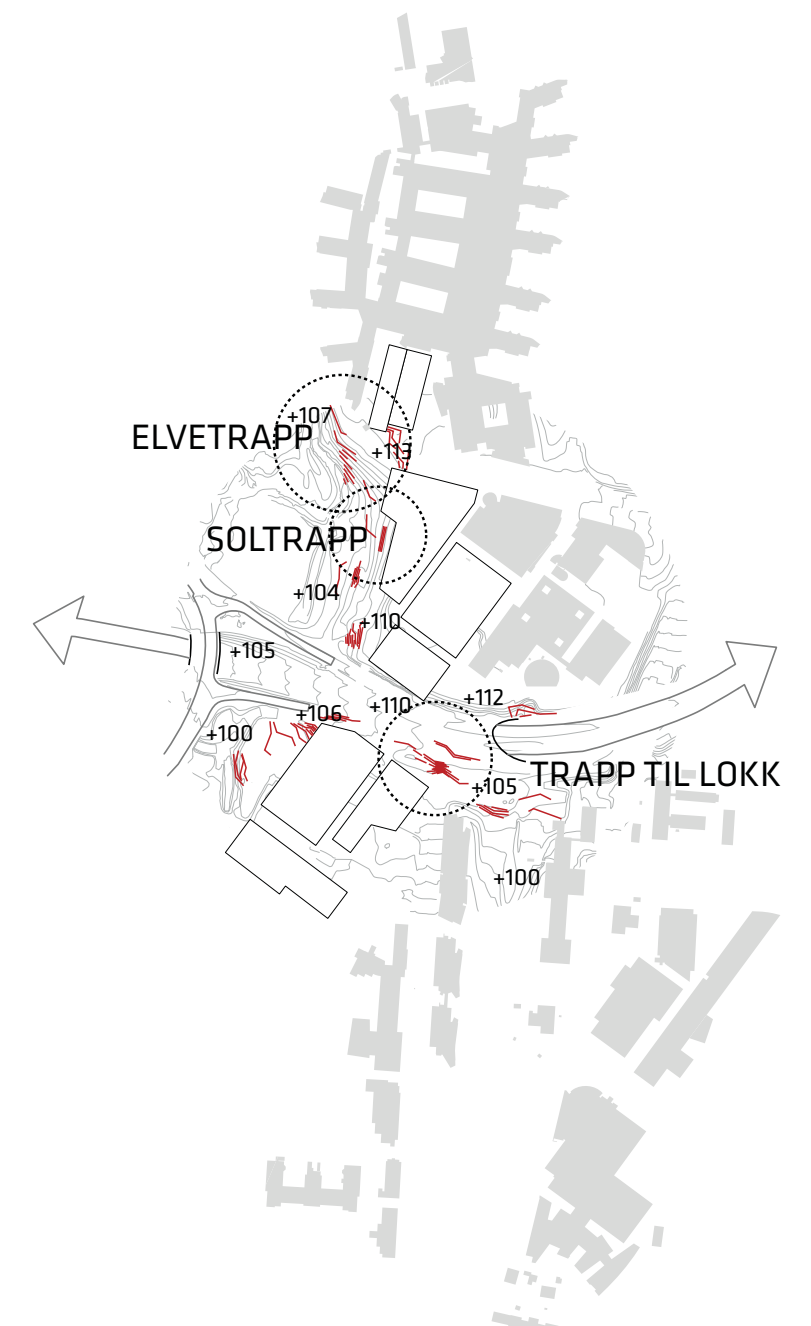
Vann

Vann i ulike former blir et gjennomgående tema i landskapet



Terreng

Terrengutnyttet aktivt til å skape opphold, rekreasjon og forbindelser



Landskapsskisse Fase 1

Uten LOKK
med eksisterende gang- og sykkelbro

88



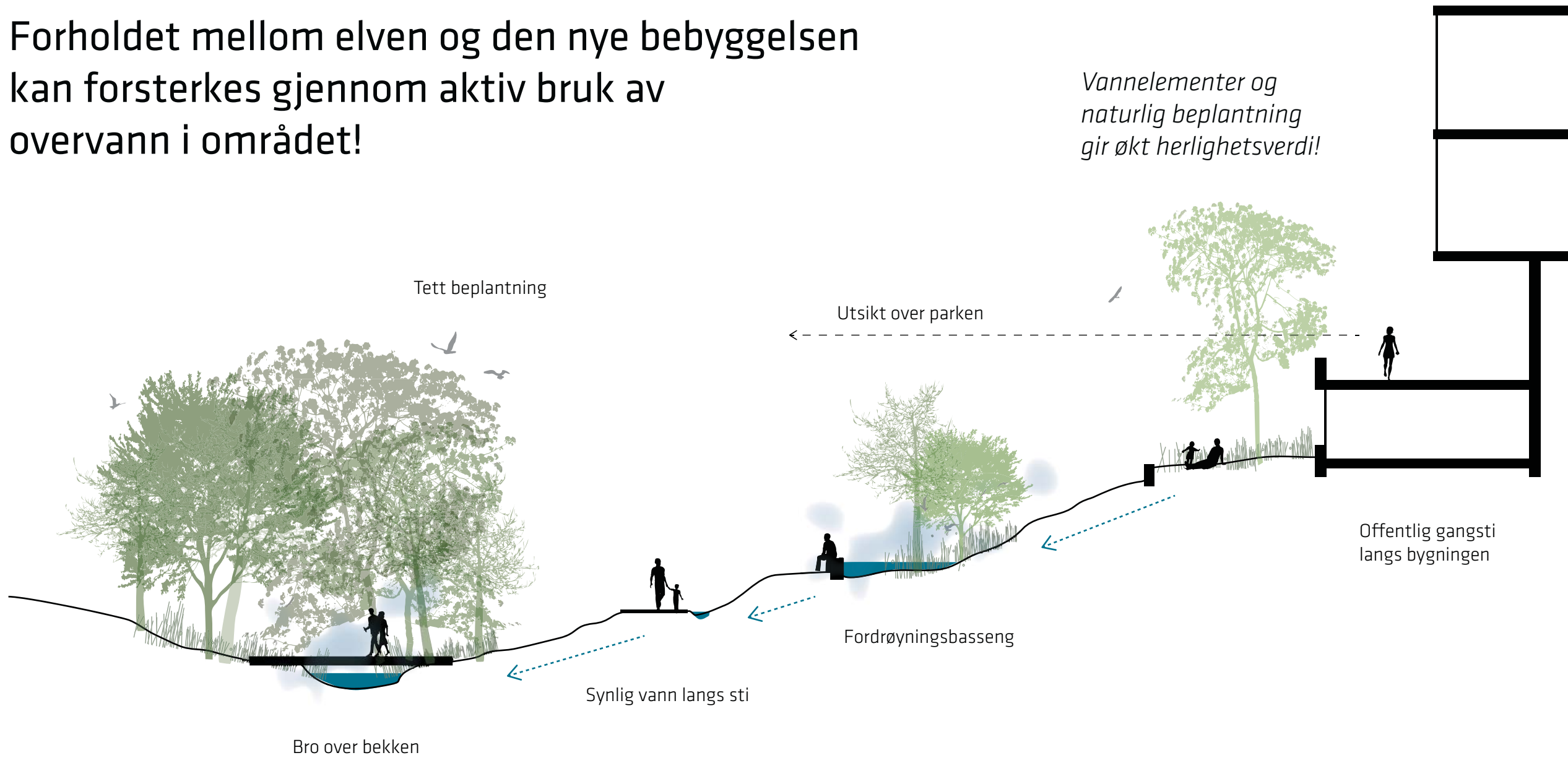
Landskapsskisse Fase 2

LOKK helt til bro



Forholdet mellom elven og den nye bebyggelsen kan forsterkes gjennom aktiv bruk av overvann i området!

Vannelementer og naturlig beplantning gir økt herlighetsverdi!



90



Naturlig bekk



Synlig vannrenne



Fordrøying

Beplantningen som tilføres skal fremstå variert og luftig, tilby sanselige opplevelser og forbedret mikroklima!



Med fokus på god og stemningsfull belysning kan man legge til rette for aktiv bruk av uterommene både om kvelden og i vinterhalvåret!

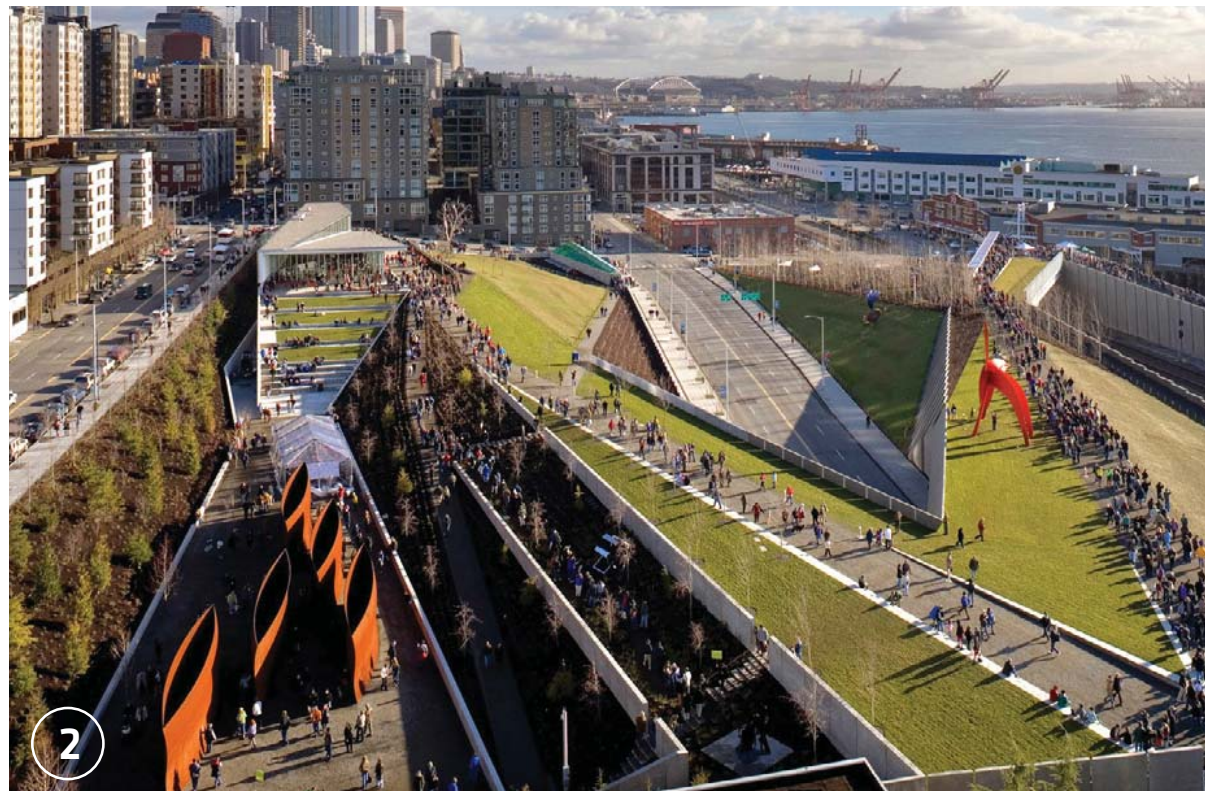
92



Byliv på LOKK

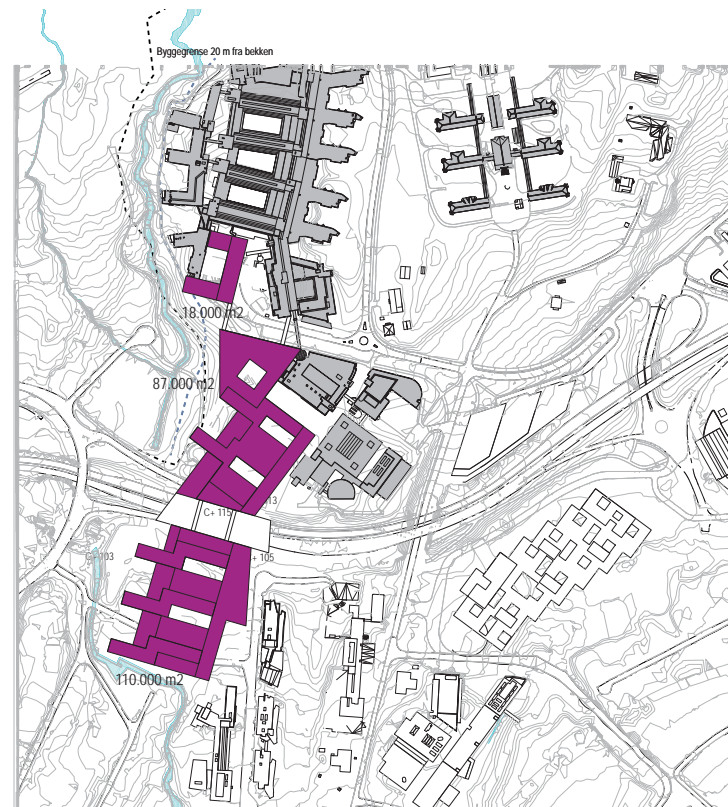
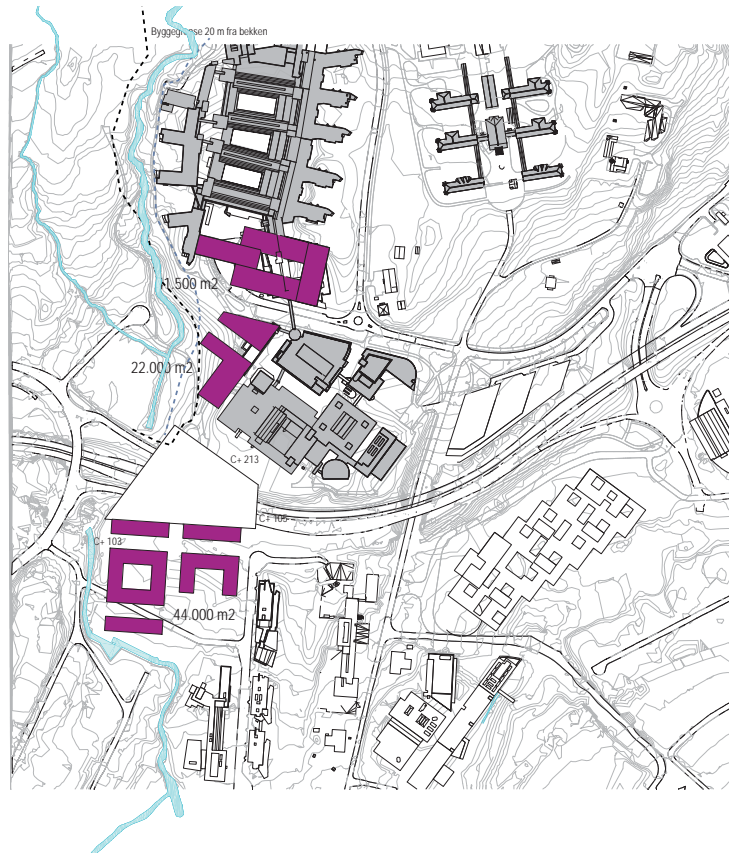
- Cases og eksempler

- 1 *SEB Bank, København* - SLA
Klimatilpasset byrom ovenpå parkeringsdekk
- 2 *Seattle Olympic Sculpture Park* - Weiss/Manfredi Architects
Sammenhengende parkstrøk over motorvei og jernbane
- 3 *Madrid Rlo* - West8
6 kilometer bypark ovenpå nedgravd motorvei

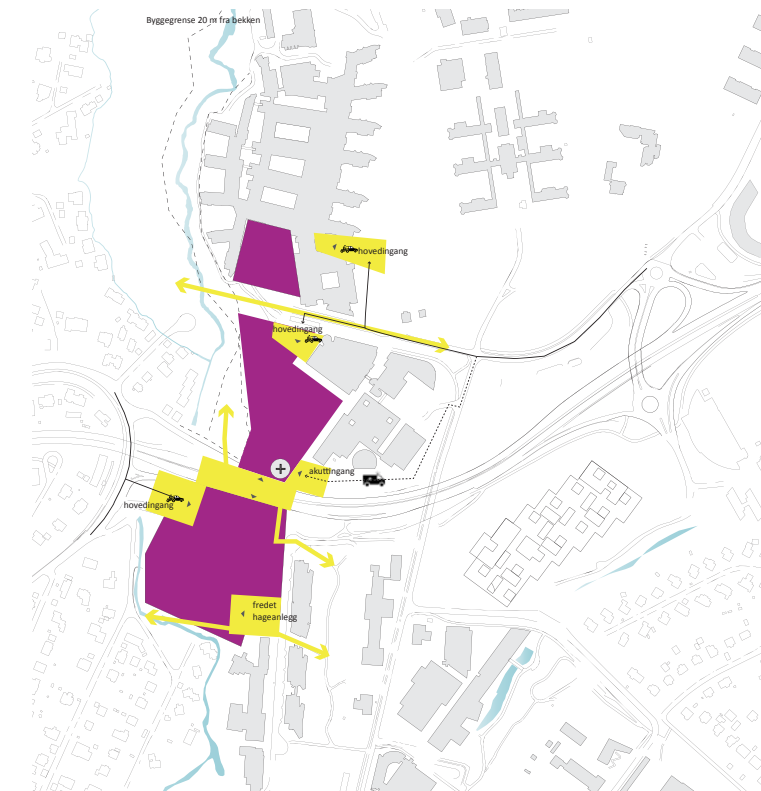
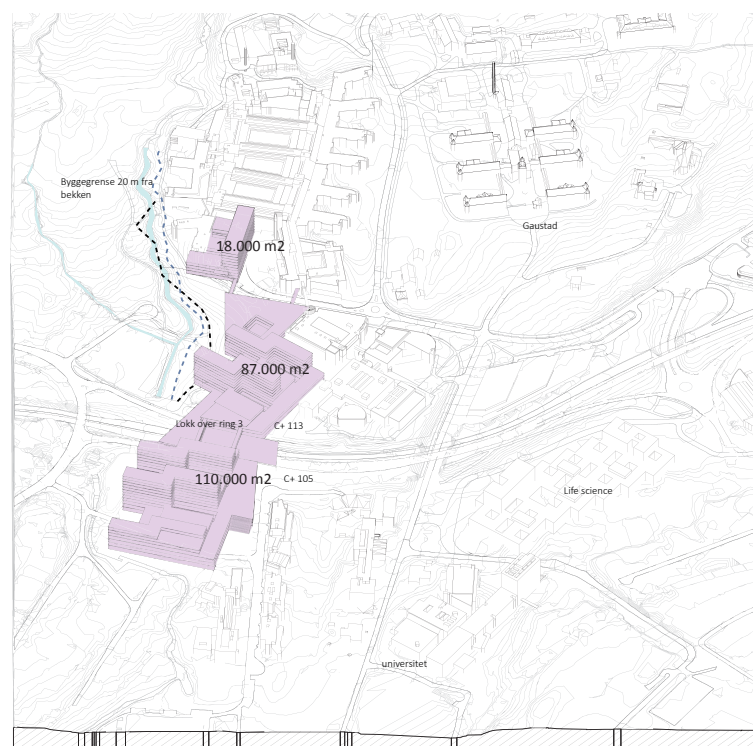


GAUSTAD SKISSER

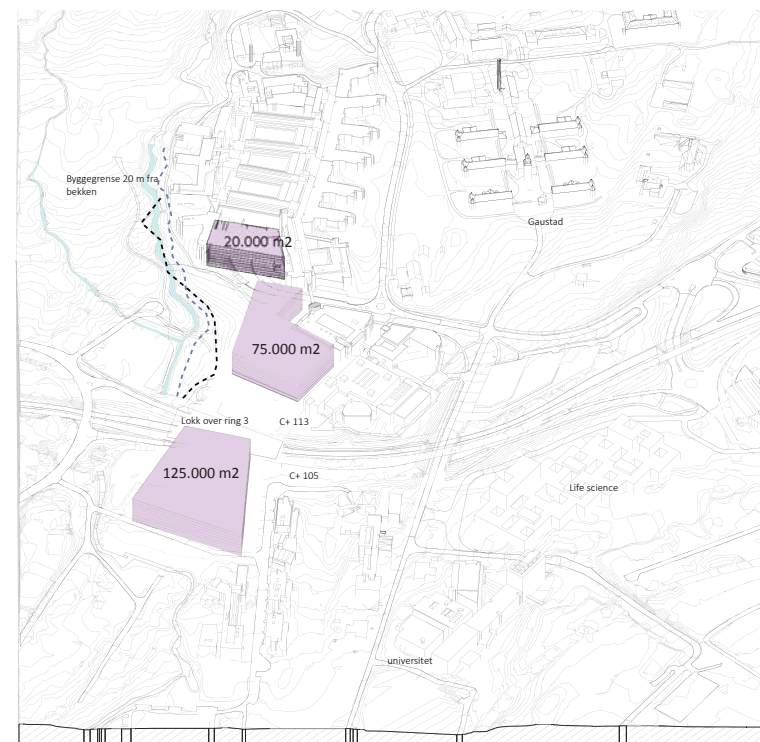
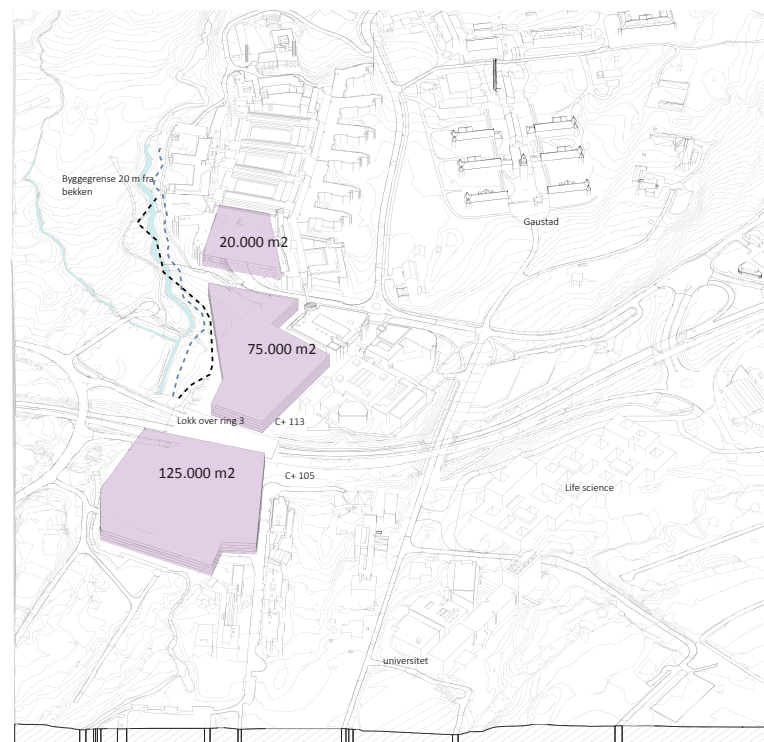
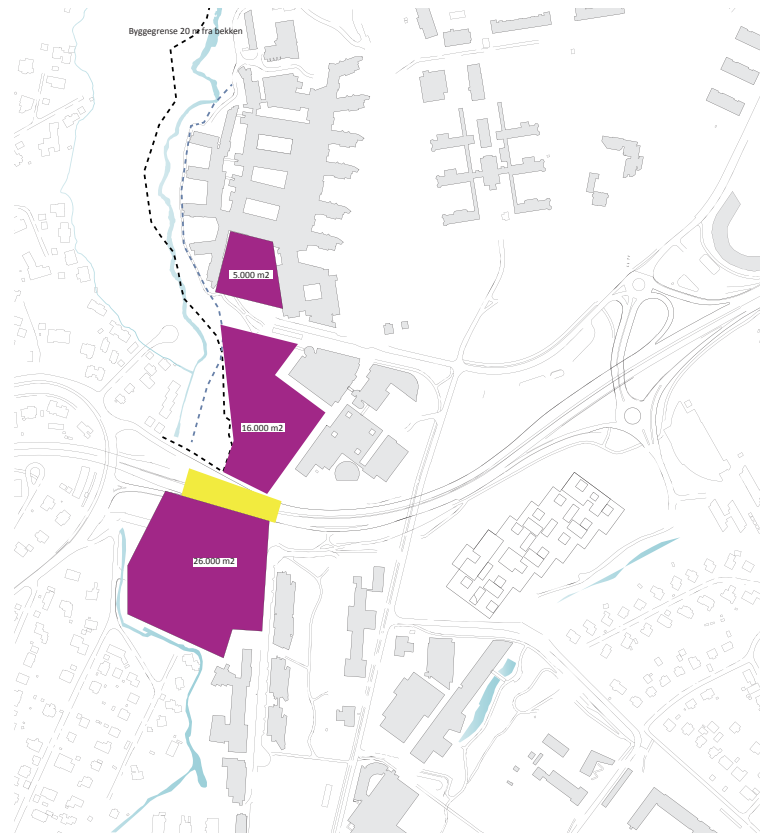
94



◀ Studier av retninger og volumener på tomten sør for Rikshospitalet.



► Studier av retninger og volumener på tomten sør for Rikshospitalet.



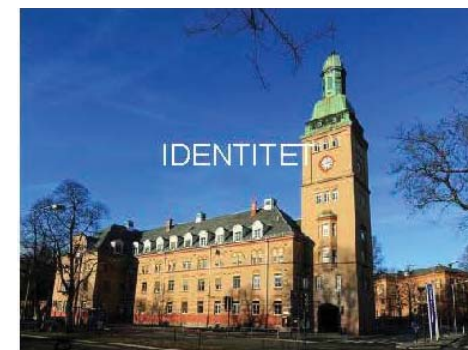
BYUTVIKLINGSPOTENSIALE

► Inspirasjonsbilleder fra bymiljø, Kilde CF Møller

Tomten til Ullevål sykehus er attraktiv på grunn av sin sentrale beliggenhet og den representative historiske bebyggelsen. Området vil kunne transformeres til en ny bydel med høy andel boliger. De opprinnelige sykehusbyggene med de karakteristiske stripete teglfasadene gir området en egen identitet. Det foreslås å beholde noen av paviljongbyggene og etablere en park mellom dem. Bislettbekken, som krysser tomten, kan delvis hentes til overflaten. Nærings-, undervisnings- og idrettsfunksjoner bør orienteres mot ringveien. Tomten bør knyttes til det omkringliggende veinettet og gjøres til en del av byen. Deler av den eksisterende bygningsmassen egner seg for kommunale funksjoner, som sykehjem og studentboliger.

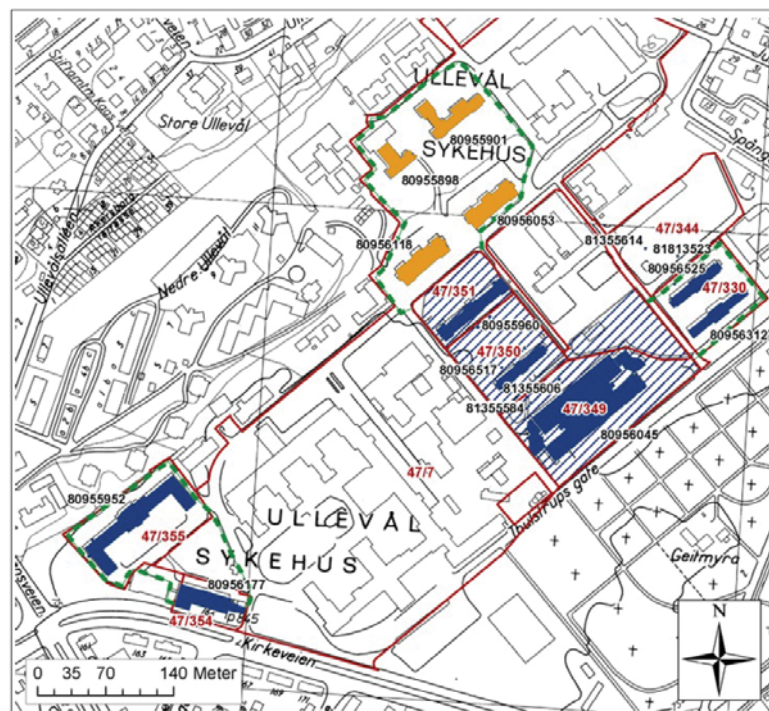
Ny Ullevål. Et stort, parkmessig opparbeidet boligområde

- Tett, ikke trang (EriksenSkajaa)
- Ny urban landskapspark
- Bilfri nabolag. alle biler «tidlig» ned i p-kjellere
- Svært god tilrettelegging for GÅENDE og SYKLENDE
- Bolig, kultur, fritidstilbud og Aktiv byliv
- Et DIFFERENSIERT LEILIGHETSTILBUD, minimum 20% små leiligheter, minimum 20% store leiligheter
- Pluss-by
- Kommunalt tilbud og næringsliv integrert



Muligheter:

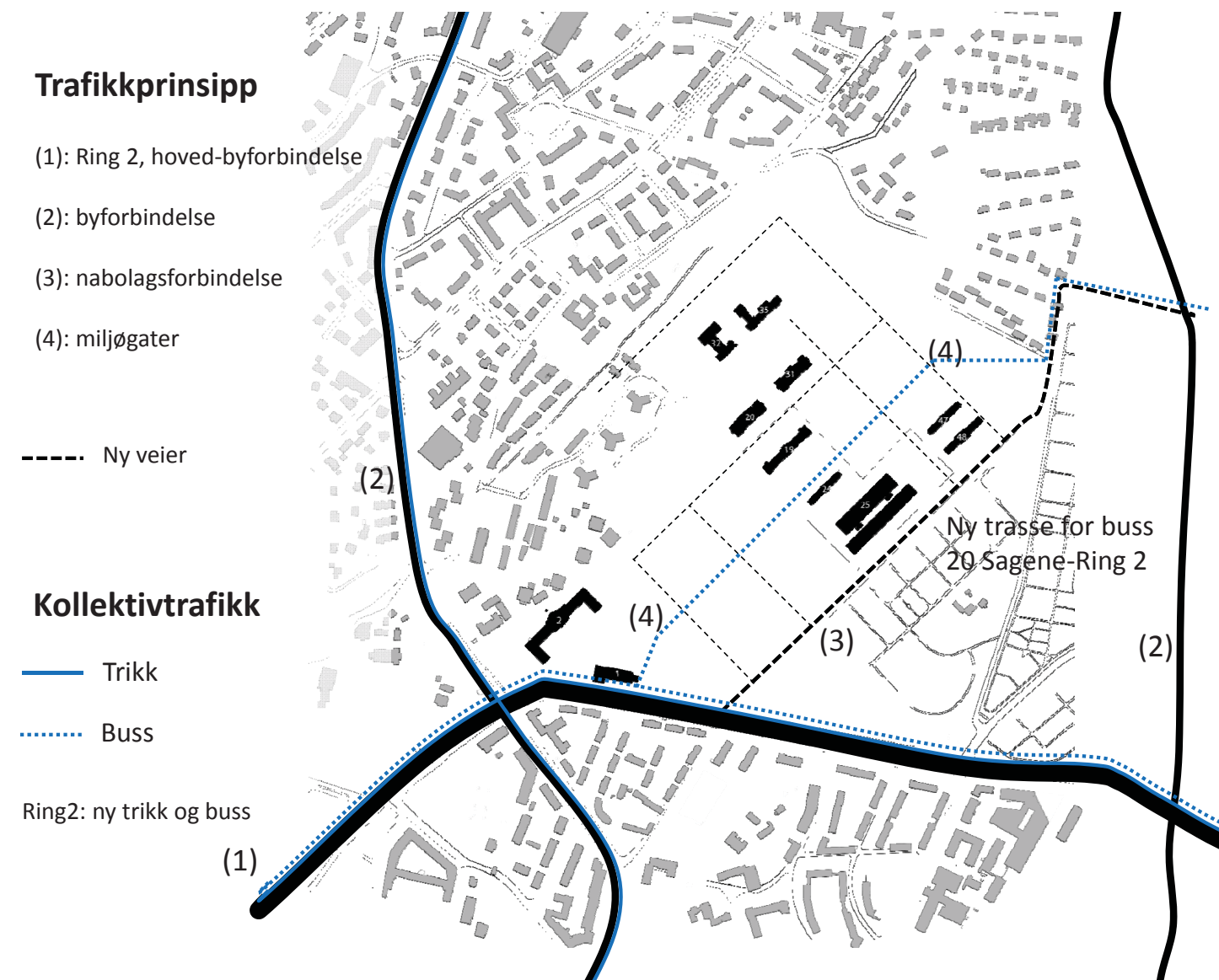
- Forlengelse av Theresesgate som strøkgate
- Forbindelsen med Sagene gjennom kirkegården
- Offentlige attraksjoner



◀ Planillustrasjon, forbindelser og attraksjoner byutvikling på Ullevål



TRAFIKKPRINSIPP, BYUTVIKLING PÅ ULLEVÅL

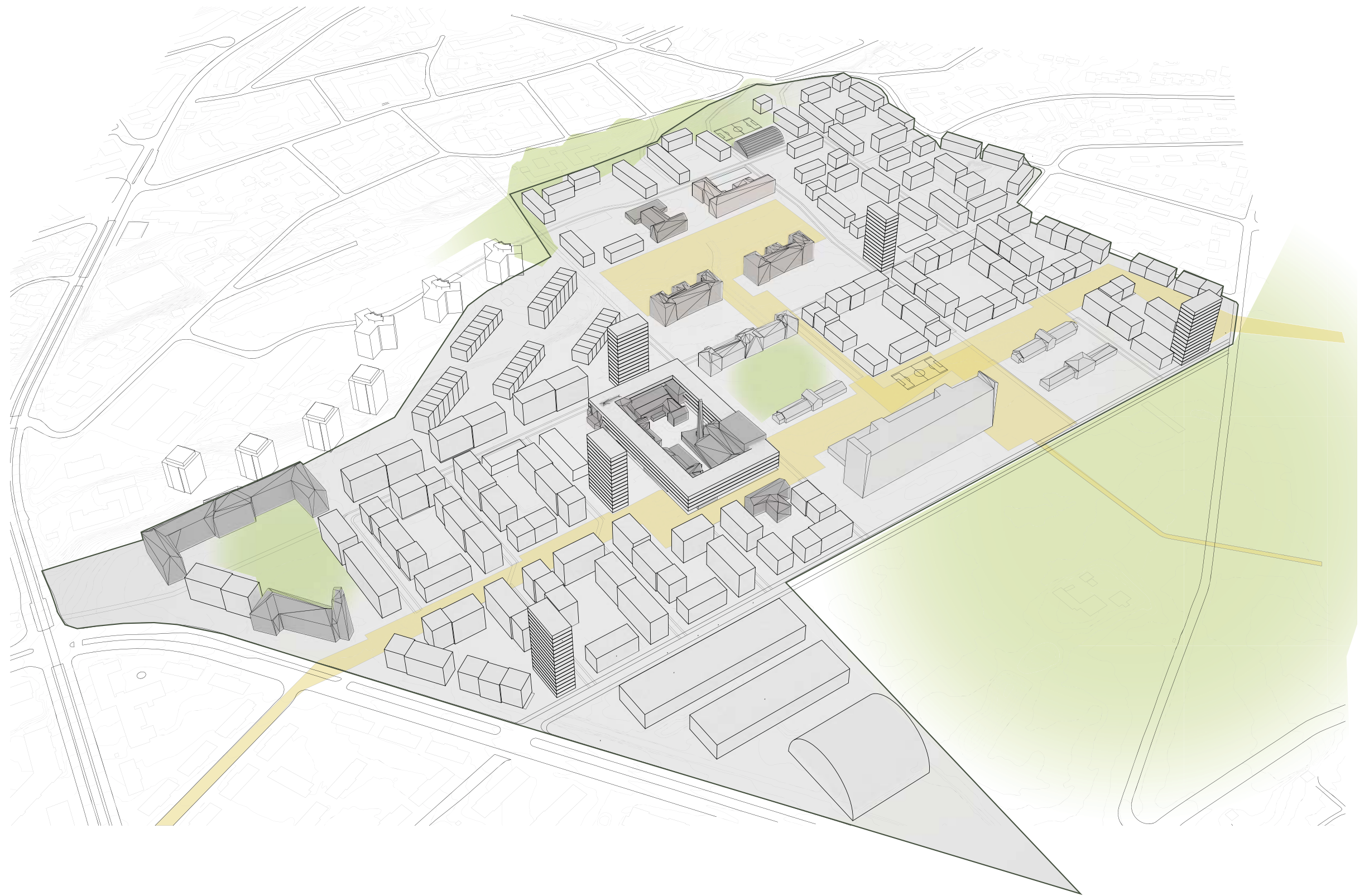




◀ Planillustrasjon, mulig byutvikling på Ullevål



► Illustration, mulig
byutvikling på Ullevål







OUS Idéfase RSA med tilgrensende funksjoner

November 2015

Versjon 0.9 - 08.12.2015

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	3
1 Bakgrunn, mål, mandat, organisering og rammer for arbeidet	17
1.1 Bakgrunn	17
1.2 Mål for arbeidet	17
1.3 Mandat basert på bestillingen 20.08.2015	17
1.4 Organisering og rammer for arbeidet	18
1.5 Involvering og forankring	19
1.6 Metode og forholdet til «Veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter»	20
2 Identifisering og avgrensing ift utviklingsplanen og investeringsplanen. Overordnede krav og føringer.	21
2.1 Overordnede mål og strategiske føringer, referanse til spesielle strategiske dokumenter, virksomhetsmessig utviklingsplaner, bygningsmessige utviklingsplaner ol.	21
2.2 Bakgrunn, beskrivelse av dagens sykehusvirksomhet, tilbud og bygg.	23
2.3 Spesielle problemstillinger.	27
2.4 Interessentanalyse	28
2.5 Nåsituasjon, forventet utvikling, fremtidige aktivitet/behov, funksjoner/virksomhet, omstilling, driftsmodell, kapasitet, arealbehov og bygg	33
2.6 Dimensjonerende forutsetninger, forutsetninger for endring.	50
2.7 Arealbehov RSA med tilgrensede funksjoner	52
2.8 Mål, kritiske suksessfaktorer, målanalyse	53
2.9 Overordnet kravdokument.....	60
3 Idésøk. Alternativvurdering. Mandat for konseptfasen. Investeringsramme	62
3.1 Alternative løsninger / mulighetsstudier utredet i idefasen.	62
3.2 Dagens situasjon / Nullalternativet	64
3.3 Evaluering av de alternative løsningenes bidrag til måloppnåelse. Driftsmessige, fysiske og økonomiske konsekvenser av løsningene.	65
4 Plan for videre arbeid.....	76
4.1 Konseptfasens sluttresultat – hva skal leveres.....	76
4.2 Særskilte utfordringer knyttet til gjennomføringen av konseptfasen i dette prosjektet	76
4.3 Planprosess, organisering, ansvar og medvirkning	77
4.4 Kontraktstrategi for kontrahering av tjenester	77
4.5 Prinsipper for prosjekt- og risikostyring	78
4.6 Tidsplan	78
4.7 Ressursbruk og kostnader knyttet til konseptfasen	80

Sammendrag

OUS idefase RSA med tilgrensende funksjoner (mtf) er oppdatert med sikte på å styrke regionsfunksjoner og for å legge grunnlag for mer effektiv bruk av eiendomsressurser.

Resultatet av oppdateringen er i hovedsak:

- Oppdatert beregning av arealbehovet for RSA mtf
- Tre alternative forslag (mulighetsskisser) til lokalisering av RSA mtf
- Spesifikke krav til utforming av RSA mtf i neste fase: Konseptfasen (regulering og programmering)

1 Bakgrunn, mål, mandat, organisering og rammer for arbeidet

1.1 Bakgrunn

OUS styret vedtok (2010, sak 141) en idefaseutredning for psykisk helsevern og rusomsorg, særlig med sikte på regionsfunksjoner og for å legge grunnlag for mer effektiv bruk av eiendomsressurser.

Idefase-dokumentet, «Prosjekt: OUS idéfase utbygging psykisk helse og avhengighet» forelå 22.08.2011. På grunn av organisasjonsendringer i «Klinikk psykisk helse og avhengighet», endringer i arealbehov og arealstandard, samt endrede premisser (psykisk helsevernlov, vurdering av effekten av befolkningsframskrivingen, m.m.) ble en ny og oppdatert utgave av idéfaserapporten bestilt 20.08.2015.

1.2 Mål for arbeidet

Idéfase-rapporten skal legges frem for OUS styret 17.12.2015.

1.3 Mandat basert på bestillingen 20.08.2015

- Ny vurdering basert på 2011-rapporten
- Identifisering av mulige lokaliseringer med tilhørende tomter: Dikemark, Gaustad jf. forrige idefase, Ila, Sogn/SSBU-tomta
- Mulighetsstudie
- Økonomiske analyser og evaluering
- Plan for videre arbeid

1.4 Organisering og rammer for arbeidet

Delprosjektet har vært organisert med styringsgruppe, leder/fagledergruppe, delprosjektleder, utredningsgruppe med brukerrepresentanter, fysiske løsninger/mulighetsstudie-gruppe, areal- og økonomi-gruppe, samt kommunikasjon- og prosjektstøtte.

1.5 Involvering og forankring

Overordnet forankring og bred involvering og medvirkning har vært sikret gjennom en rekke fora og møteformer (bl.a. dialog- og informasjonsmøter. Intranettside for delprosjektet er tatt i bruk.

1.6 Metode og forholdet til «Veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter»

«Veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter» har vært retningsgivende for arbeidet og idefaserapportens struktur.

2 Identifisering og avgrensing ift utviklingsplanen og investeringsplanen. Overordnede krav og føringer.

2.1 Overordnede mål og strategiske føringer, referanse til spesielle strategiske dokumenter, virksomhetsmessig utviklingsplaner, bygningsmessige utviklingsplaner o.l.

Det overordnede målet om *mer effektiv bruk av eiendomsressurser* ligger til grunn for oppdatert idéfase.

2.2 Bakgrunn, beskrivelse av dagens sykehusvirksomhet, tilbud og bygg

Overordnede rammebetingelser for investeringen fremgår primært av:

- Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven)
- Lov om planlegging og byggesaksbehandling (plan- og bygningsloven)

sekundært av:

- Lov om rettergangsmåten i straffesaker (Straffeprosessloven), § 167.

«Kravspesifikasjon for sikkerhetspsykiatribygg i Norge» blir en viktig del av grunnlaget for konseptfasen.

Ved oppstart av arbeidet med ny/oppdatert idéfase for RSA med tilgrensende funksjoner ble omfanget av organisasjonsheter definert som følger:

- Regional sikkerhetsavdeling (RSA)
- Avdeling Psykisk Utviklingshemming og Autisme (PUA)
- Lokal sikkerhet Dikemark
- Lokal sikkerhet Gaustad
- Kompetansesenter Sikkerhets-, Fængsels- og Rettspsykiatri (KPS)

Lokalisering og bygningsareal 2015

Org.enh.	Adresse	Kommune	Byggnr	Byggnavn	Etasjer	BTA m ²
RSA	Sykehusveien 18	Asker	18	Granli	1. - 3.	4 480
PUA	Verkensveien 19	Asker	211	Verkensveien 19	¾	7 613
LS Dikemark	Verkensveien 19	Asker	211	Verkensveien 19	¼	2 538
LS Gaustad	Sognsvannsveien 21	Oslo	17	-	1. - 4.	3 651
KPS	Sognsvannsveien 21	Oslo	07	-	1. - 2.	1 111
I alt: 5	3	2	4		13	19 392

Kapazität: Døgnplasser 2015

Org.enh.	Døgnplasser 2015
RSA	20
PUA	10
LS OUS-sektor	12
LS LD sektor	8
Særlig høyt sikkerhetsnivå	2
KPS	-
I alt	52

Bruttoareal (BTA) pr døgnplass i 2015

I 2015 er bruttoarealet pr døgnplass: $19\,392 \text{ m}^2 \text{ BTA} / 52 \text{ døgnplasser} = \mathbf{373 \text{ m}^2 \text{ BTA /døgnplass}}$.

Personell 2015

Org.enh.	Årsverk
RSA	171
LS	83
PUA	73
KPS	16
I alt	343

Bygningsmassen er lite arealeffektiv og bære flere steder preg av stort vedlikeholdsetterslep.

2.3 Spesielle problemstillinger

Fire spesielle problemstillinger er drøft og konkludert i utredningsgruppen.

2.4 Interessentanalysen

Lokalisering av sikkerhetspsykiatrisk virksomhet har vist seg å være krevende ift interessenter i aktuelle omgivelser. Det er derfor gjennomført en interessentanalyse i idefasen. Her identifiseres flere tiltak for å redusere gjennomføringsrisikoen:

#	Interessent	Interesse/behov/krav: LOKALISERING RSA mtf	Holdning til tiltaket mot: - / for: + (skala: -3 / +3)	Antatt evne til å påvirke tiltaket (skala: 0 / +3)	Realiserings RISIKO	Mulige tiltak fra operativ / overordnet bestillers side
1	Pasienter	Normalitet, naturlige omgivelser	3	1	3	
2	Overordnet ledelse og samfunn	Nok areal (tomt, bygg). Sikkerhet.	3	1	3	
3	RSA, PUA, KPS	Nok areal (tomt, bygg). Avstand til nabo.	3	1	3	
4	LS, spesialisert døgntilrettelagt	Natur. Gode uteområder.	3	1	3	
5	Medarbeidere, tillitsvalgte, VO	Sikkerhetssone rundt bygget. Utbyggingsmulighet.	3	1	3	
6	Dikemark Grunneier	Utvikling og salg.	-1	2	-2	Dialog med grunneier
7	Dikemark Reguleringsmyndighet Admin.	Unngå konflikt med planlagt lokalsenter i Asker.	-1	2	-2	Dialog med planmyndighet
8	Dikemark Reguleringsmyndighet Politisk	?		3	?	Politisk avklaring
9	Dikemark Antikvarisk myndighet	Vernede bygg og utendørsarealer.	-1	1	-1	Dialog med antikvarisk myndighet
10	Gaustad Grunneier	Mer effektiv bruk av eiendomsressurser.	2	2	4	
11	Gaustad Reguleringsmyndighet Admin.	Ikke avstengning av områder.	-2	2	-4	Tilrettelegge forbindelser
12	Gaustad Reguleringsmyndighet Politisk	?		3	?	Politisk avklaring
13	Gaustad Antikvarisk myndighet	Skeptiske til lokalisering av RSA mtf på Gaustad.	-2	1	-2	Dialog med antikvarisk myndighet
14	Ila Grunneier	Kriminalomsorgen ønsker samlokalisering	2	2	4	
15	Ila Reguleringsmyndighet Admin.	Åpen for tiltaket, samlokalisering m/krim.omsorg	1	2	2	
16	Ila Reguleringsmyndighet Politisk	?		3	?	Politisk avklaring
17	Ila Antikvarisk myndighet	(Ingen spesielle)	0	1	0	
18	SSBU Grunneier	Mer effektiv bruk av eiendomsressurser.	2	2	4	
19	SSBU Reguleringsmyndighet Admin.	Ikke avstengning av områder.	-2	2	-4	Tilrettelegge forbindelser
20	SSBU Reguleringsmyndighet Politisk	?		3	?	Politisk avklaring
21	SSBU Antikvarisk myndighet	Skeptiske til lokalisering av RSA mtf på SSBU	-2	1	-2	Dialog med antikvarisk myndighet

2.5 Nåsituasjon, forventet utvikling, fremtidige aktivitet/behov, funksjoner/virksomhet, omstilling, driftsmodell, kapasitet, arealbehov og bygg

er nærmere beskrevet for henholdsvis:

- Regional sikkerhetsavdeling (RSA)
- Avdeling Psykisk Utviklingshemming og Autisme (PUA)
- Lokal sikkerhet Dikemark
- Lokal sikkerhet Gaustad
- Kompetansesenter Sikkerhets-, Fængsels- og Rettspsykiatri (KPS)

2.6 Dimensjonerende forutsetninger, forutsetninger for endring

Totalt behov for antall pasientplasser 2030

Organisasjonsenhet	2015	2030
RSA	20	32
Lokal sikkerhet	20	25
PUA	10	12
Særlig høyt sikkerhetsnivå	2	4
Totalt	<u>52</u>	73

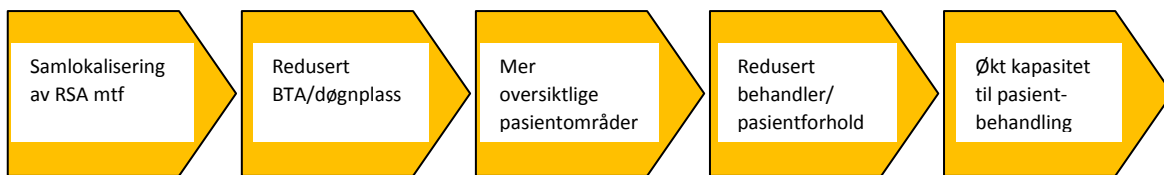
2.7 Arealbehov RSA med tilgrensede funksjoner

Arealbehovet for RSA med tilgrensede funksjoner er vist i tabellen under.

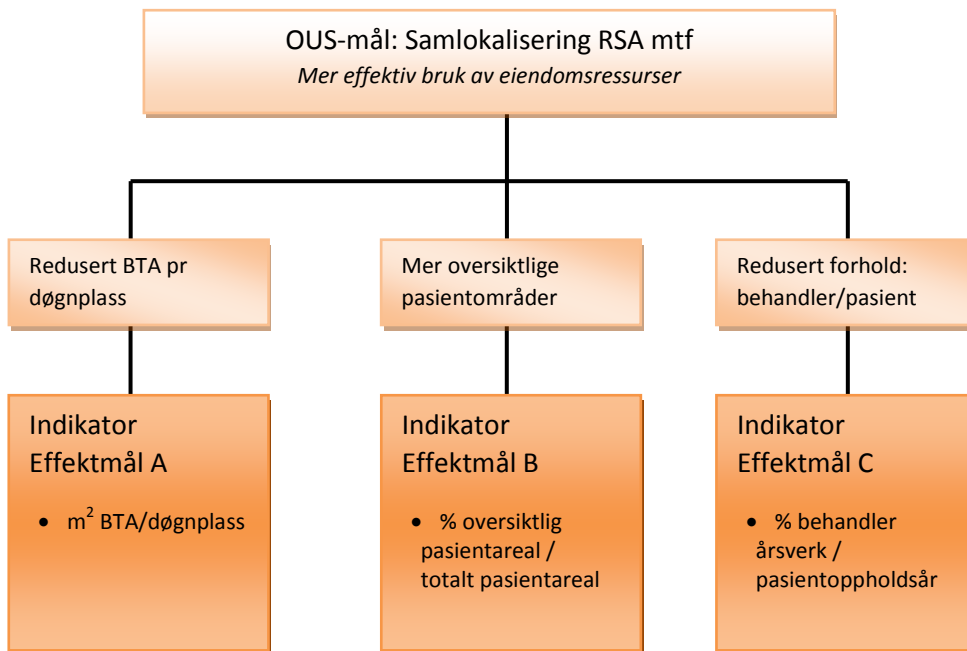
Areal	Plasser	BTA (m ²)
RSA	32	6 530
PUA	12	2 762
Lokal sikkerhet	25	4 729
Fellesfunksjoner		2 060
Særlig høyt sikkerhetsnivå	4	1 292
KPS		500
Totalt (avrundet)	73	18 000

2.8 Mål, kritiske suksessfaktorer, målanalyse

Relevans for investeringen - Resultatkjede for etablering av prosjektets målhierarki



Prosjektets målhierarki



2.9 Overordnet kravdokument

Absolutte minimumskrav ("Skal-krav")

MÅL / DELMÅL		EVALUERINGSKRITERIUM
GENERELLE KRAV		
1	Mål for sykehusets kjernevirksomhet	
	Ta utgangspunkt i pasientens perspektiv.	Sikkerhet for samfunn og pasienter
	Arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt / Tilrettelagt for helsefremmende, godt og <i>sikkert arbeidsmiljø</i> .	Sikkerhet for ansatte
	En god samarbeidspartner og engasjert samfunnsaktør.	Vi skal legge <i>kost-nytte vurderinger</i> til grunn for innføring av ny teknologi og behandling
KRAV TIL LOKALISERING		
1	Mål for sykehusets kjernevirksomhet	
	Et fremragende universitetssykehus, en lærende og skapende organisasjon.	Pasientbehandling, forskning, utdanning og innovasjon er gjensidig kvalitetshevende og skal være tett integrert i <i>forskningsnære klinikker</i>
	Ta utgangspunkt i pasientens perspektiv.	(7 skal-krav)
KRAV TIL UTFORMING		
1	Mål for sykehusets kjernevirksomhet	
	Ta utgangspunkt i pasientens perspektiv.	(8 skal-krav)

Bør-krav / Vurderingskriterier

MÅL / DELMÅL		EVALUERINGSKRITERIUM
KRAV TIL LOKALISERING		
1	Mål for sykehusets kjernevirksomhet	
	Et fremragende universitetssykehus, en lærende og skapende organisasjon.	Gode rekrutteringsmuligheter
2	Mål for bygg- og eiendomsutvikling	
	Tilfredsstillende kapasitetsbehov samt funksjonelle og tekniske krav.	(17 skal-krav)
	Samling og effektivisering av bygningsmassen, både klinisk og teknisk drift. Korte transport-avstander for pasienter, ansatte og varer.	(2 skal-krav)
KRAV TIL UTFORMING		
2	Mål for bygg- og eiendomsutvikling	
	Samling og effektivisering av bygningsmassen, både klinisk og teknisk drift. Korte transport-avstander for pasienter, ansatte og varer.	Samlokalisering av fag/funksjoner
	Tilfredsstillende kapasitetsbehov samt funksjonelle og tekniske krav.	(3 skal-krav)

3 Idésøk. Alternativvurdering. Mandat for konseptfasen. Investeringsramme

3.1 Alternative løsninger / mulighetsstudier utredet i idefasen

#	Mulighet	Beskrivelse
Dikemark		
1	1) Granli	RIVE 4 270 m ² NYBYGG 15 000 m ² (2,3 et.)
2	2) Dagali / Kringsjå	DAGALI (eksternt vern): 4 832 m ² KRINGSJÅ (internt og eksternt vern): 3 024 m ² NYBYGG 7 144 m ² (1,4 et.)
3	3A) Furuli	FURULI (eksternt vern): 3 680 m ² NYBYGG 11 320 m ² (1.7 et.)
4	3B) Furuli/Bjerget	FURULI (eksternt vern): 3 680 m ² BJERGET (eksternt vern): 2 844 m ² NYBYGG 8 476 m ² (1.7 et.)
5	4) Øvre åsen	NYBYGG 15 000 m ² (3,7 et.)
6	5) Verkensveien 19 – Alt. 1	VERKENSVEIEN 19 (eksternt vern) 50 % = 5 075 m ² NYBYGG 10 000 m ² (2,0 et.)
7	5) Verkensveien 19 – Alt. 2	NYBYGG 15 000 m ² (2,0 et.)
Gaustad		
8	1) Østsiden Nord	BYGG 19: 3.671 m ² NYBYGG 19 349 m ² SAMLET AREAL: 23 020 m ² (ref Idefase 2011)
9	2) Østsiden Syd	BYGG 19: 3 671 m ² NYBYGG 4 685 m ² SAMLET AREAL: 8 356 m ² (Idefase 2011)
10	3) Nord	BYGG 17: 3 671 m ² NYBYGG 11 300 m ² (1,7 et.)
Ila		
11	1) Syd	NYBYGG 15 000 m ² (2,2 et.)
12	2) Nord	NYBYGG 15 000 m ² (2,0 et.)
SSBU-tomta (Sogn)		
13	1) Nord	RIVE BYGG 65: 929 m ² BYGG 63: 3 072 m ² BYGG 67: 2 589 m ² NYBYGG 9 339 m ² (1,5 et.)
14	2) Syd	BYGG 63: 3 072 m ² BYGG 67: 2 589 m ² BYGG 53: 1 254 m ² NYBYGG 8 000 m ² (2,6 et.)

3.2 Dagens situasjon / 0-alternativet

Videreføring av dagens situasjon (0-alternativet) innebærer fortsatt ineffektiv bruk av eiendomsressursene og fortsatt høy kost/nytte-forhold (kostnad pr døgnplass). Dagens situasjon vurderes ikke som levedyktig i et langsiktig perspektiv, og det ble i samlet idéfase (se rapport 2.0) forutsatt at et nybygg må til for å huse sikkerhetspsykiatrien også i 0-alternativet, men at lokalisering ikke er avklart. Det er derfor ikke regnet på et 0-alternativ basert på videreføring av dagens situasjon i foreliggende idéfase. Det foreligger planer for utbedring av kritiske vedlikeholdsetterslep på Dikemark, men planene er stanset inntil videre. I konseptfasen vil 0-alternativet for RSA med tilgrensede funksjoner vurderes nærmere, og da mest sannsynlig som et utsettelsesalternativ, ref. utbedringsplanene.

3.3 Evaluering av de alternative løsningenes bidrag til måloppnåelse. Driftsmessige, fysiske og økonomiske konsekvenser av løsningene

Grovsortering av alternative løsninger:

Mulighet	Vurdering mht krav	Konklusjon
0-alternativet	Innfrir 3 av 9 skal-krav	Beholdes som referanse
D 1) Granli	Innfrir 5 av 9 skal-krav	Forkastes
D 2) Dagali / Kringsjø	Innfrir 9 av 9 skal-krav, med kun noen lunde elastisitet	Forkastes, inntil videre
D 3A) Furuli	Innfrir 9 av 9 skal-krav, med kun noen lunde elastisitet	Forkastes, inntil videre
D 3B) Furuli/Bjerget	Innfrir 9 av 9 skal-krav, med kun noen lunde elastisitet	Forkastes, inntil videre
D 4) Øvre åsen	Innfrir 5 av 9 skal-krav	Forkastes
D 5) Verkensveien 19	Innfrir 9 av 9 skal-krav	Vurderes nærmere
G 1) Østsiden Nord	Innfrir 5 av 9 skal-krav	Forkastes
G 2) Østsiden Syd	Innfrir 4 av 9 skal-krav	Forkastes
G 3) Nord	Innfrir 9 av 9 skal-krav	Vurderes nærmere
I 1) Syd	Innfrir 9 av 9 skal-krav	Vurderes nærmere
I 2) Nord	Innfrir 9 av 9 skal-krav	Vurderes nærmere
S 1) Nord	Innfrir 7 av 9 skal-krav	Forkastes
S 2) Syd	Innfrir 7 av 9 skal-krav	Forkastes

FORKLARING

D: Dikemark, G: Gaustad, I: Ila, S: SSBU (Sogn)

Investeringskostnad

I tabellen under er investeringsanslaget for gjenværende alternativer. Det presiseres at dette er et grovt anslag i en tidlig fase, og anslaget må videreutvikles gjennom konseptfase og forprosjekt.

Post (Mkr)	Alt.:	Ila Syd	Dikemark Verkensvn 19 – alt. 1	Dikemark Verkensvn 19 – alt. 2	Gaustad Nord
Delsum		1 126	1 194	1 194	1 051
Byggelånsrenter		37	46	46	41
Påslag for usikkerhet (*)		113	119	119	105
SUM		1 280	1 360	1 360	1 200

Tabell 9: Investeringskostnad

Anslåtte beløp for postene: Nybygg, Ombygging, Infrastruktur, Parkering, Tomtekjøp og Perimetersikring, er ikke presentert her av hensyn til OUS sin forhandlingsposisjon (jf Offl. § 23).

*: Se 3.3.6.

Tid til ferdigstillelse

Forutsatt beslutning om oppstart for konseptfase RSA mtf innen 01.03.2016 er følgende tider til ferdigstilles anslått basert på kontakt med administrativ planmyndighet i henholdsvis Bærum, Asker og Oslo.

	Ila Syd	Dikemark Verkensveien 19	Gaustad Nord
Tid til ferdigstillelse	4 ¾ år	6 ¼ år	4 ¾ år
Ferdigstilt anno	2020	2022	2020

Evaluering ift bør-krav

Tabellen under viser den skjønsmessige vurderingen av resterende alternativer basert på eiendomsfaglige og psykisk-helsefaglige kriteriene dokumentert i tomteanalysene.

KRAV					Dikemark	Dikemark	Gaustad	Ila	
#	Kilde	Gjelder	Skal/Bør	Beskrivelse	V19 nyB	V19 nyB+omB	Nord	Syd	
11	Fremrager	Lokalisering	Bør	Rekrutering	4	4	6	5	
12	Tilfredsstill	Lokalisering	Bør	Atkomst; eksisterende og fram	4	4	4	4	
13	Tilfredsstill	Lokalisering	Bør	Offentlig kommunikasjon	4	4	5	4	
14	Tilfredsstill	Lokalisering	Bør	Eksisterende bebyggelse: histo	5	3	3	5	
15	Tilfredsstill	Lokalisering	Bør	Lydforhold (inkl støy)	5	5	4	4	
16	Tilfredsstill	Lokalisering	Bør	Solforhold	5	5	4	5	
17	Tilfredsstill	Lokalisering	Bør	Parkering	4	4	2	4	
18	Tilfredsstill	Lokalisering	Bør	Utsiktsforhold	5	5	3	4	
19	Tilfredsstill	Lokalisering	Bør	Topografi; vurdere tomt med he	5	5	5	5	
20	Tilfredsstill	Lokalisering	Bør	Teknisk infra-/ultrastruktur mtp	5	5	5	5	
21	Tilfredsstill	Lokalisering	Bør	Veier, interne	4	4	4	4	
22	Tilfredsstill	Lokalisering	Bør	Karakteristiske trekk ved nabol	5	5	4	4	
23	Tilfredsstill	Lokalisering	Bør	Beliggenhet i forhold til industr	5	5	3	5	
24	Tilfredsstill	Lokalisering	Bør	Gjeldende reguleringsplan med	3	3	3	4	
25	Tilfredsstill	Lokalisering	Bør	Vegetasjon; eksisterende veget	4	4	4	4	
26	Tilfredsstill	Lokalisering	Bør	Luktforhold	5	5	4	5	
27	Tilfredsstill	Lokalisering	Bør	Klima; temperatur, soleksponer	5	5	4	5	
28	Tilfredsstill	Lokalisering	Bør	Service og nærmiljø; avstand til	4	4	5	3	
29	Samling og	Lokalisering	Bør	Nærhet til somatikk	3	3	5	4	
30	Samling og	Lokalisering	Bør	Nærhet til annen psykiatri	4	4	5	4	
RESULTAT EVALUERING									
					Poengsum	88	86	82	87
					Rangering	1	3	4	2

FORKLARING

V19: Verkensveien 19, nyB: Nybygg, omB: Ombygging eksisterende bygg

Samlet evaluering av gjenværende alternativene løsninger og anbefalte løsninger

På bakgrunn av gjennomførte analyser og vurderinger sammenstilles resultatene til en samlet evaluering i tabellen under. Tall i grå celler viser rangering for respektive hovedkriterium.

	0-alternativ	Dikemark V19 nyB	Dikemark V19 nyB+Omb	Gaustad Nord	Ila Syd
Levetidskostnad	4	3	3	1	2
Investering inkl usikkerhet, Mkr		1 360	1 360	1 200	1 280
Drift gjennom analyseperiode	(Beregnes i konseptfasen)	*	*	*	*
Avhending/restverdi/ alternativverdi		*	*	*	*
Kostnad pr døgnplass	(Høyest)	*	*	*	*
Gjennomførbarhet (lav realiseringsrisiko)		2	3	4	1
Planfaglige signaler		-2	-2	-4	+2
Tid til ferdigstillelse		2	2	1	1
Antatt tid til ferdigstillelse		6 ¼ år	6 ¼ år	4 ¾ år	4 ¾ år
Ytelse og kvalitet i løsningen		1	3	4	2
Innfrir skal-krav, (forskjellig elastisitet)		1 (6)	2 (5)	3 (4)	2 (5)
Innfrir bør-krav rangering (poeng)		1 (88)	3 (86)	4 (82)	2 (87)
Samlet rangering		2	4	3	1

Anbefalte løsninger

Følgende løsninger anbefales som grunnlag til mandat for konseptfasen:

- 1) Ila Syd
- 2) Dikemark Verkensveien 19, alt 1 – Nybygg
- 3) Gaustad Nord

Investeringsramme, forslag

1 400 Mkr.

4 Plan for videre arbeid

4.1 Konseptfasens sluttresultat – hva skal leveres

IS-1369 Veileder: Tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter følges i konseptfasen.

4.2 Særskilte utfordringer knyttet til gjennomføringen av konseptfasen i dette prosjektet

1)

Politisk reguleringsmyndighets holdning til lokalisering av RSA mtf er uavklart

Ifm idéfasen RSA mtf har det ikke vært kontakt med representanter fra kommunestyrene i Asker, Bærum eller Oslo. På bakgrunn av dialog med planadministrasjonen i respektive kommuner anslås risikoen for ikke å oppnå ønsket lokalisering av RSA mtf som «høy» til ukjent.

Anbefalt tiltak: Tidlig i konseptfasen bør OUS ta kontakt med øverste politisk og administrativt nivå i aktuelle kommune/r for å avklare holdningen til tiltaket

2)

Statlig reguleringsplan som alternativ prosess

Hvis det etter en politisk sondering viser seg at ingen av de aktuelle kommunene ønsker tiltaket, bør alternativet statlig reguleringsplan vurderes mtp å oppnå ønsket utvikling.

3)

Grunneier avklaring

For alle tre anbefalte alternativer er grunneieren kontakt mtp erverv. Muligheter for dette bør endelig avklares så raskt som mulig, mtp å inngå avtaler.

4)

Involvering i pågående reguleringsprosesser i Akser og Bærum.

Begge kommuner har signalisert at OUS bør engasjere seg i de pågående reguleringsprosessene i nevnte kommuner. Det med tanke på ikke tape tid pga forsinkelser ift fristene i reguleringsprosessene.

4.3 Planprosess, organisering, ansvar og medvirkning

Planprosess og prosjektorganisasjon er beskrevet.

4.4 Kontraktstrategi for kontrahering av tjenester

Det kontraheres prosjekteringsgruppe ved godkjent oppstart av konseptfasen.

4.5 Prinsipper for prosjekt- og risikostyring

Kvalitetssikring gjennomføres på flere nivåer.

4.6 Tidsplan

Det forutsettes oppstart av konseptfasen RSA mtf innen 01.03.2016.

For alternativet Dikemark Verkensveien 19, i Asker, forventes en lengre reguleringsprosess enn for de to andre konspetalternativene.

4.7 Ressursbruk og kostnader knyttet til konseptfasen

Ved en konkretisert beregning ut fra prosjekteringsstimer per kvm, ender prosjekteringskostnader som del av konseptfase på i størrelsesorden 6 – 8 mill. kr. inkl. mva.

I tillegg kommer prosjektledelse, prosjektadministrativ støtte, programmering og utstysplanlegging som indikerer et samlet konseptfasebudsjett på ca 13 - 15 mill. kr. (inkl. mva), inkludert avsetning for usikkerhet på 15 %.

1 Bakgrunn, mål, mandat, organisering og rammer for arbeidet

1.1 Bakgrunn

Generelt

Oslo universitetssykehus (OUS) trenger nye sykehusbygg av flere grunner; den svært gamle og dårlige bygningsmassen, behovet for å samle virksomhet for å oppnå bedre kvalitet og effektivitet i pasientbehandlingen, samt en betydelig forventet befolkningsvekst. Med utgangspunkt i dette har det vært gjennomført en idéfase om fremtidens OUS i et 2030-perspektiv.

Regional sikkerhetsavdeling (RSA) med tilgrensende funksjoner (mtf) spesielt

OUS styret vedtok (2010, sak 141) en idefaseutredning for psykisk helsevern og rusomsorg, særlig med sikte på regionsfunksjoner og for å legge grunnlag for mer effektiv bruk av eiendomsressurser.

Idéfase-dokumentet, «Prosjekt: OUS idéfase utbygging psykisk helse og avhengighet» forelå 22.08.2011. På grunn av organisasjonsendringer i «Klinikk psykisk helse og avhengighet», endringer i arealbehov og arealstandard, samt endrede premisser (psykisk helsevernlov, vurdering av effekten av befolkningsframskrivingen, m.m.) ble en ny og oppdatert utgave av idéfaserapporten bestilt 20.08.2015.

1.2 Mål for arbeidet

Idéfase-rapporten skal legges frem for OUS styret 17.12.2015.

1.3 Mandat basert på bestillingen 20.08.2015

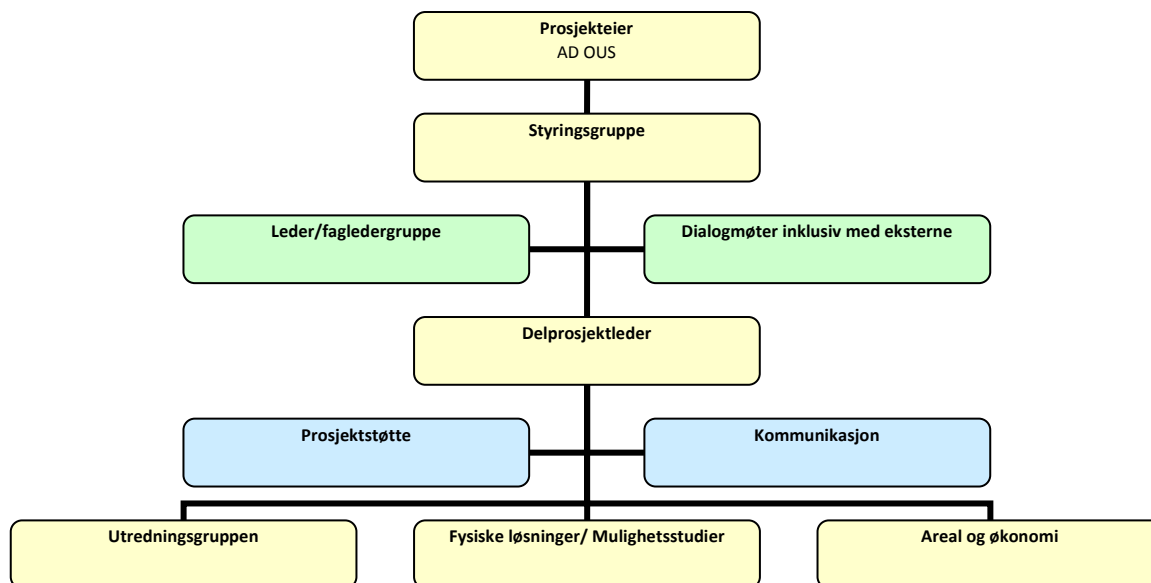
- Ny vurdering av behov/kapasitet/areal basert på forrige idefase for RSA med tilgrensende funksjoner (mtf), samt oppdatering av forutsetninger og kontroll mot det som nå er utredet ifm utbedringer på Dikemark.
- Identifisering av mulige lokaliseringer med tilhørende tomter: Dikemark, Gaustad jf. forrige idefase, Ila, Sogn/SSBU-tomta
- Mulighetsstudie
- Økonomiske analyser og evaluering
- Plan for videre arbeid (med sikte på at det eventuelt kan settes i gang en egen konseptfase for dette).

1.4 Organisering og rammer for arbeidet

OUS idéfase regional sikkerhetsavdeling med tilgrensende funksjoner (RSA mtf) inngår som et delprosjekt i hovedprosjektet: OUS idéfase.

En egen gruppe har revidert idéfaseutredningen fra 2011, «Prosjekt: OUS idéfase utbygging psykisk helse og avhengighet». Jan-Fredrik Wasmuth har ledet delprosjektet. Gruppens idéfaserapport inngår som vedlegg til rapporten fra hovedprosjektet.

Delprosjektet «Idéfase RSA mtf» har vært organisert som følger:



Følgende deltagere har inngått i styringsgruppen:

Marit Bjartveit	Klinikk psykisk helse og avhengighet, klinikkleder	OUS
Svein Petter Raknes	OUS idéfase, prosjektleder	OUS

Styringsgruppen har vært ansvarlig for at det er utarbeidet en rapport med basis i prosjektets mandat.

Følgende deltagere har inngått i leder/fagledergruppen:

Marit Bjartveit	Klinikk psykisk helse og avhengighet, klinikkleder	OUS
Trond H Noddeland	Avdeling Nasjonale og Regionale tjenester (NoR) Psykisk Helsevern	OUS
Bjarne Dahl	Regional sikkerhetsavdeling (RSA)	OUS
Anne-Karin Rustad Rudi	Avdeling Psykisk Utviklingshemming og Autisme (PUA)	OUS
Thor Børre Sangesland	Avdeling psykisk helsevern døgnbehandling	OUS
Petter Andreas Ringen	Avdeling Spesialisert Døgnbehandling	OUS
Carl Fredrik Haaland	Kompetansesenter Sikkerhets-, Fengsels- og Rettspsykiatri (KPS)	OUS

Leder/fagledergruppen gjennomført ukentlige arbeidsmøter (torsdager, 10:30 - 11:30, sep. – nov.)

Møtene har vært åpne for alle i utredningsgruppen (deltakelse på bakgrunn av egen vurdering av relevans og interesse for tema på møteplanen). Møteplan og referat ble sendt til alle i utredningsgruppen.

Følgende deltagere har inngått i utredningsgruppen:

Marit Bjartveit	Klinikk psykisk helse og avhengighet, klinikkleder	OUS
Trond H Noddeland	Avdeling Nasjonale og Regionale tjenester (NoR) Psykisk Helsevern	OUS
Bjarne Dahl	Regional sikkerhetsavdeling (RSA)	OUS
Anne-Karin Rustad Rudi	Avdeling Psykisk Utviklingshemming og Autisme (PUA)	OUS
Thor Børre Sangesland	Avdeling psykisk helsevern døgnbehandling	OUS
Petter Andreas Ringen	Avdeling Spesialisert Døgnbehandling	OUS
Carl Fredrik Haaland	Kompetansesenter Sikkerhets-, Fengsels- og Rettspsykiatri (KPS)	OUS
Lars Stefan Østerholm	Regional sikkerhetsavdeling (RSA)	OUS
Dina Tegle Stenstad	Avdeling Psykisk Utviklingshemming og Autisme (PUA)	OUS
Trond Tangnes	"Avdeling Spesialisert Døgnbehandling, Seksjon Driftsenheten"	OUS
Hanne Neegaard	Lokal sikkerhet Dikemark	OUS
Harald Aulie	Kompetansesenter Sikkerhets-, Fengsels- og Rettspsykiatri	OUS
Agnete Bache-Wiig Mathisen	Sentral stab - Medisin, helsefag og utvikling	OUS
Hanne Rådstoga	NSF	OUS
Else Lise Skjæret	Fagforbundet	OUS
Birgit Aanderaa	Psykologforeningen	OUS
Arvid Nikolai Kildahl	Psykologforeningen	OUS
Tarje Tinderholt	Barne- og ungdomspsykiatrisk arbeidsgruppe (BUPA)	
Christian Smestad Torp	Klinikk psykisk helse og avhengighet	OUS
Marit Bjartveit	Klinikk psykisk helse og avhengighet	OUS
Peter Tomren	Brukerråd PUA	
Christine Rosenqvist	Brukerråd Klinikk psykisk helse og avhengighet	
Svein Petter Raknes	OUS Idéfase, prosjektleder	OUS
Jan Fredrik Wasmuth	OUS Idéfase RSA mtf, delprosjektleder.	OUS

Utredningsgruppen har gjennomført to arbeidsverksteder:

Arbeidsverksted 1: 03.11.2015: Behov, mål og krav (skal-, og bør-) ifm lokalisering

Arbeidsverksted 2: 12.11.2015: Grovsortering og evaluering av alternative mulighetsskisser

Ved arbeidsverksted 1 deltok arkitekt Knut H Bergsland, SINTEF, bl.a. ved å holde en presentasjon om «Hva kjennetegner gode omgivelser i behandlingsinstitusjoner i PHV».

1.5 Involvering og forankring

Prosjektets opplegg for involvering og forankring har vært organisert på følgende måte:

Overordnet forankring

HSØ er representert i styringsgruppemøter i hovedprosjektet OUS Idefase, der Idefase RSA mtf inngår som et delprosjekt.

Prosjekt møter i hovedprosjektet OUS idéfase

Leder av delprosjektet Idéfase, RSA mtf har, deltatt i ukentlige prosjekt møter i hovedprosjektet, OUS Idéfase, for koordinering og avklaring.

Dialog møter

Interne dialog møter med de ansattes organisasjoner er opprettholdt etter tidligere praksis i idéfasearbeidet.

Brukerinvolvering

Representanter fra brukerutvalg har deltatt i utredningsgruppen.

Grunneiermøter

Møter og/eller telefonkontakt med aktuelle grunneiere er gjennomført.

Kontaktmøter/planmyndighet

Informasjonsmøter/kontaktmøter med aktuelle planmyndigheter er gjennomført enten via hovedprosjektet eller som egne møter i delprosjektet.

Informasjon

Linjelederne i respektive enheter har informert medarbeidere i egnede fora / kanaler

Delprosjektleder har deltatt i info-møter hos PUA og RSA.

En egen intranettside for delprosjektet er etablert og tatt i bruk.

1.6 Metode og forholdet til «Veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter»

Arbeidet med idéfasen er gjennomført i tråd med veilederen for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter utgitt av Helsedirektoratet. Veilederen beskriver og gir anbefalinger om hvordan planprosessen for investeringsprosjekter i helseforetakene bør gjennomføres.

Målet for en idéfase er, på grunnlag av en vedtatt utviklingsplan for helseforetaket, å identifisere mulige, prinsipielle løsninger på et behov.

2 Identifisering og avgrensning ift utviklingsplanen og investeringsplanen. Overordnede krav og føringer.

2.1 Overordnede mål og strategiske føringer, referanse til spesielle strategiske dokumenter, virksomhetsmessig utviklingsplaner, bygningsmessige utviklingsplaner ol.

2.1.1 Overordnede mål og strategiske føringer

OUS gjennomførte en idefase for lokalisering av sikkerhetspsykiatri etter vedtak i OUS styret 2010: «Styret godkjenner at det igangsettes idefaseutredning for psykisk helsevern og rusomsorg, særlig med sikte på regionsfunksjoner og for å legge grunnlag for mer effektiv bruk av eiendomsressurser.»

Det overordnede målet om *mer effektiv bruk av eiendomsressurser* ligger til grunn for oppdatert idefase.

Relevante føringer fra «OUS Strategidokument 2013 – 2018» legges til grunn for idéfasen.

Virksomhetsmessig utviklingsplan, eller *bygningsmessige utviklingsplan* foreligger ikke på klinikknivå.

2.1.2 Rammebetingelser for investeringen

Overordnede rammebetingelser for investeringen fremgår primært av:

- Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven)
- Lov om planlegging og byggesaksbehandling (plan- og bygningsloven)

sekundært av:

- Lov om rettergangsmåten i straffesaker (Straffeprosessloven), Kap 13. Personundersøkelse og rettspsykiatrisk undersøkelse, § 167.

Krav til sikkerhetstiltak i regionale sikkerhetsavdelinger og i enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå P.t. foreligger ikke spesifikke krav til sikkerhetstiltak i regionale sikkerhetsavdelinger og i enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå.

OUS ba i november 2015 om en betenkning fra Justisdepartementet, der departementet klargjør hvilke sikkerhetskrav som vil stilles til en rettspsykiatrisk høysikkerhetsinstitusjon.

Statsbygg og Kriminalomsorgen har samarbeidet om en standard kalt «Kravspesifikasjon for fengselsbygg i Norge».

Den forventes godkjent i november 2015. Når «Kravspesifikasjon for fengselsbygg i Norge» foreligger, vil KPS bruke den som en del av grunnlaget for egen «Kravspesifikasjon for sikkerhetspsykiatribygg i Norge», sammen med bl.a. tilsvarende standarder for sikkerhetspsykiatribygg i Sverige.

«Kravspesifikasjon for sikkerhetspsykiatribygg i Norge» blir en viktig del av grunnlaget for konseptfasen.

Faglige referanser

- SINTEF/Teknologi og samfunn/Helse; Rapport 2014-03-20: Hva kjennetegner gode bygg i psykisk helsevern?; Knut H Bergsland.

2.1.3 Føringer for investeringen

Samfunns mål, effektmål og resultatmål fra forrige idefaserapport (2011) legges til grunn.

2.1.4 Forutsetninger for investeringen

- 1) Det forutsettes at deler (evt hele) anlegget trenger perimetersikring. (Krav til omfang av -, utforming av - og grunnareal til perimetersikring er p.t. uavklart. Det arbeides med identifisering av relevante referanser/krav)
- 2) Det forutsettes at enhet for særlig høyt sikkerhetsnivå inngår i arealbehovet (anslått plassbehov: 2015: 2 plasser, 2030: 4 plasser)
- 3) På bakgrunn av pågående arbeid med lovendring, forventes en økning, fram mot 2030, i antall pasienter dømt til tvunget psykisk helsevern (p.t. er forfordelingen, for denne pasientgruppen, regionalt / lokalt: ca 20 / 150).

2.2 Bakgrunn, beskrivelse av dagens sykehusvirksomhet, tilbud og bygg.

2.2.1 Organisasjonsenheter

Ved oppstart av arbeidet med ny/oppdatert idéfase for RSA med tilgrensende funksjoner ble omfanget av organisasjonsenheter definert som følger:

- Regional sikkerhetsavdeling (RSA)
- Avdeling Psykisk Utviklingshemming og Autisme (PUA)
- Lokal sikkerhet Dikemark
- Lokal sikkerhet Gaustad
- Kompetansesenter Sikkerhets-, Fengsels- og Rettspsykiatri (KPS)

2.2.2 Funksjoner / aktiviteter

Regional sikkerhetsavdeling (RSA)

RSA har følgende funksjoner / aktiviteter:

- Utredning
- Behandling av sikkerhetspsykiatriske pasienter
- Nasjonal koordineringsenhet
- § 167 enhet (rettspsykiatrisk undersøkelse iht straffeloven)
- Aktivitetsbygg (gymsal)
- Aktivitetssenter (fysioterapi, undervisning)
- Poliklinikk (Oslo fengsel)
- Prejudisiell enhet (Oslo fengsel)

Avdeling Psykisk Utviklingshemming og Autisme (PUA)

PUA har følgende funksjoner / aktiviteter:

- Utredning
- Døgnbehandling av personer med psykisk utviklingshemming/autisme og psykiske lidelser
- Poliklinikk
- Regional kompetansetjeneste (forskning, fagutvikling og formidling)
- Aktivitetssenter

Lokal sikkerhet (LS) Dikemark

LS Dikemark har følgende funksjoner / aktiviteter:

- Utredning
- Behandling av sikkerhetspsykiatriske pasienter
- Treningsrom/fysioterapi

Lokal sikkerhet (LS) Gaustad

LS Gaustad har følgende funksjoner / aktiviteter:

- Utredning
- Behandling av sikkerhetspsykiatriske pasienter
- Aktivitetssenter (fysioterapi, gym, undervisning)

Kompetansesenter Sikkerhets-, Fengsels- og Rettspsykiatri (KPS)

LS Gaustad har følgende funksjoner / aktiviteter:

- Forskning
- Fagutvikling
- Formidling

2.2.3 Lokalisering og bygningsareal 2015

Org.enh.	Adresse	Kommune	Byggnr	Byggnavn	Etasjer	BTA m ²
RSA	Sykehusveien 18	Asker	18	Granli	1. - 3.	4 480
PUA	Verkensveien 19	Asker	211	Verkensveien 19	3/4	7 613
LS Dikemark	Verkensveien 19	Asker	211	Verkensveien 19	1/4	2 538
LS Gaustad	Sognsvannsveien 21	Oslo	17	-	1. - 4.	3 651
KPS	Sognsvannsveien 21	Oslo	07	-	1. - 2.	1 111
I alt: 5	3	2	4		13	19 392

BTA: Bruttoareal.

2.2.4 Kapasitet: Døgnplasser 2015

Org.enh.	Døgnplasser 2015
RSA	20
PUA	10
LS OUS-sektor	12
LS LD sektor	8
KPS	-
I alt	50

LD-sektor: Lovisenberg/Diakonhjemmet sykehus.

2.2.5 Bruttoareal (BTA) pr døgnplass i 2015

I 2015 er bruttoarealet pr døgnplass: $19\,392\text{ m}^2\text{ BTA} / 50\text{ døgnplasser} = \mathbf{388\text{ m}^2\text{ BTA/døgnplass}}$.

2.2.6 Personell 2015

Org.enh.	Årsverk
RSA	171
LS	83
PUA	73
KPS	16
I alt	343

2.2.7 Bygningenes tilstand 2015

Ref 2011-rapporten

Ifm idéfasen 2011 ble bygningsmassens tilstand vurdert av Multiconsult, jf idéfaserapporten 2011, kap. 63. Vurderingen fra 2011 legges til grunn i 2015 i det følgende er relevante deler av oppsummeringen fra 2011 gjengitt og supplert med ny informasjon.

Dikemark (RSA, PUA, LS Dikemark)

Bygningsmassen på lokasjonen bærer preg av mangelfullt vedlikehold. Den er generelt preget av eldre byggeskikk som har store begrensninger i forhold til tilpasningsmuligheter og fremtidige bruksområder. Forsyningsanleggene ved Dikemark er preget av elde, slitasje og en viss underkapasitet som representerer et gjennomgående behov for oppgraderinger og/eller vedlikehold.

Generelt vurderes bygningene å kunne huse enklere dagfunksjoner som kontorer, poliklinikker etc. i et langsiktig perspektiv

Granli (RSA)

Granli (hovedbygning og aktivitetsbygg): 4 480 m² BTA. Hovedbygget oppført i 1925. På bakgrunn av et varslingsnotat fra RSA har Fylkeslegen vurdert forholdene ved RSA (mars 2015). Fylkeslegen konkluderte med at byggene/anleggets tilstand er uheldig, men forsvarlig. Prosjektering for utbedring av det mest kritiske vedlikeholdsetterslepet ble fullført november 2015.

Verkensveien 19 (PUA, LS Dikemark)

Verkensveien 19: 10 150 m² BTA. Oppført i 1960. Bygget er forholdsvis godt vedlikeholdt. Vinduene er skiftet ut de siste årene.

Gaustad (LS Gaustad, KPS)

Bygningsmassen ved Gaustad har en stor andel vakker eldre bygningsmasse i nydelige omgivelser nært tilliggende friområder. En betydelig andel av bygningene er foreslått vernet i forslaget til Landsverneplan.

Bygg 17 (LS Gaustad)

Bygning 17: 3 651 m² BTA. Oppført i 1922.

Bygget består av fire etasjer. I kjelleren er det aktivitetsrom til pasientene og i loftsetasjen er det kontorer. I 1. og 2. etasje holder sikkerhets-psykiatrisk avsnitt til. I hver etasje er det to skjermede enheter og kapasitet på 10 pasienter.

Teknisk sett har bygningene dårlig tilstand, der de fleste komponenter er vurdert med tilstandsgrad 2, dvs. uakseptabel tilstand. Yttertak, takrenner og nedløp er vurdert som svært dårlig med akutt behov for oppgradering/utskifting. Dette er viktig i.f.t. risiko for skadeutvikling. Grunn, fundamenter og bæresystem, brannsløkkingsanlegg og heisene har god teknisk tilstand. Bygget er ikke sprinklet.

Bygning 17 er registrert med relativt omfattende begrensninger og fremstår som en rigid konstruksjon. Begrenset last-kapasitet, tunge/bærende innervegger, smal bygningskropp og dårlig heiskapasitet gir i sum få muligheter for endringer.

Lokalenes egnethet for den virksomheten som er der i dag er vurdert som dårlig.

Størrelsen/kapasiteten på enhetene i 1. og 2. etasje (10 pasienter) opplyses å være for mye iht en hensiktsmessig driftssituasjon. For å klare dette må enhetene alltid ha noen pasienter i permisjon. Egnetheten i stor grad begrenset av planløsningen som gir dårlig oversikt over pasientene, små sengerom, mangel på noen rom (legekontorer, grupperom/samtalerom) og mangel på avgrenset uterom. Bad for pasientene er ikke HC-tilpasset. Vaktrommet i etasjene er trangt og er ikke lydtett ut i korridor. Skjermingsenhetene opplyses å fungere bra. Bygningen har god beliggenhet og ligger i stille og rolige omgivelser, skjermet for innsyn.

Ellers er det primært den dårlige tilstanden, manglende vedlikehold og en svært rigid konstruksjon som trekker ned.

Bygningen antas å egne seg best til enklere funksjoner som kontor og dagområder.

Bygg 07 (KPS)

Bygning 07: 1 111 m² BTA. Oppført i 1855.

Bygningen er blant de eldste på Gaustad, fra 1850-tallet. Bygningen har 2 etasjer pluss kjeller og loft. Etasjearealet ca. 380 m². Bygningen bærer generelt preg av slitasje og elde, og mangelfullt vedlikehold gjennom mange år. Klimaskjermen har dårlig tilstand, med behov for utbedring av vinduer og yttertak i løpet av relativt kort tid (tilstandsgrad 3 for de fleste av byggene). Også tekniske installasjoner er i relativt dårlig stand, eller mangler helt. Bygget er preget av byggeskikken på 1850-tallet, med tunge konstruksjoner, små rom, bærende innervegger, lav lastkapasitet og svært smal bygningskropp. Kombinert med relativt lite etasjeareal i bygget, legger dette store begrensninger både på endrings- og bruksmulighetene. På den positive siden er etasjehøydene og korridorbredder gode. Heis-kapasitet/størrelse for dårlig til dagens behov. Bygningen benyttes i dag primært til kontorer, og det vil være denne typen funksjoner som også vil kunne være aktuell i fremtiden. Arealeffektiviteten vil imidlertid være lavere enn i tilsvarende nybygg.

2.3 Spesielle problemstillinger.

Følgende spesielle problemstillinger har vært drøftet i utredningsgruppen.

Sykehus i fengsel eller «fengsel» i sykehus?

Det er konkludert med: «Fengsel» i sykehus (utformet med graderte sikkerhetsnivåer).

Maksimum antall etasjer (for hvem)?

Ved definering av krav ble konklusjonen: Lavt bygg for pasientene (1-2 et., max: 3 et.) / døgnområde på bakkeplan. Poliklinikk, forskning, administrasjon kan være over PUA og RSA.

Hva slags sikkerhetskrav finnes / skal tas høyde for?

«Kravspesifikasjon for sikkerhetspsykiatribygg i Norge» blir en viktig del av grunnlaget for konseptfasen. Jf kap 2.1.2

Avstander til allmenheten / andre pasienter?

Ved definering av krav ble konklusjonen: Minste avstand til «sårbar» nabo (bolig, barnehage, o.l.) sette til 10 m fra ytterste sikkerhet (gjerde) (Jf Ila: 20 m. Minst 8 m mellom bygg, jf PBL § 29-4: skal byggverk ha en avstand fra nabogrense ikke under 4 m).

2.4 Interessentanalyse

2.4.1 Interessentgrupper

Følgende interessentgrupper vært involvert eller kontaktet ifm utredningen.

INTERNE (OUS)

- Ledere/fagledere
- Medarbeidere, tillitsvalgte, verneombud

EKSTERNE

- Pasienter ved brukerrådsrepresentanter (deltakere i utredningsgruppen)
- Grunneiere
- Reguleringsmyndighet/planfaglig representant
- Antikvariske myndigheter (Riksantikvaren, Byantikvaren)

2.4.2 Liste over øvrige eksterne interessenter

Øvrige eksterne interessentene mtp tiltaket (lokalisering av RSA mtf) er listet under. Alle interessentene merket med * har deltatt i møter og/eller i samtaler pr telefon.

Sted	Interessentgruppe	Organisasjon/navn
Dikemark	Grunneier	* Oslo kommune/Eiendoms og byfornyelsesetaten (EBY)
	Reguleringsmyndighet	* Asker kommune / Planfaglig administrasjon
	Reguleringsmyndighet	Asker kommune / Kommunestyret
Gautstad, SSBU	Grunneier	* OUS
	Grunneiere	Private
	Reguleringsmyndighet	* Oslo kommune/ Plan- og bygningsetaten (PBE)
	Reguleringsmyndighet	Oslo kommune/ Bystyret
	Antikvariske - Myndigheter	* Oslo kommune/ Byantikvaren (BYA) * Riksantikvaren (RA)
Ila	Grunneier	* Statsbygg
	Leietaker («grunneier»)	* Kriminalomsorgsdirektoratet
	Grunneier	* Carl Otto Løvenskiold (Løvenskiold Eiendom)
	Reguleringsmyndighet	* Bærum kommune / Planfaglig administrasjon
	Reguleringsmyndighet	Bærum kommune / Kommunestyret

2.4.3 Interessentmøter

Dato	Interessentgruppe	Organisasjon/navn
11.11.2015	Grunneier	Oslo kommune/Eiendoms og byfornyelsesetaten (EBY)
14.10.2015	Reguleringsmyndighet	Asker kommune / Planfaglig administrasjon
14.10.2015	Reguleringsmyndighet	Oslo kommune/ Plan- og bygningsetaten (PBE)
08.10.2015	Antikvariske - Myndigheter	Oslo kommune/ Byantikvaren (BYA) Riksantikvaren (RA)
18.09.2015	Grunneier	Statsbygg
21.10.2015	Leietaker («grunneier»)	Kriminalomsorgsdirektoratet
22.10.2015	Grunneier	Carl Otto Løvenskiold (Løvenskiold Eiendom)
04.11.2015	Reguleringsmyndighet	Bærum kommune / Planfaglig administrasjon

2.4.4 Interesseavklaringer

Navn på representanter (kontaktpersoner) for respektive interessenter fremgår av vedlegg X. Absolutte krav er angitt med **rød skrift**.

Pasienter ved brukerrådsrepresentanter

Lokalisering

- Ikke «fengsel» for PUA-pasienter
- Normalitet
- Gode og varierte uteområder
- Dublering kan være nødvendig hvis felles bygg, muligens også for RSA alene: arealer, funksjoner, sikkerhetsnivå
- Lavt bygg for pasienter

Utforming

- Lavt bygg for pasientene / døgnområde på bakkeplan (poliklinikk, forskning, admin kan være over PUA og RSA)
- Normalitet
- Høy sikkerhet for RSA, (noe) lavere for PUA
- Ikke fengselspreg, dvs ikke heldig med høye gjerder (i det minste for PUA-pasienter)
- Store nok arealer (korridorer, fellesrom) til at det kan brukes til flere funksjoner
- Unngå «løven i bur»

Overordnet ledelse og samfunnsinteresse

Generelt

- Nok areal
 - Bygg
 - Areal utenfor
- Sikkerhet
 - Samfunn
 - Ansatte
 - Pasienter
- Akseptabel kostnad
- Haster. Ikke nye alternativer.
- Robust nok vaktordning
- Nok fagfolk

RSA, PUA, KPS

Lokalisering

- Stor tomt
- Godt med uteareal
- Avstand til naboer
- Nærhet til marka
- Forsinkelse ved rømning
- Unngå urealistisk tomter / naboklager, organisasjoner somklager (markagrense)

Utforming

- Adgangskontroll / Særlig høy sikkerhet / Gradert sikkerhet innfor soner
- Normalt utsende bygg – Ikke fengselspreg
- Max 2 etasjer
- Små hus

- Uteareal i atrium
- Godt tilrettelagt aktivitetstilbud

Lokal sikkerhet, spesialisert døgntilbud

Lokalisering

- **Natur**
- **Gode uteområder**
- Enkelt atkomst (P-plasser)
- Nærhet til avgjørende tjenester, somatikk
- Nærhet til annen psykiatri / fagmiljøer
- Nærhet til bydelene i Oslo

Utforming

- **Terapeutisk arealer**
 - **Størrelse**
 - **Design**
 - **Organisering**
 - **Innhold**
- **Sikkerhet**
 - **Gradert**
- **Fleksibilitet**
- **Terapeutisk Mulighet til meningsfull aktivitet**

Medarbeidere, tillitsvalgte, verneombud (VO)

Generelt

- **Sikkerhetssone rundt bygget – Med perimetersikkerhet**
- **Parkeringsplasser**
- **Mulighet for atskilte uteområder**
- **Mulighet for uteaktivitet innenfor perimetersikringen**
- **Enkel atkomst til friluftsområder**

Lokalisering

- **Plass til å bygge ut**
- **Bevare fagmiljøer og kompetanse – Kontinuitet medarbeidere (nærhet til dagens institusjon)**
- **God tilgjengelighet – Også kollektivtransport**
- **Sikker atkomst – Flere veier inn i området**

Utforming

- **Pasientbehandling på ett plan**
- **Mange og fleksible skjermingsmuligheter: Mulighet til at alle plassene på RSA & PUA kan benyttes til skjerming / dele opp enheter**
- **Mulighet for differensiert sikkerhetsnivå**
- **Hindre atkomst utenfra til bygg**
- **Aktivitetsbygg (gymsal)**
- **God lydisolering; mellom rom og inn/ut av bygget**
- **God ventilasjon**
- **Brede korridorer (minst 2,5 m bredde)**
- **Plassering/innredning må være oversiktlig**
- **Store bad, uten blindsoner, > 5 - 6 m²**
- **Korridorer uten blindsoner**

- Bygg som ikke virker stigmatiserende (for nært fengsel, unngå piggrådgerder)
- Høyt under taket
- Mulighet til å skille mellom ungdom og voksne / dele opp enheter

Grunneiere Dikemark

Oslo kommune ved EBY ønsket i 2002 å selge større deler av eiendommen på Dikemark til staten. EBY har sammen med Asker kommune bidratt til arkitektkonkurranse mtp utvikling av Dikemark som et lokalsenter i Asker med 1 200 boliger.

Grunneiere Gaustad

OUS idéfase utreder framtidig bruk av eiendom ved Gaustad sykehus.

Grunneiere Ila

Statsbygg har ikke egen agenda/politikk for fengselseiendommen på Ila. Statsbygg forholder seg til leietaker, Kriminalomsorgen og henviser til leietaker mtp utvikling og bruk av eiendommen. Kriminalomsorgen ønsker samlokalisering med RSA mtf, men har av praktiske grunner ikke hatt anledning til egen møter om mulighetsskissene, for en slik løsning, i november/desember 2015.

Grunneier SSBU

OUS idéfase utreder framtidig bruk av eiendom ved Sognsvannsveien 53 / 67 (SSBU).

Reguleringsmyndighet/planfaglig representant Dikemark

Asker kommune planlegger utvikling av Dikemark som et lokalsenter i Asker med 1 200 boliger på sikt. P.t. er det ca 250 boliger på Dikemark. Kommunen planlegger 250 boliger i tillegg (i alt 500 boliger) før en påregner krav om rekkefølgebestemmelser. Det er lite sannsynlig at lokalisering av RSA mtf innenfor lokalsenter-området blir akseptert, med unntak av Granli og muligens Dagali/Kringsjø.

Reguleringsmyndighet/planfaglig representant Gaustad

Gaustad har vært vurdert mtp lokalisering av RSA. Medfører avstengning av områder.

Reguleringsmyndighet/planfaglig representant Ila

Bærum kommune ved planfaglige - og helsefaglige administrasjonen er åpen for tiltak som angitt ved begge skisserte muligheter (Ila Syd og Ila Nord). Plasseringene er ikke tilfeldige, men ses i sammenheng med aktivitetene til Kriminalomsorgen ved Ila fengsel og forvaringsanstalt.

Reguleringsmyndighet/planfaglig representant SSBU

SSBU-tomta ved Sogn har vært vurdert mtp lokalisering av RSA. Medfører avstengning av områder.

Antikvariske myndigheter (Riksantikvaren) Dikemark

Flere bygg og utomhus-arealer er vernet. RA kan ikke ta stilling til tiltaket/lokaliseringen før det foreligger en beskrivelse av hva en RSA mtf krever av infrastruktur, gjerder, vinduer, inngangspartier, sluser, akuttmottak etc.

Antikvariske myndigheter (Riksantikvaren, Byantikvaren) Gaustad

Gaustad: søndre område tåler en del, være forsiktig i nord.
RA og BYA er skeptiske til lokalisering av RSA mtf på Gaustad.

Antikvariske myndigheter (Riksantikvaren, Byantikvaren) SSBU

RA og BYA er skeptiske til lokalisering av RSA mtf på SSBU-tomta.

2.4.5 Interessentanalyse

Lokalisering av sikkerhetspsykiatrisk virksomhet har vist seg å være krevende ift interessenter i aktuelle omgivelser. Det er derfor gjennomført en interessentanalyse i idefasen. Her identifiseres flere tiltak for å redusere gjennomføringsrisikoen:

#	Interessent	Interesse/behov/krav: LOKALISERING RSA mtf	Holdning til tiltaket mot: - / for: + (skala: -3 / +3)	Antatt evne til å påvirke tiltaket (skala: 0 / +3)	Realiserings RISIKO	Mulige tiltak fra operativ / overordnet bestillers side
1	Pasienter	Normalitet, naturlige omgivelser	3	1	3	
2	Overordnet ledelse og samfunn	Nok areal (tomt, bygg). Sikkerhet.	3	1	3	
3	RSA, PUA, KPS	Nok areal (tomt, bygg). Avstand til nabo.	3	1	3	
4	LS, spesialisert døgnetilbud	Natur. Gode uteområder.	3	1	3	
5	Medarbeidere, tillitsvalgte, VO	Sikkerhetssone rundt bygget. Utbyggingsmulighet.	3	1	3	
6	Dikemark Grunneier	Utvikling og salg.	-1	2	-2	Dialog med grunneier
7	Dikemark Reguleringsmyndighet Admin.	Unngå konflikt med planlagt lokalsenter i Asker.	-1	2	-2	Dialog med planmyndighet
8	Dikemark Reguleringsmyndighet Politisk	?		3	?	Politisk avklaring
9	Dikemark Antikvarisk myndighet	Vernede bygg og utendørsarealer.	-1	1	-1	Dialog med antikvarisk myndighet
10	Gaustad Grunneier	Mer effektiv bruk av eiendomsressurser.	2	2	4	
11	Gaustad Reguleringsmyndighet Admin.	Ikke avstengning av områder.	-2	2	-4	Tilrettelegge forbindelser
12	Gaustad Reguleringsmyndighet Politisk	?		3	?	Politisk avklaring
13	Gaustad Antikvarisk myndighet	Skeptiske til lokalisering av RSA mtf på Gaustad.	-2	1	-2	Dialog med antikvarisk myndighet
14	Ila Grunneier	Kriminalomsorgen ønsker samlokalisering	2	2	4	
15	Ila Reguleringsmyndighet Admin.	Åpen for tiltaket, samlokalisering m/krim.omsorg	1	2	2	
16	Ila Reguleringsmyndighet Politisk	?		3	?	Politisk avklaring
17	Ila Antikvarisk myndighet	(Ingen spesielle)	0	1	0	
18	SSBU Grunneier	Mer effektiv bruk av eiendomsressurser.	2	2	4	
19	SSBU Reguleringsmyndighet Admin.	Ikke avstengning av områder.	-2	2	-4	Tilrettelegge forbindelser
20	SSBU Reguleringsmyndighet Politisk	?		3	?	Politisk avklaring
21	SSBU Antikvarisk myndighet	Skeptiske til lokalisering av RSA mtf på SSBU	-2	1	-2	Dialog med antikvarisk myndighet

Tabell 1 Interessentanalyse.

Politisk reguleringsmyndighets holdning til lokalisering av RSA mtf er uavklart

Ifm idéfasen RSA mtf har det ikke vært kontakt med representanter fra kommunestyrene i Asker, Bærum eller Oslo. På bakgrunn av dialog med planadministrasjonen i respektive kommuner anslås risikoen for ikke å oppnå ønsket lokalisering av RSA mtf som «høy» til ukjent.

Anbefalt tiltak: Tidlig i konseptfasen bør nøkkelpersoner i aktuelle kommunestyre/r kontaktes mtp å avklare holdningen til tiltaket

På bakgrunn av dialog og møter med ovennevnte interessenter er følgende behovskonflikter identifisert.

1)

Dikemark Grunneier (Oslo kommune/EBY) planlegger utvikling og salg av deler av eiendommen. Det usikkert om EBY vurderer at lokalisering av RSA mtf vil ha en negativ effekt på markedsprisen. Anbefalt tiltak: Dialog med grunneier om vilkår for kjøp.

2)

Dikemark Reguleringsmyndighet/planfaglig representant ønsker å unngå konflikt med planlagt lokalsenter (med stor vekt på boliger) i Asker. Anbefalt tiltak: Dialog med planmyndigheten.

3)

Antikvarisk myndigheter i Asker, Bærum og Oslo ønsker å unngå konflikt med vernede bygg og utendørsarealer. Anbefalt tiltak: Dialog med aktuell/e antikvarisk myndighet/er.

4)

Oslo kommune / Plan- og bygningsetaten ønsker ikke avstengning av områder på Gaustad og SSBU-tomta.

Anbefalt tiltak: Tilrettelegge for gode forbindelses linjer i aktuelle område/r.

2.5 Nåsituasjon, forventet utvikling, fremtidige aktivitet/behov, funksjoner/virksomhet, omstilling, driftsmodell, kapasitet, arealbehov og bygg

2.5.1 Regional sikkerhetsavdeling (RSA)

2.5.1.1 Overordnet beskrivelse RSA

Regional sikkerhetsavdeling ble opprettet i 1982 etter Stortingsvedtak om nedleggelse av Reitgjerdet sykehus. Avdelingen har en regional funksjon i Helse Sør-Øst og ivaretar det høyeste sikkerhetspsykiatriske nivået i helseregionen. Mandat for virksomheten følger av Stortingsmelding 25 Åpenhet og helhet kapittel 4, og Opptappingsplanen for psykisk helse kapittel 4.4.4. Avdelingen skal sørge for akutte og planlagte mottak av psykotiske pasienter med atferdsavvik og som er til nærliggende og alvorlig fare for andre, tilby et trygt behandlingsmiljø, et sikkert arbeidsmiljø og et tilstrekkelig samfunns-vern. Avdelingen har tre kliniske døgnenheter i Granlibygningen på Dikemark og poliklinikk i Oslo Fengsel og Bredtveit Fengsel. Krav til virksomheten er ingen ventetid for akutte målgruppepasienter, god tilgjengelighet for planlagte målgruppepasienter, høyes-te kompetanse på voldsriskovurdering og voldsriskohåndtering, absolutt rømningsikkerhet og forsvarlige utskrivelser.

2.5.1.2 Nåsituasjonen RSA

- Døgn

Regional sikkerhetsavdeling har i dag 20 døgnplasser og alltid beredskapskapasitet for hasteinnleggelser for målgruppepasienter fra fengsel og forvaringsinstitusjon, fra lokal sikkerhetspsykiatri, akuttpsykiatri og allmennpsykiatri, og fra ungdomspsykiatri og legevakt. Døgnenhetene er inndelt i Intensivpsykiatrisk døgnenhet, Sikkerhetspsykiatrisk døgnenhet og Rettspsykiatrisk døgnenhet, med i alt 180 årsverk og areal på 3 935 m² i Granlibygningen fordelt på tre etasjer. I tillegg kommer luftegård med sluser, aktivitetsbygning med gymsal, garderober, aktivitetsrom mv., og med behandlerkontorer i toppetasjen, samt perimetersikkerhet som benyttes bla til parkering og utegrupper.

Avdelingens mottaksenhet mottar hvert år 20 – 30 pasienter til døgnbehandling. Noen klienter kommer etter rettslig kjennelse om judisiell observasjon eller varetektssurrogat. Behandlingstiden varierer mye fra noen ukers observasjon til lang-tidsforløp over flere år. Pasientene er i all hovedsak tvangsinnlagt til sivilrettslig tvangsinnleggelse, etter behandlingsdom eller etter rettslig kjennelse. Videreføring av behandlingsforløpene til andre institusjoner er ofte svært krevende. Gjennomsnittlig behandlingstid for avsluttede opphold var i 2010 123 døgn. Dette er ut-skrevne pasienter som har oppnådd tilstrekkelig bedring til å få overføring til andre institusjoner. Gjennomsnittlig behandlingstid for pågående opphold var 294 døgn ved utgangen av 2010. Noen pasienter har hatt flere opphold. I 2010 ble 22 pasienter utskrevet fra avdelingen til døgntilbud i helseforetakene eller til fengsel og forvaringsinstitusjon.

Risikovurderinger og analyser av meldte avvikhendelser fra virksomheten viser forhøyet risiko for uheldige hendelser i pasientbehandlingen og i arbeidsmiljøet. Det arbeides kontinuerlig med risikoreducerende tiltak og kompetansehevende til-tak. Mye av risikoprofilen må tilskrives uegnet bygningsstruktur og mangelfull sta-tisk og perimeter sikkerhet.

- Poliklinikk og dagbehandling

Fengselspsykiatrisk poliklinikk i Oslo fengsel og Bredtveit kvinnefengsel er avdelingens polikliniske seksjon. Fengselsinnsatte har et bredt spekter av psykiske lidelser og har 3 – 4 ganger høyere risiko enn normalbefolkningen for psykiatrisk sykdom. Fengselspopulasjonen i Norge utgjør til enhver tid ~ 0.07% av befolkningen. Fengselspsykiatrisk poliklinikk har om lag 200 innsatte i behandling til en-hver tid, og har om lag 1 500 konsultasjoner hvert år. Poliklinikken disponerer kontorlokaler mv. på 250 m² og er stedlig bundet til fengslene. Funksjonen inngår derfor ikke i nybyggprosjektet og er ikke del av denne idéfaseutredningen.

- Prejudisiell enhet

foretar psykiatriske vurderinger på oppdrag fra politidistriktene tilhørende Oslo statsadvokatembeter og gjør primært vurderinger av siktedes strafferettslige tilregnelighet for videre anbefaling om det er behov for en full judisiell observasjon. Enheten foretar også fører-kortvurderinger, våpenlisensvurderinger, vurderinger av evne til å møte i retten, samt tilbyr undervisning og veiledning til politi og påtalemyndighet. Funksjonen ble overført fra Oslo politidistrikt (tidligere politilegens kontor) til OUS 01.01.2014. Enheten er lokalisert i Politihuset på Grønland og består i dag av enhetsleder, administrasjonskonsulent, psykologspesialist og psykiater. I tillegg har enheten knyttet til seg to psykiatere som bistår ved behov.

- Nasjonal koordineringsenhet for dom til behandling

skal være en administrativ og permanent del av gjennomføringen av dommer til tvungent psykisk helsevern og skal sikre god samhandling mellom helse- og justissektoren. Funksjonen skal være en integrert del av gjennomføring av dom til tvungent psykisk helsevern og et viktig bidrag til sikkerheten og samfunnsvernet. Nasjonal koordineringsenhet er én av seks enheter i Regional sikkerhetsseksjon og har 1,4 ansatte. Det er stort behov for å få øk-te ressurser til enheten.

Nasjonal koordineringsenhet skal primært:

- utarbeide og oppdatere retningslinjer for samhandling ved etablering og gjennomføring av dom på tvungent psykisk helsevern
- føre register som gir nødvendig oversikt over personer dømt til tvungent psykisk helsevern
- sørge for at alle parter har den informasjon som er nødvendig for at de lovpålagte oppgavene skal kunne løses på best mulig måte.

- Ambulant virksomhet

Avdelingen har utviklet rehabiliteringstilbudet og det arenafleksible tilbudet, redusert kapasiteten med 50 % og redusert behandlingstiden med om lag 2/3 slik at antallet pasientmottak er opprettholdt. Samtidig har den samlede pleietyngde for innlagte pasienter de senere år blitt doblet ettersom de mindre intensive behandlingsforløpene er overført til helseforetakene. Det arenafleksible tilbudet er fra 2006 desentralisert og overtatt av helseforetakene og distriktspsykiatrien.

- Administrasjon og ledelse

Hver seksjon har leder, assisterende leder og en merkantil stilling. Avdelingens administrasjon og ledelse består av leder og assisterende leder, avdelingsoverlege og tre merkantile funksjoner. Totalt utgjør administrasjon og ledelse i Regional sikkerhetsavdeling 13 kontorarbeidsplasser inkludert poliklinikken. I tillegg kommer samhandlingsstrukturen med Kompetansesenter for sikkerhets-, retts- og fengselspsykiatri.

- Forskning og undervisning

Det regionale ansvaret for Regional sikkerhetsavdeling innebærer en særlig forpliktelse til forskning, fagutvikling, kunnskapsformidling og veiledning. Regional sikkerhetsavdeling har høy undervisnings- og veiledningsaktivitet både internt og eksternt. Det er i tidligere idéfase anbefalt samlokalisering og ny samhandling med Kompetansesenter for sikkerhets-, retts- og fengselspsykiatri for å styrke forskningen og fagutviklingen.

- Grensesnitt til andre virksomheter

Regional sikkerhetsavdeling samarbeider med helsetjenesten i fengsel og forvaringsinstitusjon, politi, påtalemyndighet og domstoler, og alle helseforetakene i Helse Sør-Øst, særlig akuttpsykiatri og lokal sikkerhetspsykiatri. Avdelingen har mindre samarbeid med distriktspsykiatrien og kun sjelden med kommuner. Avdelingen samarbeider med annen døgnbasert psykiatrisk virksomhet på Dikemark for legevaksordning o.a. støttefunksjoner. Regional sikkerhetsavdeling må videreutvikle grensesnittet mot Kompetansesenteret for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri, se nedenfor. Regional sikkerhetsavdeling har ikke direkte faglig grensesnitt mot klinikker som behandler pasienter for rusmiddelmisbruk eller psykisk utviklingshemming som hoveddiagnoser.

2.5.1.3 Utviklingsfaktorer RSA

- Befolkningsframskrivninger

Opptaksområdet for Regional sikkerhetsavdeling er Oslo, Akershus, Østfold, Hedmark, Oppland, Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust Agder og Vest Agder, dvs et befolkningsgrunnlag på ~ 2.3 millioner. Oslo benytter ~ 50 % og Akershus ~ 30 % av kapasiteten i Regional sikkerhetsavdeling. Det vil si at hovedstadsområdet benytter ~ 80 % av den regionale kapasiteten. Det vil pågå relativ immigrasjon til hovedstadsområdet frem til 2030. Denne urbaniseringen kan forsterke "storbyfenomenet" fordi vi vet at enkelte sykdomsgrupper migrerer til storbymiljøer. I tillegg kommer at de største transittpunkter inn til Norge ligger i Helse Sør-Øst. I Helse Sør-Øst ligger også de fleste og største fengslene i Norge. Både for noen immigrantgrupper og i fengselspopulasjonen er det påvist overhyppighet av psykisk sykdom.

- Epidemiologi

Regional sikkerhetsavdeling behandler pasienter i diagnosespekteret ICD10 F20 – F29 med komplikasjoner fra andre diagnosegrupper som tilleggspålegg og med nærliggende og alvorlig risiko for voldelig atferd mot andre. De alvorligste sinnslidelsene har relativt stabil forekomst på til sammen i overkant av 1 % av befolkningen, og denne forekomsten er likeartet på tvers av landegrensene. Voldsrisiko for denne gruppen er 3 – 5 ganger høyere enn i normalbefolkningen. I tillegg kommer komplikasjon med rusmiddelmisbruk som øker voldsrisiko ytterligere og vanskeliggjør håndteringen og behandlingen. En undergruppe er pasienter med akutt eller kronisk paranoid psykosetilstand med persekutoriske vrangforestillinger og hallusinose, og med aggressiv og voldelig atferd. Denne gruppen bør identifiseres og få behandling som kan redusere symptomer og voldsrisiko. Håndtering av denne pasientgruppen er krevende, og ofte starter behandlingsløpet i Regional sikkerhetsavdeling. Avdelingen mottar også ofte henvisninger for tidligere pasienter som har fått tilbakefall eller forverring av sykdom og voldsrisiko og / eller fordi ansvarlig institusjon ikke håndterer voldsrisikoen og rømmningsfaren. Dessuten har man siden 2003 vurdert en ungdomsseksjon i avdelingen som fra tidligere har tatt imot pasienter ned til 13 års alder. Det er fremmet lovforslag om utvidet adgang til å pådømme overføring til tvungent psykisk helsevern. Slik lov som trolig trer i kraft i 2011 / 2012, vil bety økt behov for sikkerhetspsykiatriske behandlingsplasser.

- Samhandlingsreform

Det er ukjent hvorledes samhandlingsreformen vil påvirke Regional sikkerhetsavdeling. Avdeling har kun i sjeldne tilfeller et grensesnitt mot kommunehelsetjenestene i helseregionen.

Samhandlingsreformen kan bidra til at flere sikkerhetspsykiatriske pasienter får behandlingstilbud i kommunene slik at de lokale sikkerhets-avdelingene får bedre kapasitet for pasientmottak fra Regional sikkerhetsavdeling.

- Omstillinger, arbeidsmåter, teknologi

Avdelingen har gjennomført faglige og organisatoriske omstillinger i 2004, 2006 og 2009.

Virksomheten er ytterligere spesialisert og bygningsmassen og plasskapasiteten er halvert. Antall pasientmottak og videreføringer er imidlertid opprettholdt gjennom kompetanseutvikling og effektivisering av behandlingsforløpene.

I formålstilpasset bygning med samhandling med Kompetansesenteret for sikkerhets-, fengsels og rettspsykiatri vil kvaliteten og effektiviteten i utredning og behandling optimaliseres.

Avdelingen har allerede gjennomført en omfattende kompetansedreining mot en tydeligere regional funksjon. Antall spesialister er fordoblet i klinikken og poliklinikken, og avdelingens fagmiljø er betydelig styrket ved at rettspsykiatere er tilsatt. Videre spesialisering av Regional sikkerhetsavdeling kan best oppnås ved å styrke samarbeidet med Kompetansesenter for sikkerhets-, retts- og fengselspsykiatri i Oslo universitetssykehus.

Det vil stilles krav til flerfaglig diagnostikk og utredning og bruk av nye metoder innen billeddiagnostikk (bl.a. PET, MR), biologisk utredningsverktøy (bl.a. nevrobiologi, nevrofysiologi) og nevropsykologi/nevropsykiatri. Dette er ressurskrevende undersøkelser både når det gjelder utstyr og kompetanse. Samlokalisering av avdelingene gjør dette samarbeidet enklest mulig.

2.5.1.4 Framtidig situasjon RSA 2030

- Døgn

Forekomsten av målgruppepasienter er lav og variabel, men stabil over tid. Pre-diksjon av fremtidig incidens og prevalens vil derfor på kort sikt ha noe feilmargen som kan gi underkapasitet og overkapasitet i ulike perioder, jf tidligere volum og kapasitetsberegninger for Regional sikkerhetsavdeling (Gunby-utvalget, Skaug-utvalget, Helse Sør-Øst 2008). Desentraliseringen av sikkerhets- og rettspsykiatrien har pågått på nasjonalt nivå siden 1982, og i distriktene siden 2000 / 2005, jf. de to statusrapportene fra kompetansesenteret fra 2005 og 2008. Dette har gitt flere behandlingsforløp på lavere og mer effektivt nivå. Det vil være behov for å styrke et regionalt sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatrisk fagmiljø for å sikre høy kvalitet i utredningen og behandlingen for en sjelden sykdomsgruppe med betydelig skadepotensiale.

- Poliklinikk og dagbehandling

Nytt Halden fengsel har overtatt noe av soningsoppgavene og Oslo fengsel vil i større grad ivareta varetektsfengslinger. Erfaringsmessig har varetektsinnsatte større behov for poliklinisk psykiatrisk behandling. Det er ikke grunn til å tro at Fengselspsykiatrisk poliklinikk vil få redusert aktivitet i årene som kommer.

- Forskning og undervisning

Frem mot 2030 er det viktig at det fagmiljøet i Regional sikkerhetsavdeling styrkes slik at fortsatt klinisk og teoretisk kunnskap for denne pasientgruppen videreutvikles. En mulig løsning for å oppnå dette er at iht. utredningsrapport fra Hartmark i 2008 bør samhandlingsstruktur mellom

Regional sikkerhetsavdeling og Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri i Oslo universitetssykehus forbedres på flere områder.

- Grensesnitt til andre virksomheter

Grensesnitt mot annen virksomhet for Regional sikkerhetsavdeling vil også i et fremtidsperspektiv i hovedsak være helsetjenesten i fengsel og forvaringsinstitusjon, politi, påtalemyndighet og domstoler, akuttpsykiatri og lokal sikkerhetspsykiatri, og Kompetansesenter for sikkerhets-, retts- og fengselspsykiatri. Oppgave-fordelingen mellom Regional sikkerhetsavdeling og de lokale sikkerhetsavdelingene avgjøres både i enkeltsaker og på systemnivå. Pasientgrunnlaget for det høy-este sikkerhetsnivået vil også i fremtiden trolig være for lavt til at det er lønnsomt med høysikkerhetsareal med spesialisert skjerming og isolater, samt luftegård og perimetersikkerhet i alle helseforetakene.

Om det etableres en ungdomsseksjon i avdelingen vil grensesnittet mot barne- og ungdomspsykiatrien formaliseres, og i det påtenkte ungdomsfengselet i Oslo fengsel har Regional sikkerhetsavdeling allerede fått et delansvar. Etter 2006 er grensesnittet mot kommuner og distriktspsykiatri i det alt vesentlige overtatt av lo-kal sikkerhetspsykiatri og distriktspsykiatrien, en ordning som trolig vil stå seg til 2030.

2.5.2 Regional seksjon psykiatri, utviklingshemning/autisme (PUA)

Personer med psykisk utviklingshemning/autisme og alvorlig psykisk tilleggslidelse utgjør en liten pasientgruppe. Tilstandene er imidlertid av svært kompleks karakter, noen som krever spesialisert kompetanse innen utredning, diagnostikk, igangsetting av behandling og veiledning til kommuner for videre behandling og oppfølging. Seksjonen har regional funksjon og tar imot pasienter fra hele Helse Sør-Øst. Ved kapasitet tas det imot søknader fra andre helseregioner enn Helse Sør-Øst.

2.5.2.1 Overordnet beskrivelse PUA

Regional seksjon psykiatri, utviklingshemning/autisme (PUA) er en avdeling i psykisk helsevern som tilbyr høyspesialiserte psykiatriske tjenester til mennesker med utviklingshemning og/eller autisme.

Utviklingshemning og autisme er livslange tilstander som kan forekomme sammen eller hver for seg, og krever varierende grad av oppfølging og omsorgstjenester. Utviklingshemning og autisme er ikke psykiske lidelser som skal behandles i psykisk helsevern, men mennesker i denne gruppen er særlig utsatt for tilleggsproblematikk i form av psykiske vansker. PUA har spesialkompetanse på utredning og behandling av psykisk lidelse hos denne gruppen.

Det finnes per i dag ikke tilsvarende høyspesialiserte tilbud om døgnbehandling for denne pasient-gruppen i de andre helseregionene. PUA mottar pasienter fra hele landet og bistår ved kapasitet spesialisthelsetjeneste i de andre helseregionene. Dette gjør at PUA i dag er en viktig faktor i å sikre mennesker med utviklingshemning og autisme tilgang på likeverdige tjenester innenfor psykisk helsevern. Dette var et uttalt mål blant annet i Opptappingsplanen for psykisk helse¹, og i Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementets informasjons- og utviklingsprogram 2010-2013: Mennesker med utviklingshemning skal heller ikke diskrimineres!² Det ligger føringer i Nasjonal strategi for psykisk helsevern³ om at pasienter med lidelser og kombinasjoner av sykdommer som krever spesiell og sjelden kompetanse skal ha tjenester på sentralsykehusnivå.

Utredning og behandling av psykisk lidelse hos mennesker med utviklingshemning og/eller autisme krever bred faglig kompetanse langt utover generell psykiatri. PUA er i dag det største fagmiljøet i landet som jobber primært med denne typen problemstillinger. PUA jobber på mange ulike arenaer (arenafleksibelt) og er delt i fire enheter: To døgnenheter, en regional spesialpoliklinikk og en regional kompetansetjeneste. Nærheten mellom klinisk virksomhet og forskning/formidling er et av de forholdene som gjør at PUA har en unik posisjon i dette fagfeltet på nasjonalt nivå.

2.5.2.2 Nåsituasjonen PUA

- Døgnbehandling

PUA har i dag to lukkede døgnenheter med til sammen 10 behandlingsplasser, hvorav fire er tilrettelagt for skjerming. Døgnenhetene har ventelister og tar ikke imot pasienter akutt. Pasientene fordeles mellom døgnenhetene ut fra funksjonsnivå og grad av utviklingshemning. Ventetiden kan komme opp i 12 måneder. Pleiepersonalet i de to enhetene består av henholdsvis 28 og 27 årsverk, og det er avsatt ca. 4,5 årsverk til behandlere (leger og psykologer) til sammen i de to døgnenhetene.

Pasientene som tas imot til døgnbehandling ved PUA er pasienter med komplekse tilstander kjennetegnet av høy grad av komorbiditet inkludert utfordrende atferd, sterk uro, høy voldsrisiko, store funksjonsvansker og stort pleiebehov. Utredning og behandling som i dag gjennomføres i PUA er ressurskrevende og faglig utfordrende i en slik grad at det ville være vanskelig, og av

effektivitetshensyn uhensiktsmessig, å bygge opp tilsvarende tilbud innenfor desentralisert psykisk helsevern. Mange av pasientene har behov for skjerming og det er en stor utfordring å tilpasse behandlingsmiljøet godt nok med dagens bygningsmessige forutsetninger. For å sikre best mulig overganger for pasientene, jobber personalet i døgn-enhetene arenafleksibelt, blant annet i pasientenes boliger før og etter innleggelse.

I 2014 hadde døgnenhetene 20 utskrivelser, 8 kvinner og 13 menn. Diagnostisk hadde nesten halvparten av disse (45%) en psykoselidelse og en fjerdedel (25%) hadde en alvorlig affektiv lidelse. Det innebærer at 70% av pasientene som ble skrevet ut fra døgnenhetene i 2014 hadde det man ofte refererer til som en alvorlig psykisk lidelse i tillegg til sin autisme og/eller utviklingshemming. 10% av pasientene hadde en alvorlig personlighetsforstyrrelse, mens det i de resterende tilfellene var mistanke om alvorlig psykiatrisk problematikk som ble avkrefte. Døgnenhetene har de siste fire årene behandlet 71 pasienter, hvorav 31 fra Oslo, 33 fra andre helseforetak i Helse Sør-Øst og 7 pasienter henvist fra helseforetak utenfor Helse Sør-Øst. De sistnevnte fordeler seg over hele landet.

Kombinasjonen av høy voldsrisiko og stort pleiebehov hos mange av pasientene utgjør en spesiell utfordring for personalet i døgnpostene. Dette understrekes av at det i 2014 var 127 rapporter om angrep på personalet. Andre særegne utfordringer i PUA er blant annet mye høylytt atferd, pasienter med behov for døgnkontinuerlig observasjon, pasienter med fysiske handikap og bevegelsehemninger, pasienter med sensorisk hypersensitivitet, for eksempel for lyd, samt pasienter som trenger langt mer rom rundt seg enn det som vanligvis er mulig i en døgnavdeling. Mange av pasientene i PUA har for øvrig ikke egnet bolig, og arbeid med tilrettelegging av bolig inngår alltid som en del av en utredning i PUA. Denne typen endringer og tilpasninger er vanskelige å gjennomføre mens pasientene er hjemme.

Foruten utredning, samtalebehandling og spesialisert miljøbehandling blir pasienter i døgn-enhetene ofte behandlet med psykofarmaka. Oppstart, utprøving og omlegging av slik medisiner til denne gruppen er en svært krevende oppgave, ettersom de ofte reagerer utypisk, paradoksalt eller med store og alvorlige bivirkninger på slike medikamenter. Opp-start og endring av denne type behandling vurderes ofte uforsvarlig å gjennomføre utenfor døgninstitusjon.

- Poliklinikk

Seksjonen åpnet 1. mai 2014 en regional spesialpoliklinikk. Denne er godkjent av fylkes-mannen i Oslo og Akershus som en refusjonsberettiget, psykiatrisk poliklinikk. Det er i dag knyttet 5,8 årsverk til poliklinikken. Av disse er det én lege/psykiater, to psykologer, én psykiatrisk sykepleier, enhetsleder og sekretær som har sin primære tilknytning til poliklinikken. I tillegg er mange av de ansatte i døgnenhetene knyttet til poliklinikken i mindre stillingsbrøker, ettersom de arbeider poliklinisk og arenafleksibelt både med pasienter som skal inn eller har vært innlagt før og etter innleggelsen, og i enkelte rent polikliniske saker.

Pasientene som i dag utredes og behandles poliklinisk har varierende grad av funksjon og sykелighet, men kan deles i to hovedgrupper: Pasienter som har en lettere eller mindre kompleks grad av problematikk som kan utredes uten døgnkontinuerlig observasjon, eventuelt at henvisningen gjelder en mer avgrenset problemstilling og pasienter som har så alvorlig problematikk med blant annet høy voldsrisiko at det ville være uforsvarlig å legge dem inn til opphold på døgnenhetene slik disse er bygget opp og fungerer per i dag. Den sis-te gruppen er liten, men svært ressurskrevende. Dette er pasienter som gjerne mottar om-sorg gjennom private omsorgsfirmar på oppdrag fra det offentlige. I 2015 har poliklinikken hatt to slike saker.

Henvisningsgrunnlaget til poliklinikken er ofte det samme som man ser til døgnenhetene, og det krever derfor samme spesialkompetanse å utrede og veilede i disse sakene. At poliklinikken er samlokalisert med døgnenhetene og dermed kan benytte ansatte fra døgnenhetene med spesiell kompetanse også i de rene, polikliniske pasientforløpene er en viktig suksessfaktor.

Kompleksiteten i fagfeltet, kombinert med at pasientgruppen er liten, gjør det vanskelig å bygge opp en separat poliklinikk med tilstrekkelig bred og fleksibel kompetanse.

Poliklinikkens oppgaver er varierende og blir tilpasset behovene i hver enkelt sak. De fleste sakene dreier seg om ambulant utredning der pasienten bor, undervisning og rådgiving til 1. og 2. linjetjenesten, psykoedukasjon, familiearbeid og andre bidrag til kompetanseutvikling.

Ved en oppsummering fra 6. januar 2015 hadde poliklinikken 43 pågående saker. Av disse ble 8 arbeidet med i påvente av innleggelse og 15 ble arbeidet med poliklinisk etter døgn-opphold i seksjonen. 20 var rent polikliniske saker. Det var 3 saker på venteliste til poliklinikk på dette tidspunktet. I hele 2014 avsluttet poliklinikken 24 saker. Det er en klar tendens i henvisningene til seksjonen at antallet henvisninger til rent polikliniske forløp er økende.

- Administrasjon og ledelse

Det er til sammen er avsatt åtte årsverk til administrasjon og ledelse i PUA: Avdelingen har fire enhetsledere, avdelingsleder, avdelingsoverlege, administrasjons-konsulent og tre sekretærer/merkantile funksjoner. Flere av disse stillingene er delt mellom administrasjon og klinisk arbeid. Ledelsessystemene i PUA er sertifisert med ISO 9001 av Det norske Veritas.

- Forskning og undervisning

I 2014 ble PUA tildelt en regional kompetansetjeneste av Helse Sør-Øst. Denne er organisert som en egen enhet i seksjonen (tidligere fag- og forskningsenheten). Kompetansenenheten er fortsatt under utvikling. Enheten arbeider med fagformidling i form av publikasjoner i nasjonale og internasjonale tidsskrifter, undervisning og kurs, deltakelse og innlegg på relevante konferanser i inn- og utland. Enheten deltar i en nasjonal multisenterstudie som er en forløpsstudie av psykisk lidelse hos mennesker med autisme og utviklingshemming. Enheten har per i dag tre egne forskningsprosjekter. Disse omfatter et prosjekt om miljø-terapeutisk behandling og behandlingsmiljø, overvåkning og registrering av bivirkninger ved bruk av psykofarmaka og evaluering av seksjonens flerfamiliegrupper. Ytterligere ett prosjekt, om traume hos mennesker med utviklingshemming, er under planlegging.

Publikasjonene som har utgått fra PUA har vært nært knyttet til den kliniske virksomheten.

- Grensesnitt til andre virksomheter

PUA samarbeider med ulike instanser fra sak til sak. Lokal spesialisthelsetjeneste, enten i habiliteringstjeneste eller DPS, er samarbeidspartner for PUA i alle pasientforløp. Dette gjelder også fastlege og kommunale bo - og omsorgstilbud. I saker hvor det er nødvendig samarbeider PUA med andre instanser i spesialisthelsetjenesten, for eksempel sikkerhets-avdelinger, psykisk helse barn og unge, ruspoliklinikker og andre. Hyppig somatisk problematikk hos pasientgruppen gjør at samarbeid med ulike somatiske avdelinger er vanlig.

Når det gjelder samarbeid om fagutvikling og forskningsprosjekter jobber PUA tett med Nasjonalt kompetansesenter for nevroutviklingsforstyrrelser og hypnersomni (NevSom) ved OUS, Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming (NAKU), Høgskolen i Oslo og Akershus, Høgskolen i Sør-Trøndelag, Spesialseksjon for utviklingshemming og autisme-diagnoser med alvorlige psykiatriske symptomer/atferdsvansker (SUA) - Vestre Viken, samt Regionalt fagmiljø for autisme, ADHD, Tourette og narkolepsi ved OUS.

Det er én annen døgnenhet i Helse Sør-Øst som arbeider med en pasientgruppe som er del-vis overlappende med PUAs: Spesialseksjon for utviklingshemning og autismediagnoser med alvorlige psykiatriske symptomer / atferdsvansker (SUA). SUA har områdefunksjon for Vestre Viken HF.

PUA har en god fordeling av søknader fra hele Helse Sør-Øst, med noe overvekt av søkna-der både til poliklinikk og døgnbehandling fra OUS sykehusområde.

2.5.2.3 Utviklingsfaktorer PUA

- **Befolkningsframskrivninger**

PUA tar primært mot pasienter fra Helse Sør-Øst, altså Oslo, Akershus, Østfold, Hedmark, Oppland, Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust-Agder og Vest-Agder. De siste fire årene har døgnhenhetene behandlet 71 pasienter, hvorav 31 fra Oslo kommune og 33 hjemmehørende i de andre fylkene i RHFet. Når det gjelder polikliniske og ambulante saker, synes det å være en relativt høyere andel pasienter hjemmehørende i Oslo, men det er betydelig aktivitet også i de andre fylkene i regionen.

- **Epidemiologi**

Mennesker med utviklingshemming/autisme er en uensartet og sammensatt gruppe. Som konsekvens av samfunns- og fagutvikling kan de beskrives som en populasjon i endring. Ansvarsreformen fra 1991 (HVPU-reformen) førte til at mennesker med utviklingshemming ble mer integrerte i og fikk større kontaktflate til samfunnet rundt seg. Kunnskap om psykisk lidelse hos mennesker med utviklingshemming har økt parallelt med desentralisering av omsorg for denne gruppen. Økt kunnskap fører til økte forekomsttall, men det at personer med utviklingshemming lever mer integrert i samfunnet skaper nye utfordringer. Spesielt ser man denne utviklingen når det gjelder rus- og traumeproblematikk. Mennesker med utviklingshemming/autisme er mer utsatt for overgrep og traumer enn befolkningen generelt. Denne typen problematikk blir i økende grad identifisert og utviklingen vil sannsynligvis fortsette med den forsknings- og fagutviklingsinnsats som legges ned på området.

Økt kunnskap om utredning og behandling av sykdommer hos mennesker med utviklingshemming har ført til langt bedre og mer tilpassede helsetjenester enn tidligere. Gjennomsnittlig levealder i gruppen er økt betraktelig de siste 20 år, noe som gir nye utfordringer knyttet til psykisk helse, spesielt aldringsrelatert problematikk. Personer med utviklingshemming har høyere risiko for demens enn befolkningen generelt og forekomsttallene er økende.

Mennesker med utviklingshemming/autisme som er født i andre deler av verden, hvor levekårene for denne gruppen er svært annerledes enn i Norge, har ofte store vansker. Spesielt gjelder dette de som har opplevd krig og krigsrelaterte traumer og overgrep. Denne pasientgruppen er svært krevende å behandle. Utviklingen i forekomsttallene for denne gruppen er vanskelig å forutsi, men man har ved PUA sett en økning de senere årene.

Prenatal diagnostikk av kromosom- og genavvik gjør at det i dag fødes færre barn med enkelte slike avvik. Det er imidlertid bare et mindretall av mennesker med utviklingshemming som har avvik av denne typen som er identifiserbare prenatalt.

Flere og tidligere fødte premature barn overlever i dag enn tidligere. Barn født før 25. svangerskapsuke ser ut til å ha stor risiko for utviklingshemming og andre utviklingsproblemer. De ser også ut til å være spesielt disponert for utvikling av psykisk lidelse. Allerede i dag ser man i PUA konturene av denne utviklingen, med en stor andel pasienter som har vært ekstrempremature og/eller har fått fødselsskader i forbindelse med prematurfødsler.

Omtrent halvparten av pasientene innlagt i PUA har en tilstand innenfor autismspekteret. Personer med utviklingshemming, autisme og psykisk tilleggslidelse er den gruppen i avdelingen som har de mest alvorlige tilstandene og representerer de største utfordringene for det lokale behandlingsapparatet. Forekomsten av denne kombinasjonen antas å være sta-bil på befolkningsnivå.

- Samhandlingsreform

PUA jobber kontinuerlig med å oppdatere sitt pasientforløp, blant annet med fokus på samhandling med resten av helsevesenet. Det har de siste årene skjedd en dreining av seksjonens virksomhet, med en opptrapping av den ambulante og polikliniske virksomheten. Flere pasienter behandles nå i sitt nærmiljø og blir ikke innlagt i døgnetenhetene. Videre blir pasienter som skal legges inn i døgnetenhetene fulgt tett opp både i forkant av innleggelse og etter utskrivelse. Disse endringene har medført at en stadig større del av avdelingens virksomhet foregår på andre arenaer enn i døgnetenhetene.

- Omstillinger, arbeidsmåter, teknologi

Med økning i aktivitet utenfor døgnetenhetene har det skjedd en endring av pasientpopulasjonen i avdelingen. Pasienter som kan utredes og følges opp ambulant blir ikke lagt inn, med det resultat at de inneliggende pasientene gjennomsnittlig har større vansker, høyere lidelsestrykk og er mer krevende enn tidligere. PUA har allerede i dag for få skjermingsplasser i forhold til behovet. På sikt vil denne utviklingen kunne medføre økninger i gjennomsnittlig liggetid og færre innleggelser innenfor dagens rammer, fordi enkeltpasientene som legges inn vil være mer krevende. Dette skaper også behov for flere sikkerhetstiltak og mer tilpassede bygningsmessige rammer.

Det er en økning i antallet søknader til PUA om bistand til yngre pasienter, også de under 18 år. Spesielt gjelder dette personer med autisme og begynnende psykisk lidelse. Personer med autisme ser ut til å ha tidligere debut av alvorlige psykisk lidelse enn andre grupper. Det finnes ikke noe tilbud til denne gruppen innenfor barne- og ungdomspsykiatri. Allerede i dag behandler PUA pasienter fra 16 år og oppover, og man mottar i økende grad henvisning på pasienter også under 16 år

2.5.2.4 Framtidig situasjon PUA 2030

- Døgnbehandling

For å opprettholde tilbud om døgnplasser til utredning, diagnostikk og igangsetting av behandling for Helse Sør Øst beregnes det at 13 plasser vil dekke dette. Da er det ikke tatt med behov for evt. akutt-plasser eller plasser for evt. judisielle observasjoner. Dersom denne avdelingen skal dekke døgntilbudet som det gjør i dag i framtiden, er det beregnet at døgnkapasiteten må være 13 plasser.

Alle behandlingsplassene ved PUA må være tilrettelagt for skjerming. Mindre krevende oppgaver vil bli løst ambulant eller på lavere behandlingsnivå, og ulike grader av skjerming vil være nødvendig for de fleste pasientene. Pasientene ved PUA vil fortsatt ha store og sammensatte vansker, samtidig forekommende psykisk utviklingshemming og/eller autismespekterforstyrrelser og alvorlige psykiske lidelser. Det vil også være kompliserende tilleggsproblematikk som for eksempel høy voldsrisiko, omfattende problematferd og soma-tisk komorbiditet som vanskelig kan behandles på lavere behandlingsnivå.

Dersom PUA også skal gi et tilbud til de under 16 år, vil det kreve bygningsmessige tilpasninger og nye arbeidsmetoder. Dette kan likevel være hensiktsmessig ettersom det i dag ikke finnes noen tilbud i barne- og ungdomspsykiatrien til pasienter som ligger innenfor PUAs kompetanseområde. For øvrig har PUA tidligere vært forespurt om å avsette en plass til pasienter med utviklingshemming som skal observeres judisielt

- Poliklinikk og dagbehandling

Henvisningene til poliklinisk utredning og behandling er økende, og det er sannsynlig at dette behovet vil bli større i årene framover. Dette vil kunne medføre behov for både større lo-kaler til poliklinikk og flere stillinger enn i dag. Nærhet til døgnetenheten vil imidlertid være avgjørende for at poliklinikken skal kunne bevare et tilstrekkelig bredt og fleksibelt fagmiljø.

- Regional kompetansetjeneste

PUA har mål om å være et ledende fagmiljø i Norge når det gjelder forskning på utviklingshemming/autisme og psykisk helse. Med opprettelsen av en regional kompetansetjeneste med til dels omfattende forsknings- og undervisningsaktivitet (til tross for beskjedne ressurser) er det lagt et godt grunnlag for en slik utvikling.

- Grensesnitt til andre virksomheter

Det vil med stor sannsynlighet bli som i dag, med forbehold om at avdelingen tildeles landsfunksjon eller får spesielle ansvarsområder knyttet til sin virksomhet som går ut over dagens arbeidsoppgaver. Det er for øvrig et mål at de ulike helseforetakene bygger opp kompetanse for å ivareta denne pasientgruppen på sikt. Det vil være naturlig at PUA bidrar med kompetanse i en slik utvikling, ettersom PUA er et større fagmiljø hvor klinisk virksomhet og forskning integreres.

2.5.3 Lokalsikkerhet (avdeling for spesialisert døgnbehandling): LS

2.5.3.1 Overordnet beskrivelse LS

Seksjonene for psykosebehandling på Gaustad og Dikemark tilbyr utredning og behandling til pasienter med psykiske lidelser med omfattende funksjonsnedsettelse og behov for døgnkontinuerlig opphold.

Hoveddelen av pasientene har psykoselidelser, mange har også vansker knyttet til rus og/eller farlighet. Seksjonene omfatter lokal sikkerhetspsykiatri (nivå 2) i tillegg til ordinære lukkede døgnplasser. Seksjonene har spisskompetanse på pasienter med psykose og pasienter med farlighetsproblematikk. Seksjonene har en vid samarbeidsflate, men samarbeider spesielt med distriktpsykiatriske sentra og bydeler/kommuner om videre behandling på beste effektive omsorgsnivå. Seksjonene søker å være aktiv del av et faglig nettverk mellom voksenpsykiatriske enheter det er naturlig å samarbeide med. Enkeltpersoner og grupper innen avdelingen tilbyr undervisning og vei-ledning til eksterne samarbeidspartnere, ofte i sammenheng med rehabiliteringsforløp til lavere omsorgsnivå.

Seksjonene vil fokusere på utviklingen av bedre miljø- og aktivitetsbehandling. Mindre prosjekter igangsatt. Seksjonene planlegger utvidelse av nåværende ambulant tjeneste.

Utredningsstandarder skal holde høyeste internasjonale nivå og leger og psykologer med ansvar for utredningene blir opplært i diagnostiske og psykometriske instrumenter. Alle pasienter har skriftlige utrednings- og behandlingsplaner. Alt arbeid med pasientene skal skje etter plan. Behandlingsplanelementene knyttes til arbeid med behandlingslinjer for psykose- og sikkerhetspasienter. Definert minimumskompetanse for alle personalgrupper og målrettet kompetansebygging mot ønsket kompetanse er under implementering.

2.5.3.2 Nåsituasjonen LS

Seksjonene består pr. i dag av 6 enheter og har virksomhet på 2 lokalisasjoner, Dikemark og Gaustad. 3 av disse enhetene er sikkerhetsenheter på nivå 2, hvorav 20 plasser er lokalisert på Gaustad og 10 på Dikemark. Av de 20 plassene på Gaustad er 10 øremerket Ahus, 8 Lovisenberg/Diakonhjemmet og 2 OUS. Samtlige 10 plasser på Dikemark betjener av OUS. Den lokale sikkerhetspsykiatrien i OUS skal dekke behovet for sikkerhetspsykiatrisk døgnbehandling for OUS' opptaksområde, inklusive LD, samt i perioden frem til også delvis for Ahus' opptaksområde (primært bydel Alna og Follo-kommunene).

I tillegg til sikkerhetsenhetene har Seksjonene 3 enheter som vektlegger psykosebehandling og rehabilitering. Klinikken har en tverrgående ergoterapiseksjon som arbeider på tvers.

I OUS' idéfase for nybygg er det våre sikkerhetsenheter som er aktuelle og dermed omtales videre.

- Døgn

Seksjonene har i dag 30 døgn sikkerhetsplasser fordelt på to lokalisasjoner, 20 på Gaustad og 10 på Dikemark, organisert under 3 enheter.

- Poliklinikk og dagbehandling

Seksjonene har i dag ingen poliklinisk virksomhet. En viss fremtidig poliklinisk virksomhet knyttet til oppfølging etter utskrivelse, evt. second opinion/spesialutredning er ønskelig.

- Ambulant virksomhet

Seksjonene har ambulant virksomhet organisert gjennom postpersonale i ordinær turnus. Pt er en stilling tverrgående og rent ambulant (rådgiver for samhandling). Seksjonene planlegger utvidelse av nåværende ambulant tjeneste, endelig organisering av dette er under utredning.

- Administrasjon og ledelse

De lokale sikkerhetsplassene er organisert i to forskjellige seksjoner på hver sine lokalisasjoner: Gaustad og Dikemark. Seksjonsledelsene består foruten seksjonsleder av avdelings-/seksjonsoverlege, Psykologfagligrådgiver/fag og kvalitetsrådgiver samt merkantile stilling-er. Det er egne enhetsledere på hver av de tre LS-enhetene. På Gaustad er det tilknyttet 2 sosionomer og en fysioterapeut til de to LS-enhetene. Til de to LS-enhetene på Gaustad er det tilknyttet tre overleger, to LIS og en psykologspesialist. Til LS-enheten på Dikemark er det tilknyttet 1 overlege og 2 LIS, en psykologstilling har vært holdt ledig. (I alt 4 ovl, 4 LIS, 2 psykologer)

- Forskning og undervisning

Forskning/fagutvikling: Seksjonene bestreber seg på å ha et aktivt og kompetent miljø av fagspesialister som kan sørge for kontinuerlig implementering av ny kunnskap. Flere mindre fagutviklingsprosjekter pågår til enhver tid.

Seksjonene har siden 2009 hatt et pilotprosjekt med sosialkognitiv trening. Fra 2010 er avdelingen pilotavdeling for innføring av rusmiddelbruksinstrumentene AUDIT og DUDIT i samarbeid med RKDD/Sykehuset innlandet Seksjonene har gjennomført fagutviklingsprosjekt på fysisk aktivitet som behandlingstiltak på to sikkerhetsenheter på Gaustad i samarbeid med forskning og fagutvikling i OUS samt HIO, sistnevnte finansierer prosjektet.

Det er i alle enheter i 2012-2014 gjennomført klinikknært forskningsprosjekt der en har undersøkt nytten av motiverende intervensjoner for å øke graden av fysisk aktivitet. Resultater ventes i 2016. Seksjonene er i ferd med å innføre Early Recognition Method(ERM) i samarbeid med HIO.

Undervisning: Seksjonene mottar legestudenter og psykologistudenter i klinisk praksis.

Seksjonene samarbeider med medisinsk fakultet om gjennomføring av basisgrupper og

eksamener for medisinstudenter. Seksjonene har omfattende intern undervisningsvirksomhet.

Samtlige enheter har internopplæringsystemer med kontinuerlig virksomhet.

- Grensesnitt til andre virksomheter

Seksjonene har en rekke samhandlingsflater der sikkerhetsenheterene er involvert i de fleste.

Samhandlingsflatene går på tvers av nivåer i sykehus og kommune. I tillegg er det samarbeidsflater knyttet opp mot politi, rettsvesen og fengselsvesen.

2.5.3.3 Utviklingsfaktorer LS

- Befolkningsframskrivninger

Se egent notat: OUS Idefase RSA-mft Notat-Døgnplasser-2015-20040_2015.10.26.

- Epidemiologi

Det er trekk i samfunnsutviklingen (øket migrasjon, større grad av urbanisering, endrede rusmiddelbruksmønstre, flere traumatiserte flyktninger) som kan bidra til øket prevalens av adferdsavvik med vold hos personer med alvorlige sinnslidelser, denne problematikken og trenden er spesielt stor i et storbyområde. Generelle anslag på ca. 1 % psykotiske i befolkningen og 5 ganger forhøyet voldsrisiko i gruppen, vil dermed være for lave i seksjonenes opptaksområde.

Det er grunn til å tro at pasienter med strafferettslige særreaksjoner vil øke i antall, i enda større grad dersom nye særreaksjoner tilkommer.

Sikkerhetsenheterene har hatt og vil fortsette å få en utvikling med økende antall pasienter med behov for rehabilitering til egnet bolig etter lengre behandlingsopphold. Kontinuitet i behandlingen er her en svært viktig utfordring. En gruppe som ikke nyttiggjør seg eksisterende behandlingstilbud og som krever lengre tids behandling og rehabilitering. Samfunnets krav til vern og antall dømte til behandling vil også påvirke behovet for lukkede døgnplasser. Det antas at antall som dømmes til behandling vil øke med 15 pr år nasjonalt. HSØs andel av dette er ca 60 %.

Denne gruppen behandles i dag i stor grad på lokale sikkerhetsavdelinger. I dag utgjør andelen på dom til behandling 60-70 % i OUS' lokale sikkerhetsavdelinger.

Forekomst av pasienter i dagens målgruppe for lokal sikkerhetsavdeling er høyere enn for det regionale nivået.

Omorganiseringer av behandlingen av nysyke vil kunne få konsekvenser. DPS vil få større oppdrag knyttet til tidlig oppdagelse.

- Omstillinger, arbeidsmåter, teknologi

Fysiske rammer

Bygningsmassen til lokal sikkerhet på Gaustad, har i hovedsak arkitektoniske løsninger fra 1920, og bygget lar seg ikke hensiktsmessig ombygge (jf. rapport fra prosjekt bygg 17 høsten 2010) til en moderne standard. Foruten rent sikkerhetsmessige mangler ved bygget, er det store mangler i forhold til bygningselementer som er kjent at kan påvirke helse (areal og arealutforming, dagslys).

De fysiske rammene i bygget i Verkensveien på Dikemark er bedre. God plass, brede korridorer, gode muligheter for skjerming. Aktivitets og treningsrom i samme etasje. Lett tilgang til utearealer. Kunne vært bedre vedlikeholdt, trenger utskifting av vinduer med mer. Burde vært bad/wc på hvert rom.

2.5.3.4 Framtidig situasjon LS 2030

- Døgn

Kapasiteten ved lokal sikkerhetspsykiatri kan ikke anses som overdimensjonert. (det eksisterer ingen beskrivelser om at DPS skal overta døgnbasert sikkerhetspsykiatri), snarere peker utviklingstrekk mot behov for flere plasser.

Økende antall pasienter med behov for rehabilitering til egnet bolig krever vektlegging av kontinuitet i behandlingen. I de fleste tilfeller vil det være mest egnet at relasjonene med erfaringer fra oppholdet i alvorlig sykdomsfase sammen med kompetansen fra spesialavdelingen kan videreføres sammen med pasienten til det nivået for en varig bosituasjon. Dette krever et øket fokus på ambulante funksjoner i avdelingen.

Samhandlingen mellom RSA og lokal sikkerhet i OUS er omfattende og kontakten mellom regional og lokal sikkerhet vil etter alt å dømme bli økende.

Forekomst av OUS-pasienter i dagens målgruppe for lokal sikkerhetsavdeling er høyere enn for det regionale nivået. Dersom regionale sikkerhetsplasser (nivå 1-sikkerhet) forbeholdes beredskap for hasteinnleggelse, vil det medføre at pasienter etter hvert er nødt til å videreføres til lavere nivå, uavhengig av nivå av farlighet. Konsekvensen av dette vil bli at lokal nivå 2-sikkerhet må etablere i prinsippet samme sikkerhetsstandarder som regionalt nivå.

Det er vanskelig å tenke seg at det skisserte fremtidige DPS-nivået vil kunne fylle behovet for klinikknære og oppegående fagmiljøer med spisskompetente fagfolk på alle felt i faget. Fagmiljøene, og dermed god klinisk praksis, er avhengig av fagmiljøer med tilgjengelige spisskompetente fagfolk. Det mer sentraliserte nivå over DPS-nivået bidrar på denne måten med viktig faglig "robusthet" i organisasjonen. Fremtiden vil kreve at disse fagmiljøene er enda mer tilgjengelige for klinikere i førstelinjen en de tradisjonelt har vært.

- Poliklinikk og dagbehandling

Det foreligger planer for økning av ambulant utadrettet virksomhet. Opprettelse av noe spesialpoliklinisk virksomhet bør vurderes for flere avdelinger på dette nivå.

Konsultasjoner/polikliniske avtaler i denne rammen vil kunne være nyttige i rehabiliteringsforløp etter utskrivelse, ved utredninger, ved mulig innsøking og ved second-opinion funksjon for DPS-nivået.

Det er god grunn til å tro at samhandlingsflaten mot de somatiske avdelingene vil øke i fremtiden, med et svakere skille mellom "psykisk" og "somatisk" helse. Nær lokalisering til somatiske avdelinger vil ha stort potensiale.

- **Forskning og undervisning**

For å følge opp føringer på dette er det nødvendig å legge til rette for levedyktige fagmiljøer av en viss størrelse med stor grad av spisskompetanse. Ny medisinsk kunnskap må skapes klinikknært og fagmiljøene må ha en kritisk samlokalisert "masse" for å kunne fungere dynamisk og produktivt. Forskere og klinikere må ha gode møteplasser. Dette krever en viss grad av sentralisering og spesialisering. Tilfredsstillende løsning av undervisningsoppgavene knyttet til universitetsfunksjonen er også i stor grad avhengig av disse faktorer.

- **Grensesnitt til andre virksomheter**

Antall samhandlingsflater vil øke, det bør være utstrakt samhandling internt i klinikken med god møteplasser på tvers, mer arbeid vil skje ambulant og "arenafleksibelt".

Fysiske rammer

Samlokalisering av regional med lokal sikkerhetspsykiatri vil ha store driftsmessige og faglige gevinster. Effektivisering vil kunne oppnås i beredskaps- vaktplaner, teknisk drift og vedlikehold og ved bruk av fellesfasiliteter. Samlokalisering bidrar til større fagmiljøer både på miljø- og behandler side. Mulighetene for samarbeid om forsknings- og fagutviklingsprosjekter vil bedres. Nåværende bygningsmasse er svært mangelfull i.f.t. sikkerhetsstandarder og psykososialt miljø for pasienter og ansatte, Det er sannsynlig at dette fører til dårlige kvalitet på behandlingen og driftsmessige merkostnader. Selve bygningsstandarden er foreldet ift energiutnyttelse/energiparing. Nybygg vil kunne medføre mer rasjonell drift med høyere kvalitet på behandlingen. En skal ikke undervurdere mulighetene som ligger i moderne arkitektoniske løsninger for å bedre effekt av behandling. Samlokalisering av regional og lokal sikkerhet med tett tilknytning til KPS på Gaustad vil kunne standarden på sikkerhetspsykiatrisk praksis og fagutvikling i hovedstadsområdet betydelig, samtidig som en kunne påregne betydelige rasjonaliseringsgevinster.

2.5.4 Kompetansesenter Sikkerhets-, Fængsels- og Rettspsykiatri (KPS)

2.5.4.1 Overordnet beskrivelse KPS

Kompetansesenteret har følgende oppgaver:

Forskning, langsiktig kompetanse- og fagutvikling, veiledning, kompetanse- og informasjonsspredning. Dette skal vi gjøre innenfor våre tre hovedfunksjonsområder; sikkerhets-, fængsels- og rettspsykiatri. Senteret skal betjene alle ansatte innenfor disse rammene i Helseregion Sør-Øst.

Kompetansesenteret er organisert som en enhet i Avdeling for psykisk helse, nasjonale og regionale funksjoner, Klinikk psykisk helse og avhengighet, Oslo universitetssykehus HF, Ullevål.

Oppgaver nasjonalt

- Nasjonale forsknings- og utviklingsprosjekter.
- Å styrke det rettspsykiatrisk arbeidet, blant annet ved å undervise i sakkyndigarbeid.
- Å styrke det nasjonale forsknings- og utviklingsarbeidet innen tvang, sedelighetsproblematikk, risikovurdering og risikohåndtering.
- Å samarbeide med internasjonale fagmiljøer.

Oppgaver regionalt

- Å ivareta fagområdene sikkerhets-, fængsels- og rettspsykiatri i helseregionene.
- Å bygge opp og spre kompetanse regionalt. Forskning og fagutvikling knyttet til de tre fagområdene.
- Å drive klinisk aktivitet i prosjektsammenheng.
- Å samarbeide med regionale og lokale sikkerhetsavdelinger.

2.5.4.2 Nåsituasjonen KPS

KPS teller i 2015 16 årsverk/stillinger (dekket av 19 ansatte). Virksomheten holder til i Bygg 07, Gaustad sykehus (1 111 m² BTA, 2 etasjer) der den disponere 25 kontorplasser.

Det er mange personer som disponere kontorplasser hos KPS i forbindelse med prosjekter. KPS er p.t. bemannet med et minimum personer, av forskjellige årsaker.

2.5.4.3 Utviklingsfaktorer KPS

- **Befolkningsframskrivninger og epidemiologi**
Det er estimert en stor befolkningsøkning i HSØ, og den regionale sikkerhetsavdelingen vil måtte øke sin kapasitet. En volumøkning av målgruppepasienter vil også få konsekvenser for KPS i form av flere veiledningsoppgaver og flere second opinion-opdrag.
- **Samhandlingsreformen**
har medført at det i 2014 er etablert samarbeid med Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid som bistår kommunene ifm kompetanseoppbygging. I ti-den fremover vil det bli et økt behov for kompetansespredning av KPS sin kjerne-kompetanse også ut i kommunene.
- **Omstillinger, arbeidsmåter, teknologi**
Fagutviklingen i rettspsykiatri skal intensiveres i årene fremover, og KPS er tiltenkt en sentral funksjon i dette arbeidet. Nye arbeidsmåter i sikkerhetspsykiatrien end-rer seg i takt med ny kunnskap om psykisk lidelse og voldsproblematikk, og KPS vil fortsatt være et viktig bindeledd mellom internasjonal og nasjonal forskning og fagutvikling, og det kliniske praksisfeltet. Justis- og beredskapsdepartementet har nylig bestemt at fængselspsykiatrien

skal moderniseres, og KPS er utpekt som bidragsyter i den forbedrede fengselspsykiatrien i fengslene i

2.5.4.4 Framtidig situasjon KPS 2030

KPS vil øke bemanning frem mot 2030, bla ifm nytt Rettspsykiatrisk senter, som er en varig oppgave, og flere prosjekter. I 2030 trenger minst 30 kontor plasser: Enkeltkontorer til fast ansatte og de som er hos KPS hver dag, noen plasser i kontorfelleskap for medarbeidere som ikke har daglig fremmøte, og undersøkelsesfasiliteter, administrasjon og kontor plass for rettspsykiatrisk sakkyndige i *Rettspsykiatrisk senter*.

2.6 Dimensjonerende forutsetninger, forutsetninger for endring.

I forbindelse med oppdatering av idéfaseprosjektet og nytt bygg for Regional sikkerhetsseksjon (RSA), Lokale sikkerhetsplasser (LS) og Regional seksjon for psykisk helse og utviklingshemning/autisme (PUA) vurderte en egen arbeidsgruppe behovet for antall plasser fram til 2040. Arbeidsgruppen arbeid er oppsummert i et eget notat, 26.10.2015.

Metode

Gruppen har benyttet flere tilnæringer for å vurdere behovet for plasser:

- Beregnet dekningsgrad for dagens plasser, og med utgangspunkt i befolkningsframskrivninger til 2040 beregnet behovet for plasser gitt samme dekningsgrad
- Befolkningsframskrivingene er hentet fra SSB
- Sett på utviklingen av antall dømte til behandling
- Foretatt en faglig vurdering av utviklingstrekk i samfunnet som har konsekvenser for behovet

Antall plasser ut fra befolkningsframskriving

Behovet for antall plasser er beregnet ut fra befolkningsframskrivninger (18 år +) hentet fra SSB, middels utvikling. Framskrivningene er beregnet fram til 2040.

Behov for antall pasientplasser 2030

I samsvar med OUS idéfase legge prognosen for 2030 til grunn for dimensjoneringen. Fra 2015 til 2030 forventes en befolkningsøkning på 18 %.

Organisasjonsenhet	2015	2030
RSA	20	32
Lokal sikkerhet OUS- og LD sektor	20	25
PUA	10	12
Sum	50	69

Tabell 2 Oppsummering av behov for antall døgnplasser i et nybygg.

Totalt behov for antall pasientplasser 2030

Inklusive plasser for særlig høyt sikkerhetsnivå er totalt beregnet behov, i 2030, 73 pasientplasser. Disse plassene er dimensjonerende for arealberegningen.

Organisasjonsenhet	2015	2030
RSA	20	32
Lokal sikkerhet	20	25
PUA	10	12
Særlig høyt sikkerhetsnivå	2	4
Totalt	52	73

Tabell 3 Oppsummering av behov for totalt antall døgnplasser inkl. plasser for særlig høyt sikkerhetsnivå.

Antall årsverk ut fra befolkningsframskriving 2015 - 2030

I samsvar med OUS idéfase legges prognosen for 2030 til grunn for dimensjoneringen. Fra 2015 til 2030 forventes en befolkningsøkning på 18 %. Arbeidsgruppen la dette til grunn for beregning av antall årsverk i 2030.

Organisasjonsenhet	2015	2030
RSA	171	197
Lokal sikkerhet OUS- og LD sektor	83	173
PUA	73	110
Sum	<u>327</u>	480

Tabell 4 Oppsummering av behov for antall årsverk 2030.

Totalt antall årsverk 2030

Inklusive anslåtte årsverk i KPS er det mtp 2030 beregnet 411 årsverk.

Årsverkene er lagt til grunn for beregningen av antall parkeringsplasser, ved at anslått andel av årsverkene som arbeider om natten, eller til tider det ikke er tilbud om kollektivtransport, får parkeringsplass.

Organisasjonsenhet	2015	2030
RSA	171	197
Lokal sikkerhet	83	173
PUA	73	110
KPS	16	19
Totalt	<u>343</u>	499

Tabell 5 Oppsummering prognose antall årsverk i 2030.

2.7 Arealbehov RSA med tilgrensede funksjoner

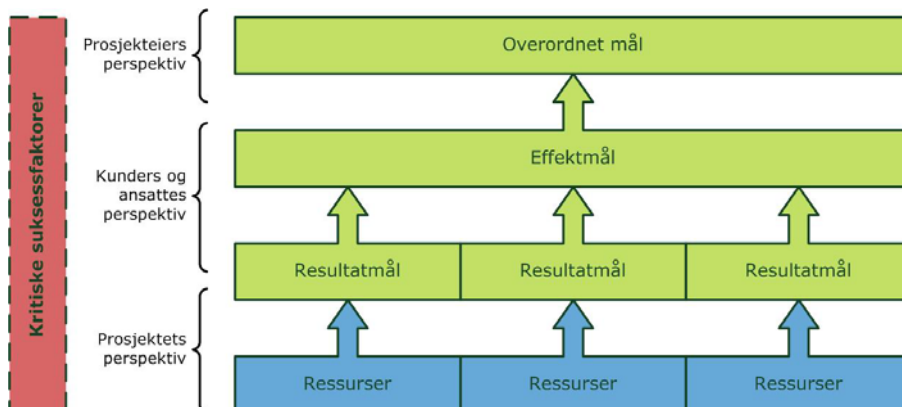
Årsverkene er lagt til grunn for beregningen av antall parkeringsplasser, ved at anslått andel av Det er gjennomført en beregning av arealbehovet for RSA med tilgrensede funksjoner basert på beregningen fra idéfasen i 2011 og behov for plasser i 2030 slik det er beskrevet i notat om sikkerhetsplasser fremover. Det er gjort justeringer av arealstandarder slik at disse er i tråd med de som ligger til grunn for samlet idéfase (se rapport 2.0). Arealbehovet for RSA med tilgrensede funksjoner er vist i tabellen under.

Areal	Plasser	BTA (m ²)
RSA	32	6 530
PUA	12	2 762
Lokal sikkerhet	25	4 729
Fellesfunksjoner		2 060
Særlig høyt sikkerhetsnivå	4	1 292
KPS		500
Totalt (avrundet)	73	18 000

Tabell 6 Arealbehov RSA mtf i 2030

Arealberegningen viser et større arealbehov enn tidligere. Dette skyldes økning grunnet plasser for lokal sikkerhet. Arealer til lokal sikkerhet har tidligere ikke vært inkludert i arealene for RSA, men i samlet areal for OUS. Videre er det en økning grunnet 4 plasser med særlig høyt sikkerhetsnivå, plasser som tidligere ikke har vært inkludert i idéfasearbeidet. Det er også en økning for RSA/PUA grunnet økning i antall plasser (7 nye plasser i 2016 og videre behov frem mot 2030).

2.8 Mål, kritiske suksessfaktorer, målanalyse



Figur 1: Prosjekt mål

2.8.1 Samfunns mål

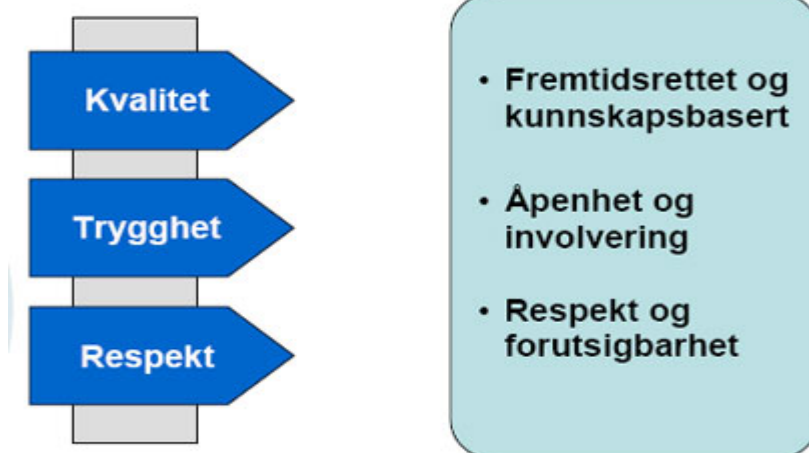
Samfunns målet for OUS er å sikre langsiktige løsninger for å oppnå et helsemessig godt og samfunnsøkonomisk effektivt sykehustilbud i eget sykehusområde, i regionen og på landsbasis. Prosjektet skal basere seg på de føringer som følger av nasjonale verdier og Helse Sør-Øst sin utvikling av helsetjenester i langsiktig perspektiv (jf bl.a. "program for utvikling og omstilling").

I de nasjonale verdiene for helsetjenesten er tre begreper vektlagt: kvalitet, trygghet og respekt.

I Helse Sør-Øst gjelder følgende visjoner og verdier for den framtidige helsetjenesten: *Gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det? når de trenger det, uavhengig av, alder, bosted, kjønn, økonomi og etnisitet.*

De tre nasjonale verdiene

For Helse Sør-Øst betyr dette:



Figur 2: Verdier Helse Sør-Øst

Det overordnede målet for OUS er å løse sine oppgaver på en kvalitativt og økonomisk god måte ved å samle og redusere arealbruk i psykiatrien og i størst mulig grad samle lands og regionsfunksjoner på Gaustad. For psykisk helse og avhengighet gjelder dette regionale døgn- og dagfunksjoner i den grad dette er hensiktsmessig.

Det er besluttet å frigjøre arealer på Dikemark. Videre er det behov for nybygg; dette er direkte utløst av prinsippet om samling av regionsfunksjoner.

2.8.2 Effektmål

Effektmålene er knyttet til at OUS i perspektivet mot 2030, skal kunne betjene befolkningen med et tidsmessig spesialisthelsetjenestetilbud. Effektmålene realiseres først når de konkrete utbyggingsbehov i sin helhet er dekket. Prosjektet skal sikre at man bygger på bærende elementer for et fremtidig og moderne tilbud innen spesialisthelsetjenesten med vekt på følgende:

- Bygg som legger til rette for korrekt diagnostikk, utredning og behandling.
- Bygg som legger til rette for at pasientene/brukerne skal motta kvalitativt gode tjenester.
- Bygg som legger til rette for samling til sterke og gode faglige miljøer for å oppnå dette.
- Bygg som legger til rette for at funksjoner samles når det er hensiktsmessig.
- Bygg som legger til rette for effektiv drift av eksisterende og framtidige funksjoner.
- Bygg som legger til rette for forsvarlig samfunnsvern.
- Bygg som legger til rette for trygt behandlingsmiljø.
- Bygg som legger til rette for sikkert arbeidsmiljø.

2.8.3 Resultatmål

Resultatmålet knyttet til denne fasen er at det skal framlegges en idéfaserapport som danner tilstrekkelig grunnlag for å fatte beslutning om igangsetting av en eventuell konseptfase.

Prosjektets konkrete resultatmål i idéfasen er at det framkommer en idéfaserapport som beskriver behovet for nybygg og ombygginger. Videre hvordan dette kan løses ved fire forskjellige steder (Dikemark, Gaustad, Ila og SSBU-tomte Sogn). Ulike alternativer skal beskrives og evalueres.

Den ønskede slutttilstanden er at lands- og regionfunksjonene kan samlokaliseres for å utgjøre både et faglig tyngdepunkt, og en effektiv ressursbruk sett fra et økonomisk ståsted.

Tidsplanen for OU idéfase RSA mtf har følgende milepæler:

Del	Milepæl	Tidspunkt
	Oppstartmøte utredningsgruppen	
1	Bakgrunn, mål, mandat, organisering og rammer for arbeidet	11.09.2015
1	Overordnede mål og strategiske føringer, referanse m.m.	11.09.2015
2	Identifisering og avgrensing. Overordnede krav og føringer	25.09.2015
2	Målanalysen	16.10.2015
2	Overordnet kravdokument	06.11.2015
3	Idésøk, mulighetsstudier. Alternativvurdering. Mandat for konseptfasen. Investeringsramme	12.11.2015
3	Oppsummering alternativvurdering, konseptmandat, investeringsramme	13.11.2015
4	Plan for konseptfasen	20.11.2015
0	Sammendrag og anbefaling	27.11.2015
	Presentasjon i OUS styret	10.12.2015

2.8.4 Suksesskriterier

Når idéfaserapporten er ferdig skal situasjonen være som følger:

- Det foreligger en idéfaserapport RSA mtf, iht gitt mandat, til avtalt tid.
- Idéfasen har fått styrets godkjenning og er godt forankret i organisasjonen
- Idéfasen har medvirket til nødvendige avklaringer om egnet lokalisering av RSA mtf
- Idéfasen har gitt grunnlag for utforming og programmering av løsninger i konseptfasen
- Kostnadsrammen for idéfasearbeidet er holdt.

2.8.5 Kritiske suksessfaktorer

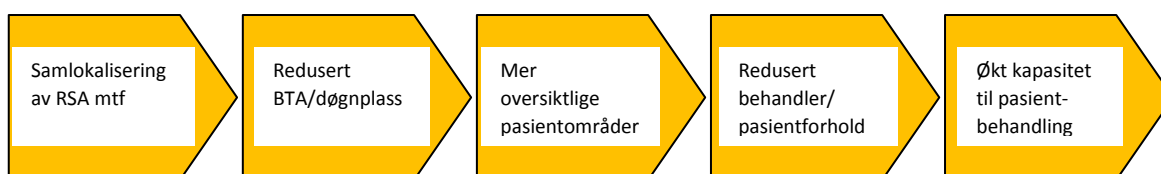
Følgende forhold anses som de mest kritiske suksessfaktorer:

- Prosjektdeltagerne, prosjekteier har felles målforståelse.
- Løpende avklaring og koordinering mot OUS idéfase.
- Nødvendige grunnlagsdata fra OUS/Klinikk psykisk helse og avhengighet framkommer i tide.
- Prosjektets leder/fagledergruppe gjør tydelige prioriteringer som grunnlag for dimensjonering
- God dialog og forankring mellom medvirkergruppens medlemmer og egen organisasjon

2.8.6 Relevans for investeringen

OUS styret ønsker samlokalisering av RSA mtf for å styrke regionsfunksjoner og for å legge grunnlag for mer effektiv bruk av eiendomsressurser.

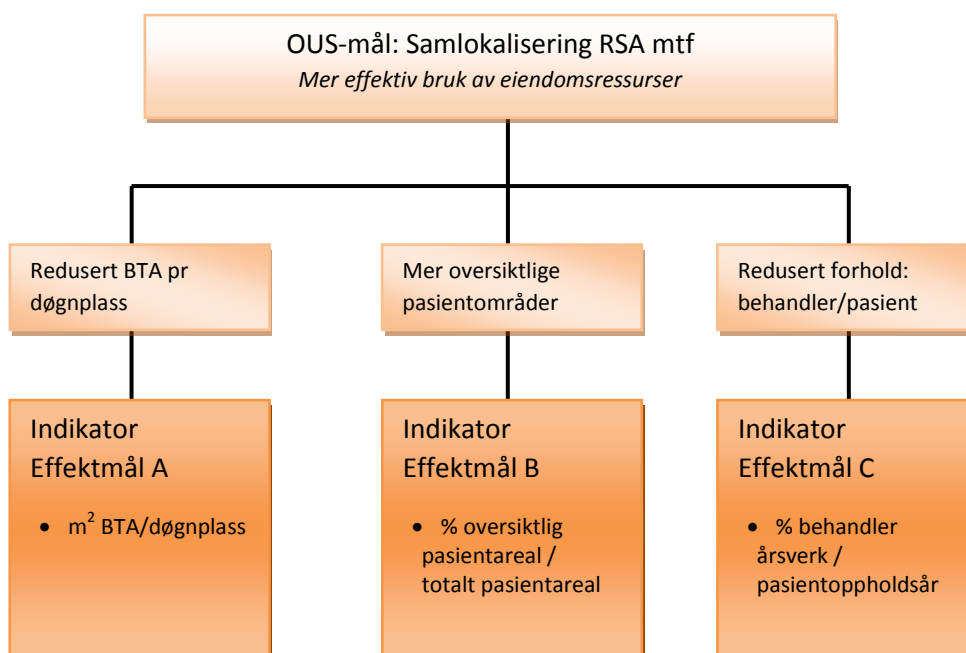
Med dette overordnede målet som utgangspunkt ses følgende resultatkjede for investeringen, der trinnene i resultatkjeden knyttes til det overordnede målet.



Figur 3 Resultatkjede for etablering av prosjektets målhierarki

2.8.7 Prosjektets målhierarki

På bakgrunn av resultatkjeden over er følgende målhierarki etablert, som grunnlag for påfølgende faser, der effektmålene bygger opp under OUS målet: Samlokalisering av RSA mtf, for mer effektiv bruk av eiendomsressurser.



Figur 4 Prosjektets målhierarki

2.8.8 Målanalyse basert på OUS Strategi 2013 - 2018

Utredningsgruppen har gjennomgått «OUS – Strategi 2013 – 2018» og funnet følgende mål og delmål relevante for lokalisering og utforming av bygg for RSA mtf.

1 Vi tar utgangspunkt i pasientenes perspektiv

1.1

Valg og prioriteringer som blir gjort i Oslo universitetssykehus SKAL ta utgangspunkt pasientenes behov (i sikkerhetspsykiatrien er samfunnsvern og pasientbehov to sider av samme sak).

1.3

Tilbudet til de pasientgruppene som har størst behov for vår spesialkompetanse SKAL prioriteres

1.7

Så langt det er mulig SKAL et tverrfaglig miljø som behandler en sykdom samles ved én lokalisasjon.

1.8

I arbeidet med å forbedre kvaliteten på behandlingstilbudet SKAL vi ta utgangspunkt i behandlingsresultater og andre kvalitetsmål som er relevante for pasientene. Resultatene SKAL være offentlige.

2 Arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt

2.1

Oslo universitetssykehus SKAL være en arbeidsplass der det er godt å arbeide og som det er grunn til å være stolt av.

2.6

Oslo universitetssykehus SKAL tenke forebygging og legge forholdene til rette for helsefremmende arbeidsplasser for medarbeiderne.

2.7

Bygninger og arbeidsverktøy SKAL vedlikeholdes, utvikles og fornyes for å skape et godt og sikkert arbeidsmiljø.

3 Et fremragende universitetssykehus, en lærende og skapende organisasjon

3.3

Pasientbehandling, forskning, utdanning og innovasjon er gjensidig kvalitetshevende og SKAL være tett integrert i forskningsnære klinikker.

4 En god samarbeidspartner og engasjert samfunnsaktør

4.4

Vi SKAL legge etiske og kost-nytte vurderinger til grunn for innføring av ny teknologi og behandling.

4.9

Sykehuset SKAL drives og utvikles med bærekraftige og klimavennlige løsninger.

Følgende delmål er lagt til grunn som absolutte krav mtp lokalisering og utforming av bygg for RSA mtf

	Absolutte krav (skal-krav)
	<i>RSA med tilgrensende funksjoner - Lokalisering og utforming av bygg</i>
	Arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt (2)
1	Bygninger SKAL vedlikeholdes, utvikles og fornyes for å skape et godt og <u>sikkert arbeidsmiljø</u> (2.7)
	Et fremragende universitetssykehus, en lærende og skapende organisasjon (3)
2	Pasientbehandling, forskning, utdanning og innovasjon er gjensidig kvalitetshevende og SKAL være tett integrert i <u>forskningsnære klinikker</u> (3.3)
	En god samarbeidspartner og engasjert samfunnsaktør (4)
3	Vi SKAL legge <u>kost-nytte vurderinger</u> til grunn for innføring av ny teknologi og behandling (4.4)

2.9 Overordnet kravdokument

2.9.1 Absolutte minimumskrav ("Skal-krav")

MÅL / DELMÅL		EVALUERINGSKRITERIUM
GENERELLE KRAV		
1	Mål for sykehusets kjernevirksomhet	
	Ta utgangspunkt i pasientens perspektiv.	Sikkerhet for samfunn og pasienter
	Arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt / Tilrettelagt for helsefremmende, godt og <i>sikkert arbeidsmiljø</i> .	Sikkerhet for ansatte
	En god samarbeidspartner og engasjert samfunnsaktør.	Vi skal legge <i>kost-nytte vurderinger</i> til grunn for innføring av ny teknologi og behandling
KRAV TIL LOKALISERING		
1	Mål for sykehusets kjernevirksomhet	
	Et fremragende universitetssykehus, en lærende og skapende organisasjon.	Pasientbehandling, forskning, utdanning og innovasjon er gjensidig kvalitetshevende og skal være tett integrert i <i>forskningsnære klinikker</i>
	Ta utgangspunkt i pasientens perspektiv.	Nok areal: Bygg i 2030
		Nok areal: Ute i 2030
		Sikkerhetssone rundt bygget – Med perimetersikkerhet
		Nok avstand til sårbare naboer (bolig, barnehage, o.l.)
		Plass til å bygge ut (elastisitet)
		Gode uteområder
		Natur, nærhet til marka
KRAV TIL UTFORMING		
1	Mål for sykehusets kjernevirksomhet	
	Ta utgangspunkt i pasientens perspektiv.	Ikke "fengsel" for PUA-pasienter
		Lavt bygg for pasientene / døgnområde på bakkeplan (poliklinikk, forskning, admin. kan være over PUA og RSA)
		Adgangskontroll / Særlig høy sikkerhet / Gradert sikkerhet innfor soner
		Normalt utsende bygg – Ikke fengselspreg
		Terapeutisk arealer: Størrelse Design Organisering Innhold
		Sikkerhet Gradert
		Pasientbehandling på ett plan
		Mange og fleksible skjermingsmuligheter: Mulighet til at alle plassene på RSA & PUA kan benyttes til skjerming / dele opp enheter

Tabell 7. Sammenhengen mellom mål / delmål og evalueringskriterier: Absolutte minimumskrav – kvalitativ evaluering.

I idéfasen legges «generelle krav» og «krav til lokalisering» til grunn for evaluering.

I konseptfasen suppleres evalueringsgrunnlaget med «kravene til utforming».

2.9.2 Bør-krav / Vurderingskriterier

MÅL / DELMÅL		EVALUERINGSKRITERIUM
KRAV TIL LOKALISERING		
1	Mål for sykehusets kjernevirksomhet	
	Et fremragende universitetssykehus, en lærende og skapende organisasjon.	Gode rekrutteringsmuligheter
2	Mål for bygg- og eiendomsutvikling	
	Tilfredsstille kapasitetsbehov samt funksjonelle og tekniske krav.	Atkomst; eksisterende og framtidig mulighet for veitraseer
		Offentlig kommunikasjon
		Eksisterende bebyggelse: historikk, vern, egnethet mtp tiltenkt bruk
		Lydforhold (inkl støy)
		Solforhold
		Parkering
		Utsiktsforhold
		Topografi; vurdere tomt med hensyn til hellinger, orientering og bebyggbare flater
		Teknisk infra-/ultrastruktur mtp hinder for framtidig utvidelse
		Veier, interne
		Karakteristiske trekk ved nabolaget (strøkskarakteristikk)
		Beliggenhet i forhold til industriområder og sterkt trafikkerte områder
		Gjeldende reguleringsplan med vegsystem, felles-arealer, offentlige friområder (inkl markagrense) og utbyggingstakt
		Vegetasjon; eksisterende vegetasjon, vurdering av vegetasjons verdi med hensyn til klima, og framtidig bruk
		Luktforhold
		Klima; temperatur, soleksponering, vind, kald luft mht energikilder / energibruk, ekstremværfare
	Service og nærmiljø; avstand til skole, butikk og lignende	
	Samling og effektivisering av bygningsmassen, både klinisk og teknisk drift. Korte transport-avstander for pasienter, ansatte og varer.	Nærhet til somatikk
		Nærhet til annen psykiatri
KRAV TIL UTFORMING		
2	Mål for bygg- og eiendomsutvikling	
	Samling og effektivisering av bygningsmassen, både klinisk og teknisk drift. Korte transport-avstander for pasienter, ansatte og varer.	Samlokalisering av fag/funksjoner
	Tilfredsstille kapasitetsbehov samt funksjonelle og tekniske krav.	Fra døgnenhet til dag/poliklinikk
		Tilstrekkelig kapasitet behandlerkontorer
		Driftsøkonomiske enheter

Tabell 8: Sammenhengen mellom mål / delmål og evalueringskriterier: Bør-krav – kvalitativ evaluering.



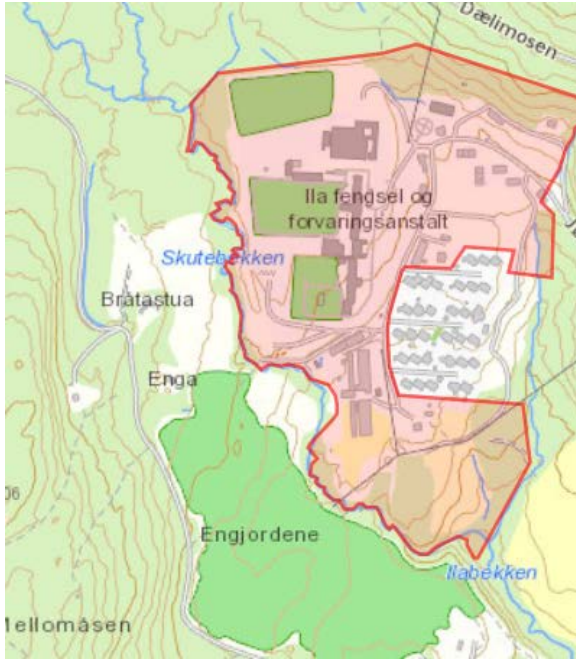
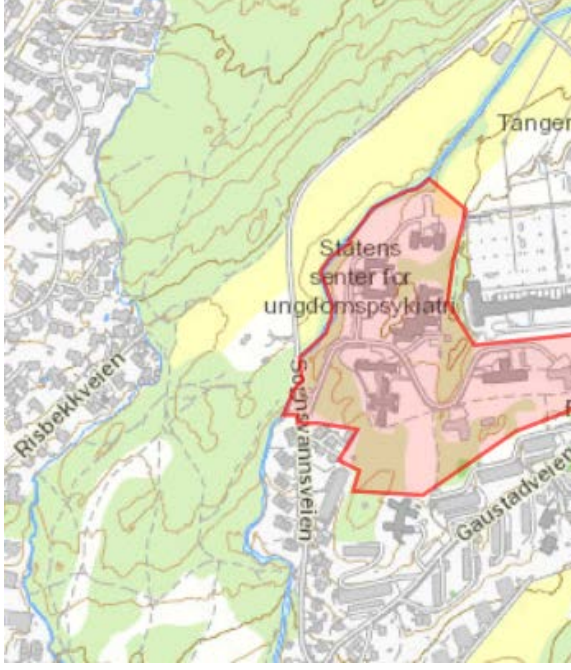
I idéfasen legges «krav til lokalisering» til grunn for evaluering.

I konseptfasen suppleres evalueringsgrunnlaget med «kravene til utforming».

3 Idésøk. Alternativvurdering. Mandat for konseptfasen. Investeringsramme

3.1 Alternative løsninger / mulighetsstudier utredet i idefasen.

Iht mandatet er følgende fire steder vurdert som utgangspunkt for å beskrive alternative løsninger og gjennomføre mulighetsstudier.

<p style="text-align: center;">DIKEMARK 0220/89/1</p> 	<p style="text-align: center;">GAUSTAD 0301/42/190, m.fl.</p> 
<p style="text-align: center;">ILA 0219/28/2</p> 	<p style="text-align: center;">SSBU-tomta 0301/42/132</p> 

Følgende muligheter er nærmere skissert i vedlegg 01 – Idefase RSA mtf - Konsepter. Av hensyn til framdriften i idefasen ble mulighetsstudiene påbegynt 01.09.2015, før arealbehovet 2030 var endelig definert. På bakgrunn av idefasen 2011 og oppdatert arealstandard ble arealbehovet anslått til 15 000 m² BTA. Anslaget ble gitt som ramme for mulighetsstudiene. Da arealbehovet 2030 ble endelig definert, viste det seg at denne rammen var for liten. Det endelig arealbehovet, ca 18 000 m², er lagt til grunn for evalueringen av alternativene, uten at mulighetsskissene er omarbeidet.

#	Mulighet	Beskrivelse
Dikemark		
1	1) Granli	RIVE 4 270 m ² NYBYGG 15 000 m ² (2,3 et.)
2	2) Dagali / Kringsjå	DAGALI (eksternt vern): 4 832 m ² KRINGSJÅ (internt og eksternt vern): 3 024 m ² NYBYGG 7 144 m ² (1,4 et.)
3	3A) Furuli	FURULI (eksternt vern): 3 680 m ² NYBYGG 11 320 m ² (1,7 et.)
4	3B) Furuli/Bjerget	FURULI (eksternt vern): 3 680 m ² BJERGET (eksternt vern): 2 844 m ² NYBYGG 8 476 m ² (1,7 et.)
5	4) Øvre åsen	NYBYGG 15 000 m ² (3,7 et.)
6	5) Verkensveien 19 – Alt. 1	NYBYGG 15 000 m ² (2,0 et.)
7	5) Verkensveien 19 – Alt. 2	VERKENSVEIEN 19 (eksternt vern) 50 % = 5 075 m ² NYBYGG 10 000 m ² (2,0 et.)
Gaustad		
8	1) Østsiden Nord	BYGG 19: 3.671 m ² NYBYGG 19 349 m ² SAMLET AREAL: 23 020 m ² (ref Idefase 2011)
9	2) Østsiden Syd	BYGG 19: 3 671 m ² NYBYGG 4 685 m ² SAMLET AREAL: 8 356 m ² (Idefase 2011)
10	3) Nordsiden	BYGG 17: 3 671 m ² NYBYGG 11 300 m ² (1,7 et.)
Ila		
11	1) Syd	NYBYGG 15 000 m ² (2,2 et.)
12	2) Nord	NYBYGG 15 000 m ² (2,0 et.)
SSBU-tomta (Sogn)		
13	1) Nord	RIVE BYGG 65: 929 m ² BYGG 63: 3 072 m ² BYGG 67: 2 589 m ² NYBYGG 9 339 m ² (1,5 et.)
14	2) Syd	BYGG 63: 3 072 m ² BYGG 67: 2 589 m ² BYGG 53: 1 254 m ² NYBYGG 8 000 m ² (2,6 et.)

Ifm mulighetsskissene er det gjennomført tomteanalyser på bakgrunn eiendomsfaglige - og psykisk-helsefaglige aspekter. Se vedlegg 02 – Idefase RSA mtf - Tomteanalyser.

3.2 Dagens situasjon / Nullalternativet

En videreføring av dagens situasjon (nullalternativet) innebærer at:

RSA

viderefører virksomheten i Granlibygget på Dikemark med den sikkerhetspsykiatriske infrastrukturen som er bygget opp der, med behov for strakstiltak for kritisk vedlikeholdsetterslep.

LS

blir værende på Gaustad (bygg 17) og på Dikemark (Verkensveien 19), i lokaler som er meget ressurskrevende og som ikke fyller dagens materielle krav slik de fremkommer i psykisk helsevernloven. Lokalen er store og lite hensiktsmessige.

PUA

fortsetter i samme lokaler som nå (Dikemark / Verkensveien 19. Lokalen er store og lite hensiktsmessige.

KPS

blir værende på Gaustad (bygg 07) i lite arealeffektive lokaler som kort tid (2016-2017) vil være for små ift kontorbehovet.

Bruttoareal (BTA) pr døgnplass i 2015

I 2015 er bruttoarealet pr døgnplass: $19\,392 \text{ m}^2 \text{ BTA} / 52 \text{ døgnplasser} = 373 \text{ m}^2 \text{ BTA} / \text{døgnplass}$

Kost/nytt basert på 2014 regnskapet

Årlig total driftskostnad pr døgnplass: $282,9 \text{ Mkr kr} / 52 \text{ døgnplasser} = 5,4 \text{ Mkr kr} / \text{døgnplass} / \text{år}$.

Videreføring av dagens situasjon (0-alternativet) innebærer fortsatt ineffektiv bruk av eiendomsressursene og fortsatt høy kost/nytte-forhold (kostnad pr døgnplass). Dagens situasjon vurderes ikke som levedyktig i et langsiktig perspektiv, og det ble i samlet idéfase (se rapport 2.0) forutsatt at et nybygg må til for å huse sikkerhetspsykiatrien også i 0-alternativet, men at lokalisering ikke er avklart. Det er derfor ikke regnet på et 0-alternativ basert på videreføring av dagens situasjon i foreliggende idéfase. Det foreligger planer for utbedring av kritiske vedlikeholdsetterslep på Dikemark, men planene er stanset inntil videre. I konseptfasen vil 0-alternativet for RSA med tilgrensede funksjoner vurderes nærmere, og da mest sannsynlig som et utsettelsesalternativ, ref. utbedringsplanene.

3.3 Evaluering av de alternative løsningenes bidrag til måloppnåelse. Driftsmessige, fysiske og økonomiske konsekvenser av løsningene.

3.3.1 Grovsortering av alternative løsninger

GROVSORTERING AV MULIGHETER		Rangering av Arbeidsverktøysted 2:												
#	Sted:	Dagens situasjon	Dilemark	Dilemark	Dilemark	Dilemark	Dilemark	Dilemark	Dilemark	Dilemark	Dilemark	2	3	1
		0-alf.	1) Granli	2) Dagali / Kr 3A) Furuli	3B) Furuli/Bj	4) Øvre åsen	5) Verfkensv	1) Øst-Nord	2) Øst-Syd	3) Nord	4) Gaustad	5) Nord	6) SSBU	7) SSBU
AREALBEHOVFORDELING I BYGG														
A	Rive bygg. antall		2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
B	Rive bygg. BTA		4 270	0	0	0	0	0	0	0	0	0	929	0
C	Eksisterende bygg. antall	4 (5)	0	2	1	2	2	1	1	1	1	2	3	0
D	Eksisterende bygg. BTA	19 392	0	7 856	3 680	6 524	0	3 671	3 671	3 671	3 671	5 661	6 915	0
E	Nybygg. antall		1	2	1	1	1	3	2	2	1	1	1	1
F	Gj.sn antall etasjer nybygg		2.3	1.4	1.7	3.7	2.0	2.5	2.5	2.5	2.5	1.5	2.6	2.2
G	Nybygg. BTA		15 000	7 144	11 320	8 476	15 000	19 349	4 685	19 349	9 339	8 000	15 000	15 000
H	Sum eksisterende - og nybygg. BTA		15 000	15 000	15 000	15 000	15 000	23 020	8 356	23 020	15 000	14 915	15 000	15 000
AREALBEHOVFORDELING TOMT														
I	Tomt størrelse m2		25 000	35 000	40 000	40 000	15 000	43 809	43 809	70 000	86 121	86 121	65 000	65 000
J	Eksisterende BYA m2		0	1 964	920	1 631	0	2 538	1 468	1 468	6 504	7 433	0	0
K	Ny BYA m2		6 522	5 103	6 659	4 392	4 054	7 740	1 874	7 740	6 226	3 077	6 818	7 500
L	Sum BYA m2		6 522	7 067	7 579	6 023	4 054	10 038	9 208	9 208	12 730	10 510	6 818	7 500
M	Trafikkareal m2 (atkomstveg innefor tomt)		50	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	750
N	Parkeringsareal m2		2 700	2 700	2 700	2 700	2 700	2 700	720	720	720	720	720	2 700
O	Uteoppholdsareal m2		1 022	1 022	1 022	1 022	1 022	1 022	1 022	1 022	1 022	1 022	1 022	1 022
P	Reserveareal m2		14 706	23 711	28 199	29 755	6 974	32 359	38 225	58 550	71 149	73 369	54 210	53 028
Absolutte krav (skilkrav) LOKALISERING														
1	Mer effektiv bruk av arendomsressurser		245	245	245	245	245	245	245	245	245	245	245	245
2	Fonksjonsnære klinikker		Nei	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3	Nok areal Bygg 2030		Nei	Nei	Nei	Nei	Nei	Nei	Nei	Nei	Nei	Nei	Nei	Nei
4	Nok areal Ute 2030		Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
5	Sikkerhetssone rundt bygget - Med perimetersik		Nei	Nei	Nei	Nei	Nei	Nei	Nei	Nei	Nei	Nei	Nei	Nei
6	Avstand til nærmeste nabo (sårbar: bolig, barr		Ja	15	230	230	10	20	19	24	100	100	70	240
7	Plass til å bygge ut (elastisitet)		14 400	22 000	24 000	24 000	7 200	150 000	36 400	79 200	24 025	24 025	36 000	40 000
7	Plass til å bygge ut (elastisitet)		1	3	3	3	1	5-6	1	4	1	1	5	6
8	Gode uteområder		1	1	5	5	5	2	2	4	4	4	5	6
9	Natur. nærhet til marka		0	0	0	0	0	0	530	530	530	40	40	0
RESULTAT GROVSORTERING:														
			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Mulighet	Vurdering mht krav	Konklusjon
0-alternativet	Innfrir 3 av 9 skal-krav	Beholdes som referanse
D 1) Granli	Innfrir 5 av 9 skal-krav	Forkastes
D 2) Dagali / Kringsjø	Innfrir 9 av 9 skal-krav, med kun noen lunde elastisitet	Forkastes, inntil videre
D 3A) Furuli	Innfrir 9 av 9 skal-krav, med kun noen lunde elastisitet	Forkastes, inntil videre
D 3B) Furuli/Bjerget	Innfrir 9 av 9 skal-krav, med kun noen lunde elastisitet	Forkastes, inntil videre
D 4) Øvre åsen	Innfrir 5 av 9 skal-krav	Forkastes
D 5) Verkensveien 19	Innfrir 9 av 9 skal-krav	Vurderes nærmere
G 1) Østsiden Nord	Innfrir 5 av 9 skal-krav	Forkastes
G 2) Østsiden Syd	Innfrir 4 av 9 skal-krav	Forkastes
G 3) Nord	Innfrir 9 av 9 skal-krav	Vurderes nærmere
I 1) Syd	Innfrir 9 av 9 skal-krav	Vurderes nærmere
I 2) Nord	Innfrir 9 av 9 skal-krav	Vurderes nærmere
S 1) Nord	Innfrir 7 av 9 skal-krav	Forkastes
S 2) Syd	Innfrir 7 av 9 skal-krav	Forkastes

FORKLARING

D: Dikemark, G: Gaustad, I: Ila, S: SSBU (Sogn)

Skala Numerisk	Skala Verbal	Indikatornivå	
		fra	til
6	Særdeles godt	84 %	100 %
5	Meget godt	67 %	83 %
4	Godt	51 %	66 %
3	Nogen lunde	34 %	50 %
2	Lite godt	17 %	33 %
1	Ikke	0 %	16 %

3.3.2 Evaluering av gjenværende alternative løsninger

Dikemark 5) Verkensveien 19

er videre skissert i to alternativer:

- Alt. 1 NYBYGG 15 000 m² (2,0 et.)
- Alt. 2 Verkensvn. 19 (eksternt vern) 50 % = 5 075 m². NYBYGG 10 000 m² (2,0 et.)

Gaustad 3) Nord

Vurderes nærmere.

Ila 1) Syd

Ligger på eiendom til Statsbygg/Kriminalomsorgen som stiller seg positive til tiltaket, vurderes nærmere.

Ila 2) Nord

Utelates inntil videre, til tross for bedre kvaliteter, pga av at svar, om evt kjøp, fra grunneier Carl Otto Løvenskiold ikke foreligger p.t.

3.3.3 Investeringskostnad

I tabellen under er investeringsanslaget for gjenværende alternativer. Det presiseres at dette er et grovt anslag i en tidlig fase, og anslaget må videreutvikles gjennom konseptfase og forprosjekt.

Post (Mkr)	Alt.:	Ila Syd	Dikemark Verkensvn 19 – alt. 1	Dikemark Verkensvn 19 – alt. 2	Gaustad Nord
Delsum		1 126	1 194	1 194	1 051
Byggelånsrenter		37	46	46	41
Påslag for usikkerhet (*)		113	119	119	105
SUM		1 280	1 360	1 360	1 200

Tabell 9: Investeringskostnad

Anslåtte beløp for postene: Nybygg, Ombygging, Infrastruktur, Parkering, Tomtekjøp og Perimetersikring, er ikke presentert her av hensyn til OUS sin forhandlingsposisjon (jf Offl. § 23).

*: Se 3.3.6.

3.3.4 Driftsøkonomiske konsekvenser av løsningene.

FDV kostnader

I 2011 ble FDV-kostnadene nye bygg beregnet til 800 kr/m² (873 kr/m² i 2015, KPI-justert).

Nåverdiberegningene viste at gevinsten på 3 %-nivå er ubetydelig, og beskjeden på 6 %-nivå. Nåverdibetraktningene er følgelig ikke et avgjørende moment for valg av løsning/alternativer.

Følgende tiltak anbefales i konseptfasen:

10.12.2015

- Tidlig i konseptfasen kartlegges årlige FDV-kostnader ved byggene som er i bruk p.t. (0-alternativet)
- Ifm konseptfasen anslås årlige FDV-kostnader for fremtidige alternativer
- Ifm prosjekteringsfasene beregnes årlige FDV-kostnader for fremtidige alternativer

Nåverdiberegning av alternativene

Det er med bistand fra Helse Sør-Øst etablert en analysemodell for beregning av nåverdier for alternativene for RSA med tilgrensede funksjoner. Beregninger er gjennomført på prosjektnivå. Det vises også til hovedrapporten for idéfasen om økonomiske bæreevne for OUS.

Inngangsverdier for beregningene:

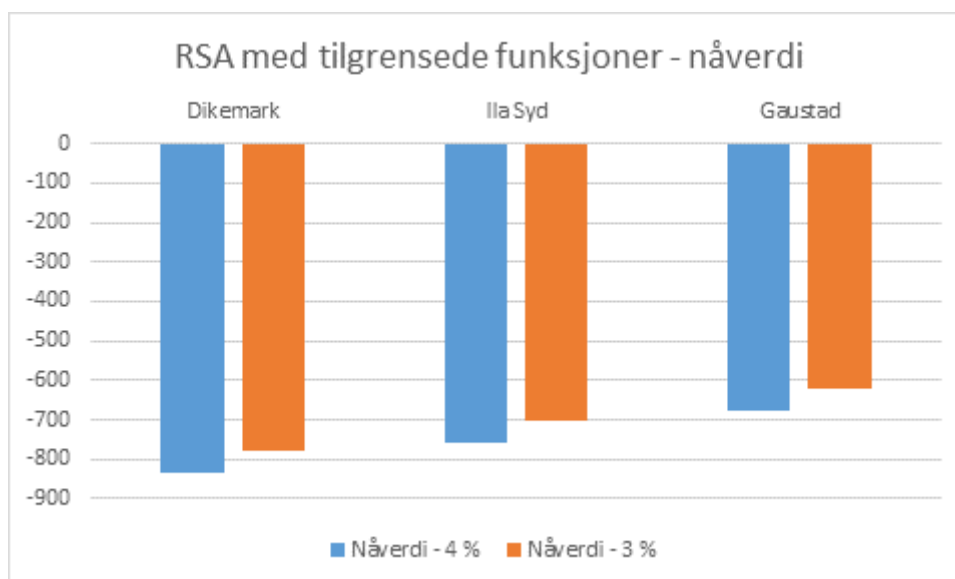
- Investeringsbehov (nybygg, ombygging, teknisk oppgradering, andre kostnader som infrastruktur, riving)
- Driftsgevinster (anslått til 10 % av årlige driftskostnader)

Forutsetninger:

- Rente på lån (årlig) 2,1 %
- Avdragstid lån 25 år
- Byggelånsrenter er inkludert i byggeperioden
- Diskonteringsrente nåverdi, 4 % (neddiskontert til ferdigstillelse av den enkelte etappe)
- Økonomisk levetid 27 år

I beregningen er det benyttet en diskonteringsrente på 4 %, tilsvarende som i idéfaserapport 2.0, noe som kan hevdes å være litt høyt. Det er derfor gjort en beregning med 3 % også.

Arbeidet med idéfase har vist at det ikke er et alternativ ikke å investere i nye bygninger for RSA med tilgrensede funksjoner i et 2030-perpsketiv. Det er i samlet idéfase (se rapport 2.0) forutsatt at et nybygg må til for å huse sikkerhetspsykiatrien også i 0-alternativet, men at lokalisering ikke er avklart. Reelt sett er derfor spørsmålet om hvor tiltaket skal realiseres. I figuren under er nåverdiene til de enkelte lokaliseringalternativene vist.



Figur 5 - Sum av nåverdier i millioner kroner for RSA med tilgrensede funksjoner

Beregningene viser at en anslått driftsgevinst på 10 % ikke er tilstrekkelig for å oppnå en positiv nåverdi. Alternativ med lokalisering på Gaustad har høyest økonomisk nåverdi av alternativene. Dette skyldes at anslaget på investeringsbehovet er lavest for Gaustad alternativet, mens driftsgevinstene er satt lik for alle alternativene.

3.3.5 Samlet økonomiske vurdering.

I 2011 ble investering i samlokalisering av forsterkede plasser vurdert til å gi en innsparing mellom 10 og 12 %.

Samlokalisering av forsterkede plasser for OUS og Louisenberg/diakonhjemmet sykehus, gir en høyere driftsmessig innsparing enn om alternativene etableres enkeltvis.

Vurdering fra 2011 om innsparing legges til grunn for resterende alternativer i 2015.

Følgende tiltak anbefales i kommende prosjektfaser:

- Tidlig i konseptfasen kartlegges:
 - Pasientforløpstid
 - Behandlingstid (liggetid)
 - Evt ventetid (på pasientplass)
 - Bemanning pr pasient
- Ifm konseptfasen anslås forventet effekt, for ovennevnte parametere, for fremtidige alternativer
- Ifm prosjekteringsfasene beregnes effekt, for ovennevnte parametere, for fremtidige alternativer
- Ved drift av endelig løsning evalueres effekten, for ovennevnte parametere, ift beregnet effekt

3.3.6 Usikkerhet

Det er ikke gjennomført en egen usikkerhetsanalyse for tiltakene som inngår i idefase RSA mtf. Det er imidlertid lagt på et påslag for usikkerhet i samme størrelsesorden som for OUS idefasen samlet.

3.3.7 Tid til ferdigstilling

Fortsatt beslutning oppstart konseptfase RSA mtf innen 01.03.2016 er følgende tider til ferdigstilles anslått basert på kontakt med administrativ planmyndighet i henholdsvis Bærum, Asker og Oslo.

	Ila Syd	Dikemark Verkensveien 19	Gaustad Nord
Tid til ferdigstilling	4 ¾ år	6 ¼ år	4 ¾ år
Ferdigstilt anno	2020	2022	2020

Tabell 10: Tid til ferdigstilling

3.3.8 Ytelse og kvalitet i løsning (Evaluering ift Bør-krav)

Tabellen under viser den skjønsmessige vurderingen av resterende alternativer basert på eiendomsfaglige og psykisk-helsefaglige kriteriene dokumentert i tomteanalysene.

KRAV				Dikemark	Dikemark	Gaustad	Ila	
#	Kilde	Gjelder	Skal/Bør	Beskrivelse	V19 nyB	V19 nyB+omB	Nord	Syd
11	Fremragen	Lokalisering	Bør	Rekrutering	4	4	6	5
12	Tilfredsstill	Lokalisering	Bør	Atkomst; eksisterende og fram	4	4	4	4
13	Tilfredsstill	Lokalisering	Bør	Offentlig kommunikasjon	4	4	5	4
14	Tilfredsstill	Lokalisering	Bør	Eksisterende bebyggelse: histo	5	3	3	5
15	Tilfredsstill	Lokalisering	Bør	Lydforhold (inkl støy)	5	5	4	4
16	Tilfredsstill	Lokalisering	Bør	Solforhold	5	5	4	5
17	Tilfredsstill	Lokalisering	Bør	Parkering	4	4	2	4
18	Tilfredsstill	Lokalisering	Bør	Utsiktsforhold	5	5	3	4
19	Tilfredsstill	Lokalisering	Bør	Topografi; vurdere tomt med hei	5	5	5	5
20	Tilfredsstill	Lokalisering	Bør	Teknisk infra-/ultrastruktur mtp	5	5	5	5
21	Tilfredsstill	Lokalisering	Bør	Veier, interne	4	4	4	4
22	Tilfredsstill	Lokalisering	Bør	Karakteristiske trekk ved nabol	5	5	4	4
23	Tilfredsstill	Lokalisering	Bør	Beliggenhet i forhold til industr	5	5	3	5
24	Tilfredsstill	Lokalisering	Bør	Gjeldende reguleringsplan med	3	3	3	4
25	Tilfredsstill	Lokalisering	Bør	Vegetasjon; eksisterende veget	4	4	4	4
26	Tilfredsstill	Lokalisering	Bør	Luktforhold	5	5	4	5
27	Tilfredsstill	Lokalisering	Bør	Klima; temperatur, soleksponer	5	5	4	5
28	Tilfredsstill	Lokalisering	Bør	Service og nærmiljø; avstand til	4	4	5	3
29	Samling og	Lokalisering	Bør	Nærhet til somatikk	3	3	5	4
30	Samling og	Lokalisering	Bør	Nærhet til annen psykiatri	4	4	5	4
RESULTAT EVALUERING								
				Poengsum	88	86	82	87
				Rangering	1	3	4	2

Tabell 11: Evaluering ift bør-krav

3.3.9 Samlet evaluering av gjenværende alternativene løsninger og anbefalte løsninger

På bakgrunn av gjennomførte analyser og vurderinger sammenstille resultatene til en samlet evaluering i tabellen under. Tall i grå celler viser rangering for respektive hovedkriterium.

	0-alternativ	Dikemark V19 nyB	Dikemark V19 nyB+Omb	Gaustad Nord	Ila Syd
Levetidskostnad	4	3	3	1	2
Investering inkl usikkerhet, Mkr		1 360	1 360	1 200	1 280
Drift gjennom analyseperiode	(Beregnes i konseptfasen)	*	*	*	*
Avhending/restverdi/ alternativverdi		*	*	*	*
Kostnad pr døgnplass	(Høyest)	*	*	*	*
Gjennomførbarhet (lav realiseringsrisiko)		2	3	4	1
Planfaglige signaler		-2	-2	-4	+2
Tid til ferdigstillelse		2	2	1	1
Antatt tid til ferdigstillelse		6 ¼ år	6 ¼ år	4 ¾ år	4 ¾ år
Ytelse og kvalitet i løsningen		1	3	4	2
Innfrir skal-krav, forskjellig elastisitet		1 (6)	2 (5)	3 (4)	2 (5)
Innfrir bøl-krav rangering (poeng)		1 (88)	3 (86)	4 (82)	2 (87)
Samlet rangering		2	4	3	1

Tabell 12 Oppsummering av alternativanalysen

Anbefalte løsninger (se neste side)

Følgende løsninger anbefales som grunnlag til mandat for konseptfasen:

- 1) Ila Syd
- 2) Dikemark Verkensveien 19, alt 1 – Nybygg
- 3) Gaustad Nord

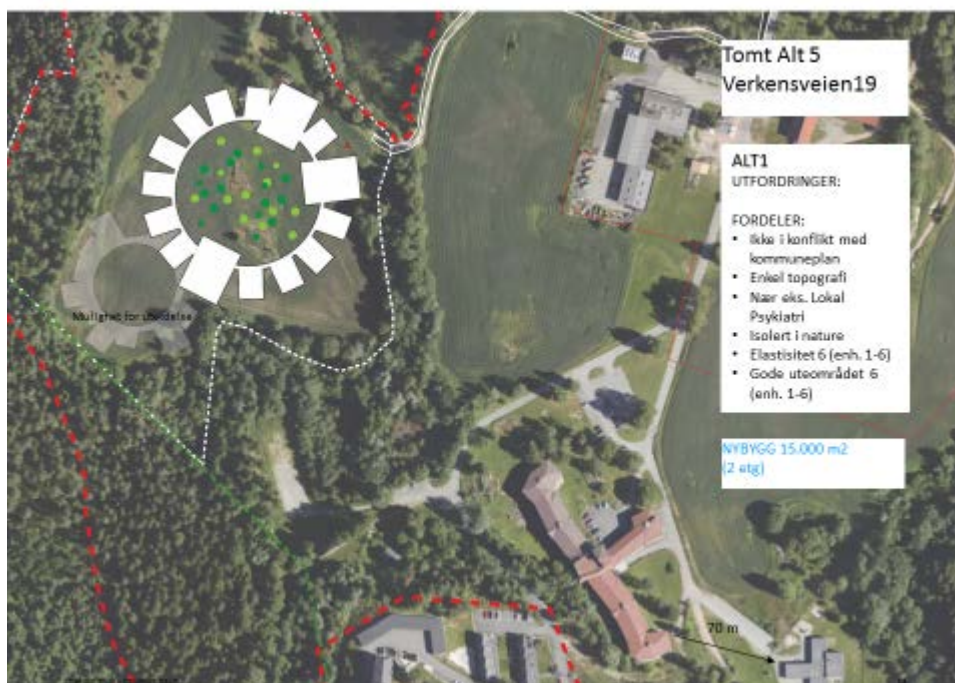
Investeringsramme, forslag

1 400 Mkr

Ila Syd



Dikemark Verkensveien 19, alt 1 – Nybygg



Gaustad Nord

Gaustad Sykehus,
Nordsiden

UTFORDRINGER:

- Nærhet til boliger

FORDELER:

- Bygg 17 er ikke fredet
- Nær eks. Rikshospitalet
- Elastisitet 4 (enh. 1-6)
- Gode utømrådet 4 (enh. 1-6)

BYGG 17, 3.671 m²NYBYGG 11.300 m²
(1,7 etg)SAMLET AREAL:
15.000 m²

Sammendrag av nøkkeltall

				2015	Utviklingsfaktor		2030
					Plan	Prognose	
RSA LS PUA KPS	TILBUD	Personell B/F/A	årsverk	343	45 %		499
		Døgnplasser	antall	52	40 %		73
		Plass BYGG	m2 BTA	19 392	-8 %		17 872
		Plass UTE	m2	?	?		1 022
		Kostnadsdekning	Kkr (2014)	282 888	26 %		357 418
	KOST/NYTT	Personell B/F/A	årsverk / døgnplass	6,6	4 %		6,8
		Plass BYGG	m2 BTA / døgnplass	373	-34 %		245
		Plass UTE	m2 / døgnplass	14	0 %		14
		Kostnadsdekning	Kkr / døgnplass	5 440	-10 %	-10 %	4 896

FORKLARING

B: Behandler, F: FoU, A: Administrativt

Tall med blå skrift: Grunnlag (input)

Øvrige tall: Resultat av regnearkformel (output)

MERK:

Årsverk 2030 er *ikke* justert for forventet reduksjon i årsverk/døgnplass (behandler/pasientforholdet) som følge av mer oversiktlig og mer funksjonelt utformet planløsning. Tallet angir kun forventet vekst i årsverk på bakgrunn av befolkningsframskrivingen (ref SSB).

4 Plan for videre arbeid

4.1 Konseptfasens sluttresultat – hva skal leveres

Konseptfasen skal resultere i en konseptrapport som vil være en sammenstilling av viktige data og en oppsummering av konklusjoner fra de analyser og delutredninger som er utført i konseptfasen. Et viktig krav er at konseptrapporten viser hvordan de anbefalinger og løsninger som det konkluderes med, vil bidra til måloppnåelsen. Konseptrapporten er grunnlag for beslutning om eventuell igangsetting av forprosjektet og må være tilstrekkelig detaljert for dette formålet.

Nedenfor angis de aktiviteter som inngår i konseptfasen og konseptrapporten:

- Hovedfunksjonsprogram (HFP))
- Hovedprogram utstyr (HPU)
- Overordnet teknisk program (OTP)
- Skisseprosjekt (SPR)
- Økonomiske analyser
 - Investeringsbehov, inkludert kalkyle og usikkerhetsanalyse
 - Driftsøkonomi
 - Finansiring
 - Samlet økonomisk bæreevne
- Evaluering av alternativer
- Plan for forprosjekt- og byggefase med hovedvekt på forprosjektfasen

4.2 Særskilte utfordringer knyttet til gjennomføringen av konseptfasen i dette prosjektet

1)

Politisk reguleringsmyndighets holdning til lokalisering av RSA mtf er uavklart

Ifm idéfasen RSA mtf har det ikke vært kontakt med representanter fra kommunestyrene i Asker, Bærum eller Oslo. På bakgrunn av dialog med planadministrasjonen i respektive kommuner anslås risikoen for ikke å oppnå ønsket lokalisering av RSA mtf som «høy» til ukjent.

Anbefalt tiltak: Tidlig i konseptfasen bør OUS ta kontakt med øverste politisk og administrativt nivå i aktuelle kommune/r for å avklare holdningen til tiltaket

2)

Statlig reguleringsplan som alternativ prosess

Hvis det etter en politisk sondering viser seg at ingen av de aktuelle kommunene ønsker tiltaket, bør alternativet statlig reguleringsplan vurderes mtp å oppnå ønsket utvikling.

3)

Grunneier avklaring

For alle tre anbefalte alternativer er grunneieren kontakt mtp erverv. Muligheter for dette bør endelig avklares så raskt som mulig, mtp å inngå avtaler.

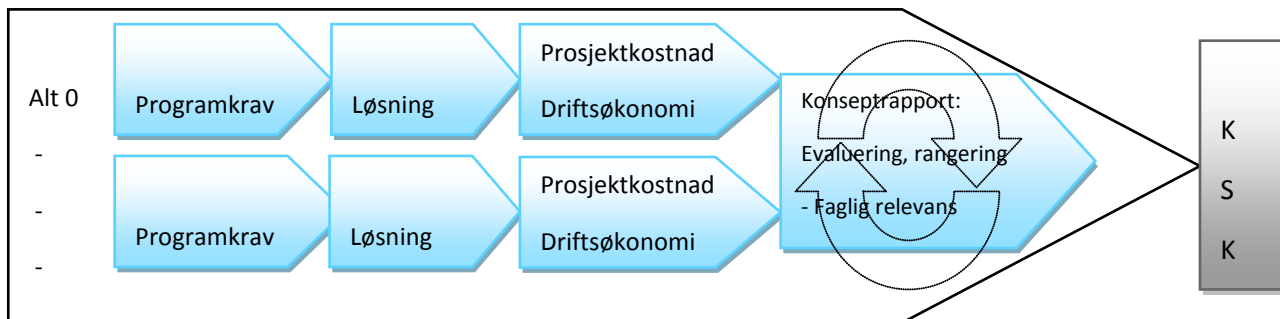
4)

Involvering i pågående reguleringsprosesser i Akser og Bærum.

Begge kommuner har signalisert at OUS bør engasjere seg i de pågående reguleringsprosessene i nevnte kommuner. Det med tanke på å ikke tape tid pga forsinkelser ift fristene i reguleringsprosessene.

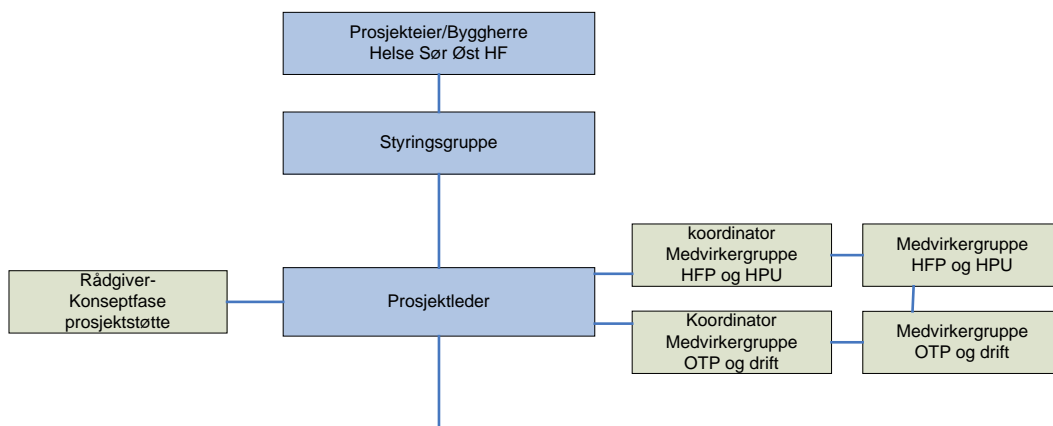
4.3 Planprosess, organisering, ansvar og medvirkning

4.3.1 Planprosess i konseptfasen



Figur 6: Modell for gjennomføring av konseptfasen

4.3.2 Prosjektorganisasjon



Figur 7: Konseptfasens organisasjonsplan

4.3.3 Brukermedvirkning i konseptfasen

Brukermedvirkning videreføres fra idéfasen. Det etableres to medvirkergrupper med hver sin koordinator:

Gruppe 1: Hovedfunksjonsprogram (HFP) og hovedprogram utstyr (HPU)

Gruppe 2. Drift og Overordnet Teknisk program (OTP)

4.4 Kontraktstrategi for kontrahering av tjenester

Tjenester hvor det foreligger kontrahering eller opsjon på videre tjenester i konseptfasen videreføres hvis det ikke foreligger konkrete grunner for å kontrahere på nytt.

Det må her kontraheres prosjekteringsgruppe ved godkjent oppstart av konseptfasen, slik at denne kan igangsette sitt arbeid så snart konseptfasens hovedfunksjonsprogram er ferdig utarbeidet.

4.5 Prinsipper for prosjekt- og risikostyring

Kvalitetssikring gjennomføres på flere nivåer:

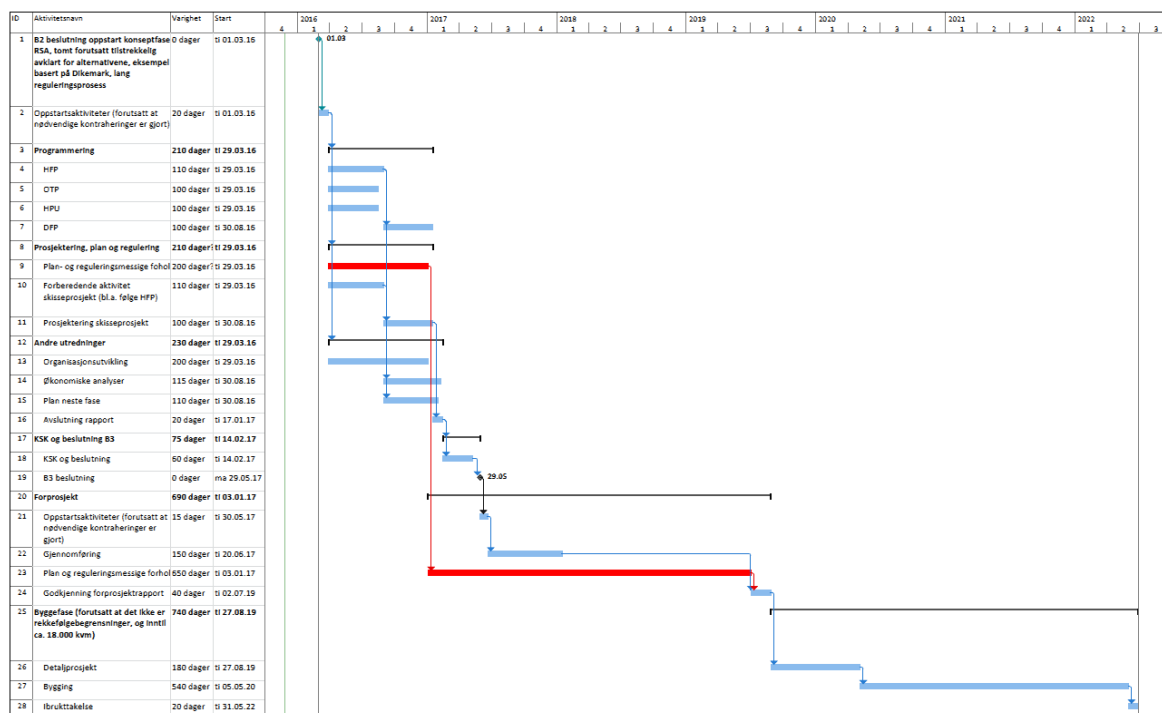
- Et overordnet styringsdokument for konseptfasen som grunnlag for oppfølging.
- Krav til kvalitetssystem hos leverandørene
- System for rapportering og kontrollplaner
- Usikkerhetsanalyse av kostnadskalkylen
- ROS-analyser på aktuelle områder
- Kvalitetssikring med bistand fra ekstern kompetanse (eventuelt følgeevaluering)

4.6 Tidsplan

Det forutsettes oppstart av konseptfasen RSA mtf innen 01.03.2016.

For alternativet Dikemark Verkenesveien 19, i Asker, forventes en lengre reguleringsprosess enn for to andre konspetalternativene.

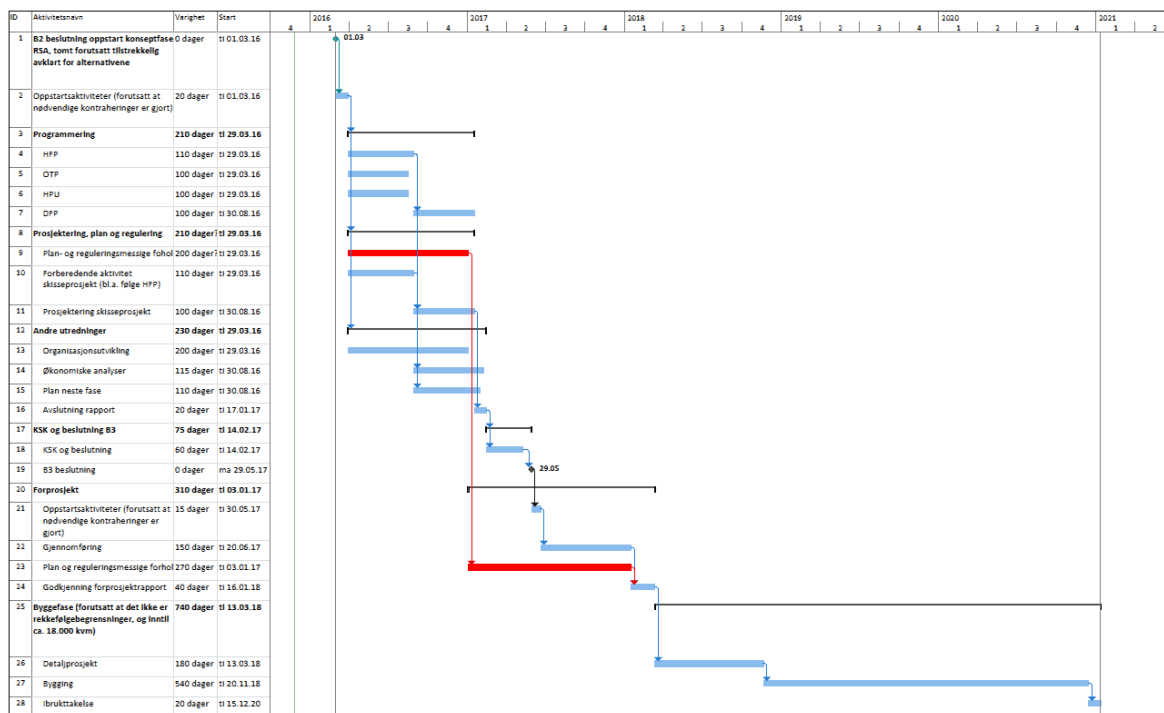
Tidsplan konseptfase til ferdig bygg RSA mtf med lang reguleringsprosess Dikemark/Asker:



Figur 8: Lang reguleringsprosess

For alternativene Ila Syd, i Bærum, og Gaustad Nord, i Oslo, forventes en kortere (normal) reguleringsprosess.

Tidsplan konseptfase til ferdig bygg RSA mtf med lang kort reguleringsprosess i Bærum og Oslo:



Figur 9: Tidsplan konseptfase til ferdig bygg RSA mtf uten tidskritisk reguleringsprosess

Det vil være prosjekteier som avgjør et evt valg mellom alternativene.

4.7 Ressursbruk og kostnader knyttet til konseptfasen

Ressursbruk og kostnader knyttet til konseptfase dreier seg primært om fire-fem områder:

- Prosjektledelse og prosjektadministrativ støtte
- Hovedfunksjonsprogram
- Utstyrplanlegging
- Overordnet teknisk program
- Prosjektering og regulering tomt
- Utredning av alternativer
- Kostnadsanalyser

Ved en konkretisert beregning ut fra prosjekteringsstimer per kvm, ender prosjekteringskostnader som del av konseptfase på i størrelsesorden 6 – 8 mill. kr. inkl. mva.

I tillegg kommer prosjektledelse, prosjektadministrativ støtte, programmering og utstyrplanlegging som indikerer et samlet konseptfasebudsjett på ca 13 - 15 mill. kr. (inkl. mva), inkludert avsetning for usikkerhet på 15 %.

I tillegg kommer sykehusets bruk av interne ressurser. Omfanget av dette påvirker budsjettet. Det samme gjør det dersom noen av disse ressursene belastes prosjektet.

Vedlegg:

- 01 OUS Idefase RSA mtf - Konsepter (Utrykket)
- 02 OUS Idefase RSA mtf - Tomteanalyser (Utrykket)
- 03 OUS Idefase RSA mtf - Notat-Døgnplasser 2015-2040 (Utrykket)
- 04 OUS Idefase RSA mtf - Datasammendrag (Utrykket)
- 05 OUS Idefase RSA mtf - Kravregister (Utrykket)
- 06 SINTEF Rapport 20140320: Hva kjennetegner gode bygg i psykisk helsevern, KH Bergsland (Utrykket)

**Idéfaserapport Radiumhospitalet
versjon 0.9– 08.12.2015**

Innhold

1	Sammendrag	4
1.1	Innledning.....	4
1.2	Anbefalinger	5
1.3	Usikkerhet og risiko	6
2	Bakgrunn, mandat og arbeidsprosess	7
2.1	Bakgrunn	7
2.2	Mandat og rammer for idéfase Radiumhospitalet.....	8
2.3	Avgrensninger, føringer og forutsetninger.....	10
2.4	Organisering av idéfaseprosjektet.....	12
2.5	Medvirkning og deltagelse	13
2.6	Aktiviteter	14
3	Behovsanalyse.....	14
3.1	Hvorfor nye bygg?	14
3.2	Hovedtrekk i dagens virksomhet.....	15
3.3	Behov sett fra pasientperspektivet	15
3.4	Oversikt over hvordan byggene disponeres i dag.....	16
3.5	Teknisk tilstand.....	17
3.6	Tilsynsavvik, vedlikeholdsplaner og andre planlagte oppgraderinger	19
3.7	Andre planlagte investeringer ved Radiumhospitalet.....	21
3.8	Kort om 0-alternativet ved Radiumhospitalet	21
3.9	Kort om forventet generell utvikling innen kreftbehandling	22
3.10	Oppsummering behovsanalyse	23
4	Virksomhetsbeskrivelse og alternative modeller for videre drift ved Radiumhospitalet	23
4.1	Beskrivelse av dagens virksomhet ved Radiumhospitalet	23
4.2	Beskrivelse av hver av modellene	24
4.3	Vurdering og sammenligninger av anbefalte modeller.....	25
4.4	Virksomhetsmessig vurdering av scenarioer og modeller	27
4.5	Påvirker valg av modell nybygg eller 0-alternativ?	27
4.6	Kan man gå videre med ytterpunktsbetraktninger?	28
4.7	Påvirker valg av modell idéfasen for OUS for øvrig - Gaustad Syd eller delt løsning?	28
5	Arealbehov	29
5.1	Forutsetninger for dimensjonering	29
5.2	Samlet arealbehov for idéfasen, brutto- og nettoareal	29
5.3	Arealbehov fremtidens Radiumhospital	30
6	Eiendom og infrastruktur	31
6.1	Eiendomsforhold	31
6.2	Byutvikling, regulering og annen kommunal planlegging	33
6.3	Teknisk infrastruktur	33
7	0-alternativet og øvrige investeringsbehov.....	34
7.1	Anslag gjort på investeringskostnader generelt.....	34
7.2	Investeringsbehov i 0-alternativet på Radiumhospitalet	35
8	Nytt klinikkbygg- et skisseprosjekt	38
8.1	Kort om bakgrunn.....	38
8.2	Innhold i skisseprosjektet.....	38

8.3	Hva inneholder ikke skisseprosjektet	39
9	Økonomi	41
9.1	Investeringskostnader	41
9.2	Usikkerhetsanalyse	41
9.3	Forvaltning, drift og vedlikehold (FDV)	42
9.4	Økonomisk bæreevne	43
9.5	Leiekostnader	43
9.6	Gevinstrealisering	43
9.7	Realisering av verdier	44
9.8	Alternative modeller for finansiering	44
10	Evaluering av alternativene	44
10.1	Evalueringsprosessen	45
10.2	Evalueringskriterier	46
10.3	Kvalitativ evaluering	46
10.4	Vurdering av gjennomførbarhet og risiko (ROS analyse)	48
10.5	Økonomisk evaluering	50
10.6	Samlet evaluering	50
11	Plan for videre arbeid	51
11.1	Neste fase - konseptfase, men del av et større investeringsprogram i OUS	51
11.2	Prosjekt og prosjekteier	51
11.3	Hensikt – mål og rammer	52
11.4	Grensesnitt	53
11.5	Suksesskriterier og kritiske suksessfaktorer	53
11.6	Foreløpige rammebetingelser samt grunnlagsdokumenter	54
11.7	Innhold og arbeidsomfang i konseptfasen – hovedleveranse	54
11.8	Prosjektstrategi – plan for gjennomføring	55
11.9	Strategi for styring av usikkerhet	58
11.10	Organisering, styring og ansvarsdeling	58
11.11	Prosjektstyringsbasis	59
11.12	Forutsetninger for realisering av planer	61
12	Vedlegg	62
12.1	Oversikt utarbeidete vedlegg	62
12.2	Oversikt over vedlegg/ referansedokumenter som ikke er trykket opp	62

1 Sammendrag

1.1 Innledning

Denne idéfaserapporten beskriver muligheter for den videre utviklingen og driften av Radiumhospitalet frem til 2030. Rapporten er et selvstendig dokument som kan leses for seg, men den er også et delelement av den store "Idéfase 2.0 - del 2 konkretisering etter høring". Dette tilsvarer den strukturen som er lagt opp for Idéfase Regional sikkerhetsavdeling (RSA). Hensikten med å ha disse som separate idéfaser er at de ikke påvirker andre løsninger i idéfasen, begge har høy prosjektmodenhet og begge forutsettes å kunne videreføres i et noe raskere løp enn videre arbeidet med planlegging forøvrig.

Idéfase Radiumhospitalet er også en formalisering og en sammenstilling av ulike arbeid som har pågått over flere år, men særlig det siste året. Disse beskrives nedenfor. I august 2015 fikk Oslo universitetssykehus overrakt et skisseprosjekt som inneholder tegninger og beskrivelser av et potensielt nybygg på sykehusområdet på Montebello. Gaven er et privat initiativ. Bygget, slik det er skissert, er tenkt å kunne gi pasienter og ansatte langt bedre forhold tilpasset moderne kreftbehandling og vil kunne erstatte deler av dagens bygningsmasse. Dagens bygningsmasse på Radiumhospitalet er av variabel kvalitet, men store deler er nedslitt med store oppgraderingsbehov. Det hefter en rekke tilsynsavvik, spesielt innen brann, elektro- og ventilasjonsforhold, ved bygningsmassen, men også avvik meldt fra egne ansatte samt klager fra pasientene. Det foreligger derfor omfattende oppgraderingsplaner for bygningsmassen på Radiumhospitalet både på kort og lenger sikt. Radiumhospitalets tilstand utgjør en vesentlig del av grunnlaget for de midlene som er bevilget i lån over statsbudsjettet 2016 for å lukke tilsynsavvik de neste fire årene, og som reflekteres i OUS' prosjekt- og investeringsplaner.

Som en del av styrets vedtak om sykehusdrift på Radiumhospitalet i minst 15 år til, har det vært arbeidet med en delutredning for kreftområdet. Innstilling er levert denne høsten, og konkluderer med at det er mulig og faglig ønskelig med videre drift på Radiumhospitalet. Det er beskrevet tre ulike forslag til løsninger som man ønsker å konkretisere nærmere. Modellene har noe ulike sammensetning av pasientgrupper med noe ulike behov for areal og støttestrukturer. Idéfase forholder seg ikke til innholdet i virksomheten, utover den evalueringen som allerede foreligger, men konkluderer med at det er arealmessig mulig å inkludere alle tre modeller i Radiumhospitalets bygningsmasse, enten man velger å oppgradere eller å erstatte deler av denne med et nybygg. Det vil imidlertid i neste fase av planleggingen være behov for at linjeledelsen konkluderer om hvilken retning som er ønskelig, da de delene som ikke skal inngå i Radiumhospitalets virksomhet eventuelt må innlemmes i andre bygg eller på andre lokalisasjoner.

Arbeidet med denne idéfasen er utført av en prosjektgruppe bestående av representanter fra de ulike gruppene som har arbeidet med de ulike beskrevne initiativene det siste året, altså både representanter fra skisseprosjektet, byggplanlegging i OUS, men også fra kreftutredningsgruppen i idéfaseprosjektet Fremtidens OUS. I tillegg har gruppen bestått av tillitsvalgte og brukerrepresentanter. Tidsperspektivet har vært kort og arbeidet har foregått over to måneder. Forutsetningen for at det har vært mulig å ferdigstille på så kort tid, var at det bygges videre på allerede utført arbeid.

HSØ og Sykehusbygg ble orientert om prosessen med idéfase Radiumhospitalet i møter 6. og 23. oktober 2015. I tillegg er det avholdt et eget arbeidsmøte den 20. november med Sykehusbygg og HSØ i forhold til planlegging og dokumentasjonskrav til neste fase av prosjektet.

1.2 Anbefalinger

Det anbefales på bakgrunn av idéfaseutredningen å gå videre til konseptfase med de foreliggende planene. I konseptfase er kravet at man normalt sett skal gå videre med minst tre, men at det skal være minst to alternativer. Det første alternativet er det såkalte "0-alternativet" som innebærer å drifte videre i dagens bygg, men at disse oppgraderes og ombygges for å understøtte drift. Det andre alternativet er å etablere et nybygg som erstatter deler av dagens bygningsmasse, og oppgradere gjenværende arealer som er nødvendige for en helhetlig løsning. Begge alternativer forutsetter å være arealmessig tilstrekkelige til å understøtte alle foreslåtte virksomhetsmodeller. Begge alternativer forutsetter riving av eksisterende bygningsmasse. I tillegg kommer det at det videreføres tre virksomhetsmodeller hvor valg mellom disse skal avklares som en del av arbeidet i konseptfasen.

Ut fra en samlet evaluering av begge byggalternativene, og basert på den kunnskapen som nå foreligger, fremstår alternativet med nybygg som langt bedre enn 0-alternativet. Det er en rekke argumenter for dette. De viktigste er som følger:

Pasientperspektivet – Ut fra pasientperspektivet er nybygg å foretrekke av flere grunner. For det første er det vanskelig å se for seg at det er mulig å håndtere den belastningen en ombygging gir samtidig med full drift. Det er signifikante mangler på fleksibilitet i gammel bygningsmasse versus ny bygning. Et nytt klinikkbygg vil kunne ha flerbruksfunksjoner og en *fleksibilitet* som man ikke vil få i gamle bygg.

Det er også vesentlig lettere å legge til rette for nærhet mellom funksjoner og reduserte avstander i et nytt bygg enn i et gammelt. For å sikre *gode pasientforløp* for alvorlig syke pasienter er reduksjon av avstand et mål i seg selv. Nærhet vil også ha betydning for de ansatte og legge til rette for mer effektive arbeidsprosesser. I tillegg er et nytt klinikkbygg forventet å gi positiv påvirkning på rekruttering.

Forutsigbarhet for kapasitet og drift er ulike mellom et 0-alternativ og et alternativ som inkluderer et nybygg. Etablering av et nybygg legger til rette for full drift i gamle bygg i byggeperioden uten at dette går utover kapasitet og drift. Omvendt vil gjennomføringen av et 0-alternativ tvinge frem redusert drift i hele gjennomføringsperioden. I beskrivelsen om gjennomføringsrisiko stilles det spørsmål om ombyggingene vil være så omfattende at de utløser nye forskriftskrav. Dersom dette er tilfellet er det spørsmål om det i det hele tatt lar seg gjøre å bygge om. Slik det er planlagt i 0 alternativet så er det lagt opp til rokeringsbygg og areal for sengeposter og poliklinikk, samt en fremdriftsplan for operasjon der det først etableres nye stuer, før man bygger om de neste i en rekkefølge på to og to. Det er imidlertid en del usikkerhet til gjennomførbarheten av dette. Dersom det ikke viser seg mulig så vil det gå utover kapasitet og drift i ombygningsperioden, og kan gi økt ventetid for kritisk syke pasienter.

Tid og forskjeller i tid er vanskelig å anslå eksakt i denne fasen, men det kan fastslås at det vil være forskjell i medgått tid mellom oppgradering av eksisterende bygg i et 0-alternativ og et nybygg i nybyggets favør. Dette avhenger noe av reguleringsmyndigheter, men et nybyggsalternativ er beregnet å kunne være ferdigstilt innen utgangen av 2020. Ombygging i eksisterende arealer vil kreve en etasjevis tilnærming med etapper som hver vil være 1,5-2 år. Dette vil altså gi forlengelse av gjennomføringsperioden. Det private initiativ har skissert tidsplaner med enda kortere horisont gitt at dette er et gjennomførbart alternativ.

Kostnadmessig skiller de to alternativene seg fra hverandre med ca 300 millioner, der oppgradering som inkluderer nybygg vil være det dyreste alternativet. Ulikheter i kostnadsbildet mellom 0-alternativ og et nybyggalternativ er imidlertid lavere/mindre i dette tilfellet enn man ser i andre byggprosjekter. Det vil være noe høyere FDV kostnader også i et nybyggsalternativ, men det forventes lavere vedlikeholdskostnader over tid. Denne forskjellen inkluderer lukking av tilsynsavvik og inkluderer et brystsenter.

Omdømme og synlige resultater inngår ikke som et kriterium i evalueringsprosessen, men er likevel trukket frem av mange. OUS har drevet planlegging og utredning i mange år etter fusjonen og foreløpig er kun ett nybygg realisert (akuttbygget på Ullevål). Muligheten for å realisere et nybygg og avhende gammel bygningsmasse på Radiumhospitalet trekkes frem av brukere og ansatte som en betydelig forbedring og et synlig resultat. Et nytt bygg er sagt å være positivt for rekruttering sammen med det tette samarbeidet med ansatte i forskningsmiljøer og Oslo Cancer Cluster Innovation(OCCI). Realisering av et brystsentersenter i et eget bygg vil også gi muligheter til å utvikle stiftelsen og overføre eierskapet av tomter til OUS. Dette vil føre til mer ryddighet og forutsigbarhet.

1.3 Usikkerhet og risiko

Det er tatt inn en rekke viktige avgrensninger og forutsetninger på dette stadiet i prosessen. Mange av disse vil avklares i neste fase eller senere i prosessen. En del av de viktigste er stikkordsmessig gjengitt under og gjenfinnes også i kapittel 10.4 Vurdering av gjennomførbarhet og risiko (ROS analyse).

Oppgradering av eksisterende bygg som skissert i 0-alternativet, har store usikkerheter vedrørende gjennomføring. Det antas at arbeidet vil kunne være så vidt omfattende at det utløser en såkalt hovedombygging og at det ikke vil være mulig å ha full eller delvis drift i ombyggingsperioden. En eventuell hovedombygging vil dermed også trolig redusere totalkapasitet da det vil innebære møte med nye forskrifter der flersengsrom må gjøres om til ensengsrom osv. Det vil kanskje være mulig å søke dispensasjon, men ikke som en varig løsning.

Grunnforhold og omregulering innebærer begge risikomomenter. Der D bygget er i dag og et nytt klinikkbygg eventuelt skal bygges, er det krevende grunnforhold og deler av jordmassen er i bevegelse. Dette resulterer i store setnings-skader mellom de deler av byggene som står stødig og de deler av byggene som er i bevegelse, eksempelvis i C bygget. Dette er en håndterbar problemstilling, men den må løses. Andre usikkerheter som er kommet frem er blant annet hovedstrømledningen til Oslo vest går i det samme området og må flyttes dersom et nytt klinikkbygg skal plasseres der det er tegnet. Ytterligere forhold i denne kategorien vil kunne dukke opp i senere planleggingsfase og skape nye usikkerheter.

Et nytt bygg vil trolig medføre behov for omregulering. Erfaringsmessig er dette tidkrevende prosesser som krever administrativ og politisk involvering. Det er gitt noe ulike signaler foreløpig vedrørende et eventuelt nytt klinikkbygg. Regulering ligger på kritisk linje skissert i tidsplanen i kapittel 11 Plan for videre arbeid.

Nye bygg skal ikke være til *hinder* for helhetlig og *videre utvikling av Radiumhospitalet*. HSØ har stilt som et tydelig krav at et eventuelt nytt klinikkbygg ikke skal være til hinder for videre utvikling av Radiumhospitalet inkludert plassering av et eventuelt fremtidig protonsentersenter. Så langt i arbeidet med skisseprosjektet og dagens rivingsplaner er dette ikke en risiko eller usikkerhet i dette prosjektet.

Lang avstand mellom etapper i tid og kostnad er og vil være en risiko for utvikling av Radiumhospitalet. Dersom det er stor avstand i tid til et eventuelt nytt klinikkbygg lar seg realisere eller mellom et eventuelt nytt klinikkbygg og videre oppgradering av bygg som skal beholdes (bygg C og Bygg F) så vil det måtte investeres "unødige" midler i vedlikehold og oppgraderinger i bygg som siden er planlagt erstattes og/eller revet (A og B).

2 Bakgrunn, mandat og arbeidsprosess

2.1 Bakgrunn

Radiumhospitalet har, som øvrige lokalisasjoner i OUS, vært omfattet av sykehusets overordnede idéfase for Fremtidens OUS og dette arbeidet inngår i denne. Her er det også jobbet med et såkalt 0-alternativ, som viser hvor store investeringer som ville måtte gjøres i dagens bygningsmasse dersom dagens drift legges til grunn frem til 2030.

For Radiumhospitalet vil oppgraderinger av bygg i et 0-alternativ dreie seg om byggene A og B (sengeposter og operasjon), C (diagnostikk, poliklinikk og behandling), D (poliklinikk) og F (administrasjon). Byggene J (strålebunkere og hotell) og K (Forskningsbygget) er nye og forutsettes brukt fortsatt. Bygg E, G og H forutsettes revet. Bygg E er fraflyttet. For bygg G og H er det planlagt alternativ plassering av virksomhet slik at også disse kan rives.

Det jobbes samtidig med nødvendige kortsiktige oppgraderingsbehov fra eiendomssiden i OUS. Det er også denne avdelingen som i hovedsak håndterer ulike tilsyn (brann, arbeidsmiljø og elektro) og avvikene som fremkommer. Bare på Radiumhospitalet er det planlagt lukking av avvik for 350-400 millioner de neste 4 årene. Summene er langt høyere for hele 0-alternativet.

I tillegg til 0-alternativet og planlegging av lukking av pålegg etter tilsyn, har det fra OUS' side vært planlagt et brystsenter som skal samle virksomheten fra alle øvrige lokalisasjoner til Radiumhospitalet. Brystsenteret har hittil vært forutsatt finansiert i en blanding av såkalte omstillingsmidler og midler fra urstiftelsen knyttet eiendomsavhending. Planene for brystsentret har forutsatt lokalisering i A og B bygget, men ville i tillegg innebære oppgradering av operasjonssaler, infusjonsenheten, poliklinikk og behandlingsrom, samt sengeposter. Det finnes også en skisse for plassering i et eget tilbygg. Arbeidet med brystsentret er kommet så langt som til ferdigstilt forprosjekt, og er foreløpig satt på hold til avklaring av veien videre er gjort. Et brystsenter er imidlertid inkludert i alle virksomhetsalternativer for videre kreftbehandling ved Radiumhospitalet.

Høsten 2014 ble det tatt et privat initiativ til å utvikle et nytt klinikkbygg ved Radiumhospitalet fra Radiumhospitalets venner. Arbeidet med dette, heretter kalt skisseprosjektet, har hatt sin egen organisering frem til leveranse av en skisse som en gave til sykehuset gitt 25. august 2015 og deretter lagt frem for styret 25. september i år. Skissen omfatter et nytt klinikkbygg basert på dagens virksomhet i A, B og D bygget. Skissen omfatter pasientrom, poliklinikk, operasjon og diagnostikk tilsvarende dagens areal, og inkluderer et brystsenter. Det legges vekt på fleksibilitet og generalitet i bygget. Hvis man ser metodikken og krav til innhold fra den såkalte tidligfaseveilederen, så inneholder skissen langt på vei det som normalt ville inngå i et såkalt idéfasearbeid og et stykke inn i konseptfase, men har også noen mangler. Skissen sier ingenting om virksomhet i øvrige bygg og heller ikke noe om fremskrivninger og behov. Dette er derfor tatt inn i en helhetsvurdering når alternativene evalueres opp mot hverandre.

På forsommeren 2015 ble det nedsatt en egen gruppe som skulle se spesielt på kreftområdet, den såkalte kreftutredningsgruppen. Oppdraget med å gjennomføre en utredning av kreftområdet er basert på OUS styrets vedtak i sak 20/15 den 9. april 2015. I punkt 2 i vedtaket heter det:

«Styret ber administrerende direktør om å gjennomføre en utredning av organiseringen av kreftområdet som en del av idéfasearbeidet, herunder en vurdering av bygningsmessige forhold.»

I OUS-HFs styremøte 30.april 2015 ble det ytterligere gjort vedtak knyttet til kreftområdet;

«Styret legger til grunn at kreftområdet ikke blir hovedelement i en første etappe for utbygging av Oslo universitetssykehus og at dette innebærer aktivitet på Radiumhospitalet i minst 15 år fremover.»

«Styret ber om at utredningen av nytt klinikkbygg ved Radiumhospitalet samkjøres med organisasjonsgjennomgang av kreftområdet og idéfasearbeidet og tar til etterretning at dette arbeidet vil bli gitt som gave til Oslo universitetssykehus, basert på formel avtale mellom partene.»

Gruppen har vært ledet og sammensatt av ansatte innen kreftområdet. Gruppen leverte sin endelige rapport høsten 2015, og beskriver i hovedsak kreftbehandling på Radiumhospitalet og hvilke forslag til løsninger man ser for seg der, men berører også i noen grad kreftbehandling i sykehuset for øvrig. Gruppen har landet på anbefaling om å utrede tre ulike modeller videre:

- **Modell A:** samling av brystkreft og prostata kreft
- **Modell B4** Som modell D men uten prostata og testiskreft
- **Modell D:** Samling av brystkreft, delt prostatakreft, evt testiskreft, CNS svulster, strålebehandling av barn, lungeonkologi, lymfom/ HMAS, sarkom og avansert gastrokirurgi

Felles for alle modellene er at gynekologisk kreft, øre-nese-hals (ØNH)onkologi og hudkreft/melanomer fortsetter som i dag.

Modell D er den mest omfattende og tilsvarer dagens drift, med tillegg av et brystsenter, samlet lungeonkologi og evt. testiskreft. Modell A er en mindre og mer rendyrket modell og B4 en mellommodell. Alle står nærmere beskrevet i kapittel 4.

25. september vedtok styret i sak 58/2015 (vedlegg 2) at det arbeidet som hittil var gjort i skisseprosjektet og det arbeidet som var gjort i kreftutredningen, samt 0-alternativet, skal settes sammen til en egen idéfase for å sikre en formalisering og en felles metodikk knyttet til HSØs krav om gjennomføring av prosjekter konkretisert i tidligfaseveilederen og som er krav til alle byggprosjekter. Idéfasen skal altså formalisere de prosessene som allerede har pågått en periode og belyse om det er mulig å realisere et nytt klinikkbygg basert på det skisseprosjektet som foreligger, som et alternativ til oppgradering av dagens bygningsmasse.

Det nye forslaget skal vurderes opp mot ulike virksomhetsmodeller (A, B4 og D) og det såkalte 0-alternativet som er videre drift i dagens bygg. Hensikten er at idéfasen skal kunne gå over i en konseptfase med tilstrekkelig mange alternativer til nærmere detaljering og modning av løsninger slik at man i neste fase, forprosjekt har et mer kvalifisert grunnlag for å gå videre med en konkret løsning. Se også kapittel 2 Bakgrunn, mandat og arbeidsprosess.

I ettertid er mandat for Idéfase Radiumhospitalet også behandlet i styret i HSØ. I sak 66/2015 ble det lagt til at man skal sikre at videre planer for hele bygningsmassen belyses, og en forutsetning om at Sykehusbygg benyttes til gjennomføring av idéfase. Se tillegg merket gult under og gjengitt i vedlegg 4.

2.2 Mandat og rammer for idéfase Radiumhospitalet

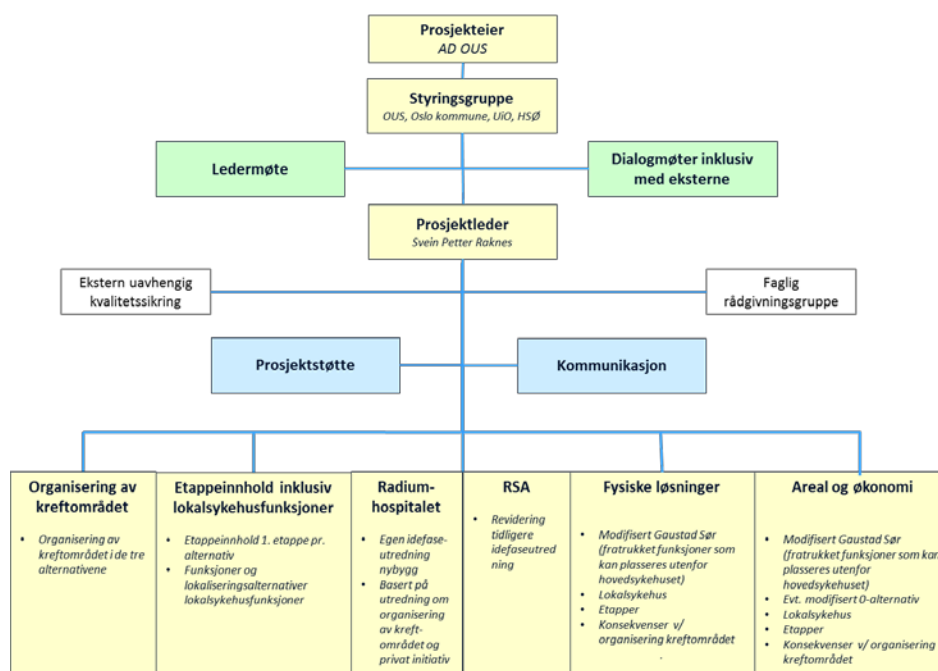
Mandatet som er gitt er som følger; (Tilleggspunkter fra HSØ sin behandling er satt i gult.)

Utredningen skjer med utgangspunkt i «Tidligfaseveileder for sykehusprosjekter», men med enkelt forenklinger for å kunne levere idéfaseutredningen samtidig med, og som en del av, den samlede idéfaseutredningen for Fremtidens OUS, som skal styrebehandles i desember 2015.

Fra mandatet står det om hovedelementene i idéfaserapporten:

- Bakgrunn, mandat og arbeidsprosess
- Vurdering av behov/kapasiteter/areal basert på de alternative framtidige virksomhetsbildene for Radiumhospitalet som er anbefalt videreført i utredningen om organisering av kreftområdet (modell A, B4 og D).
- Identifisering av fysiske løsninger (mulighetsstudier) for å dekke disse tre ulike virksomhetsbildene på minst 15 års sikt ved:
 - 0-alternativet (inkludert en begrenset andel nybygg)
 - Under hovedalternativene «delt løsning» og «delvis samling» utredes det for Radiumhospitalets del:

- Løsninger med en betydelig andel nybygg (her benyttes en allerede utført skisse i det private initiativet som arbeidsgrunnlag, men dette tilpasses de aktuelle virksomhetsmodeller og tilhørende arealberegninger).
- Det må framgå hvordan den bygningsmassen som fraflyttes i forbindelse med nytt klinikkbygg utnyttes eller saneres, og hva som er minimumsbehovet for oppgradering og vedlikehold av denne bygningsmassen frem til et eventuelt nytt klinikkbygg er driftsatt. Det må også vurderes hvordan et nytt klinikkbygg basert på det private alternativet påvirker, eller påvirkes av, andre aktuelle byggeprosjekter på Radiumhospitalet.
- Økonomiske analyser (investeringsbehov, driftseffekter, bærekraft og finansiering) per alternativ.
- Evaluering av alternativer
- Plan for videre arbeid (med sikte på at det kan settes i gang en egen konseptfase for dette).
- Organisatorisk integreres utredningen i den samlede idéfaseutredningen slik som vist nedenfor: I henhold til føringer gitt i oppdragsdokument for 2015 benyttes kompetanse fra Sykehusbygg der de kan stille relevant kompetanse til erstatning for ekstern innleie.



Figur 1 Organisatorisk tilhørighet Idéfaseprosjektet Fremtidens OUS

- En del av planen med videre arbeid, skal skissere tidsplaner.
- Styrebehandling i desember, styingsgruppebehandling forventet 07.12, med utsending 01.12. Dvs. frist for ferdig utredning til 30.11.15.

Styret i HSØ sak 66/2015

1. Styret i Helse Sør-Øst RHF godkjenner oppstart av idéfase for nytt klinikkbygg ved Radiumhospitalet.
2. Styret legger til grunn at idéfasearbeidet baseres på veilederen for tidligfaseplanlegging av sykehusbygg. Det betyr bl.a. at det skal utarbeides et mandat for arbeidet. Mandatet må

forelegges Helse Sør-Øst RHF og skal være avstemt med det øvrige planleggingsarbeidet ved Oslo universitetssykehus HF.

- I henhold til føringer gitt fra Helse- og omsorgsdepartementet og i oppdragsdokument fra Helse Sør-Øst RHF, skal Sykehusbygg HF benyttes i alle planleggingsfaser for prosjekter over 500 millioner kroner. Dette gjelder også for denne idéfasen.*

2.3 Avgrensninger, føringer og forutsetninger

2.3.1 Pasientens behov er førende - gode og effektive pasientforløp skal legges til grunn

Dette kravet gjelder hele idéfasen og er grunnleggende for OUS' virksomhet. Brukerperspektivet er omtalt særskilt i denne idéfasen og kommer også inn i evalueringen.

Virksomhetsprofilen på Radiumhospitalet er endret noe i de senere år som et resultat av fusjonen. Intensivkrevende behandling er flyttet til Rikshospitalet.

2.3.2 Fortsatt drift i minst 15 år til

Det er lagt til grunn at det skal være fortsatt drift ved Radiumhospitalet i minst 15 år til. Fra styresaken i april 2015 står det

”Styret legger til grunn at kreftområdet ikke blir hovedelement i første etappe for utbygging av Oslo universitetssykehus og at dette innebærer aktivitet på Radiumhospitalet i minst 15 år til”.

2.3.3 Brystsenter legges til grunn i alle virksomhetsmodeller – også 0-alternativet

Det er forutsatt at brystkreftbehandling skal samles ved Radiumhospitalet. Dette ligger til grunn i alle virksomhetsmodeller som man har valgt å gå videre med. Det er også lagt til i 0-alternativet og er inkludert i nybygg. Når man ser på konsekvenser av de ulike alternativene og ulikheter i virksomheten, er disse alle mindre sammenlignet med omfanget av et brystsenter og de endringer en slik etablering får, sett i forhold til dagens drift.

2.3.4 Allerede utført arbeid med kreftutredningen legges til grunn

Idéfasegruppen tar ikke stilling til innholdet i kreftutredningsrapporten, annet enn å kvalitetssikre at sterke og svake sider er evaluert og å beskrive eventuelt forhold som ikke er med som er viktige for den videre utviklingen av Radiumhospitalet. Det fremtidig faglige innholdet ved Radiumhospitalet besluttes i faglig linje.

Når man vurderer skisseprosjektet, legges det til grunn at dette erstatter A, B og D bygget og deler av C bygget, og at det inkluderer et brystsenter. Øvrig bygningsmasse som ikke skal rives må oppgraderes og her legges estimer fra 0-alternativet til grunn.

2.3.5 Skisseprosjektet skal legges til grunn

Skisseprosjektet har sitt utgangspunkt i det private initiativet, og arbeidet har vært organisert i en egen gruppe. Styret har besluttet at dette arbeidet skal legges til grunn for idéfasen og sees opp mot 0-alternativet. Der skisseprosjektet ikke skisserer totalen, skal dette suppleres med 0-alternativet.

2.3.6 0-alternativ beregninger og bygningsmasse for øvrig

Det er utarbeidet et 0-alternativ på Radiumhospitalet på til sammen 2,7 mrd kroner som innbefatter ombygging og teknisk oppgradering av ulike bygg. Dette inkluderer A, B, C, F og I bygget. D bygget forutsettes revet og erstattet i sin helhet. G, E og H forutsettes revet.

Der skisseprosjektet ikke erstatter nåværende funksjon eller videre utvikling i nytt klinikkbygg så legges 0-alternativet til grunn. Dette gjelder spesielt C og F bygget. Her er det lagt inn ca 800 millioner i nødvendige oppgraderinger. Det er i tillegg innvilget investeringslån til lukking av de mest

alvorlige avvikene i de ulike byggene. Summene som legges inn i dette skal trekkes ut av 0-alternativsberegningene, men totalbeløpet gir et representativt bilde av omfanget.

2.3.7 Dagens strålekapasitet skal legges til grunn

Dagens strålekapasitet forutsettes lagt til grunn. I 2016 tall er dette 10 linacer på Radiumhospitalet, og videre 2 brachy-enheter og 1 røntgenapparat. I tillegg er det 2 CT-er og 1 MR dedikert til bildeopptak for stråleterapi, samt noe utnyttelse av diagnostisk PET/CT.

Det er lagt til grunn en generell teknisk oppgradering av både C og J bygget der dagens bunkere ligger. Det er noe forskjell i antall "øker" mellom de ulike virksomhetsmodellene, men man legger til grunn at samlet kapasitet i OUS er tilstrekkelig og at veksten knyttet til befolkningen skal skje i andre deler av HSØ. Det meste av strålebehandlingen skjer poliklinisk så det er mulig å flytte pasientoppmøte for stråleterapi uten å gjøre andre endringer ved eventuelle kapasitetsutfordringer.

Det er ingen forskjell mellom 0-alternativet og nytt klinikkbygg når det gjelder ivaretagelse av strålekapasitet.

2.3.8 Protonsenter holdes utenfor

Det foregår et nasjonalt arbeid som utreder plassering av ett eller flere Protonsentre knyttet til kreftbehandling. Idéfaserapporten tar ikke stilling til plassering av dette, men slår fast at forslaget til plassering av et eventuelt nytt klinikkbygg eller oppgradering av dagens bygg ikke er i konflikt med de forslagene som det arbeides med i den nasjonale gruppen.

2.3.9 Samlokalisering av CT- og MR-maskiner for diagnostikk og stråleterapi

I planene for nytt klinikkbygg inngår flytting av radiologi fra C-bygget til nytt klinikkbygg. Fagmiljøet ser det som en fordel om CT- og MR-maskiner for diagnostikk og stråleterapi er samlokalisert, helst også samlokalisert med PET/CT. Det innebærer at CT- og MR-maskiner til stråleterapi og nukleærmedisin bør flyttes inn i nytt klinikkbygg. Dette vil avklares i konseptfase. Det foreligger et alternativ som innbefatter å flytte nukleærmedisin til F bygget og legge en SPECT CT dit.

2.3.10 Samlokalisering av granskningsområder for radiologer og inntegningsstasjoner for onkologer.

Fagområdet ønsker også at granskningsområder for radiologer og inntegningsstasjoner for onkologer skal samlokaliseres, og innplasseres i klinikkbygget. Det innebærer at det blir større avstand enn nå til stråleenhetene, men denne nærheten har lavere prioritet. En forutsetning for dette er at doseplanarealet er lokalisert samme sted.

Nærhet mellom inntegningsstasjon for onkologene og doseplanarealet er av vesentlig betydning for en optimal pasientflyt gjennom klinikken, da samhandling mellom stråleterapeut, onkolog og fysiker er en viktig del av planleggingsprosessen. Denne samhandlingen er minst likeviktig som nærhet mellom onkolog og radiolog selv om det er ønskelig at avstanden her også blir kortest mulig. Avstand mellom doseplanareale og MR/CT bør være kortest mulig, men er ikke så vesentlig som nærhet mellom doseplanlegger og onkolog. Dette bør avklares i konseptfasen

2.3.11 Laboratorieareal

Det forutsettes at det avsettes areal til prøvetaking og det som skal være laboratoriefunksjoner i nytt klinikkbygg. Laboratoriet ligger nå i A og B-bygget og har lite effektive arealer.

Avklaringene i punktene 2.3.9, 2.3.10 og 2.3.10 vil kunne innebære store forskjeller på det som må utføres av tiltak i C-bygget avhengig av om en velger 0-alternativet eller nytt klinikkbygg. Dette vil derfor avklares i konseptfasen.

2.3.12 Sterilsentral

Sterilforsyningstjenester til operasjonsavdelingen på Radiumhospitalet vil bli løst som en sentralisert tjeneste fra Sterilavdelingen i Akuttklinikken. Pakking og sterilisering av kirurgiske instrumenter gjøres på Aker. Forsyning av sterile engangsartikler skjer allerede fra Rikshospitalet.

En ny sterilenhet inngår derfor ikke i noen av alternativene. Det er likevel en del forutsetninger som må tas høyde for uavhengig av løsning:

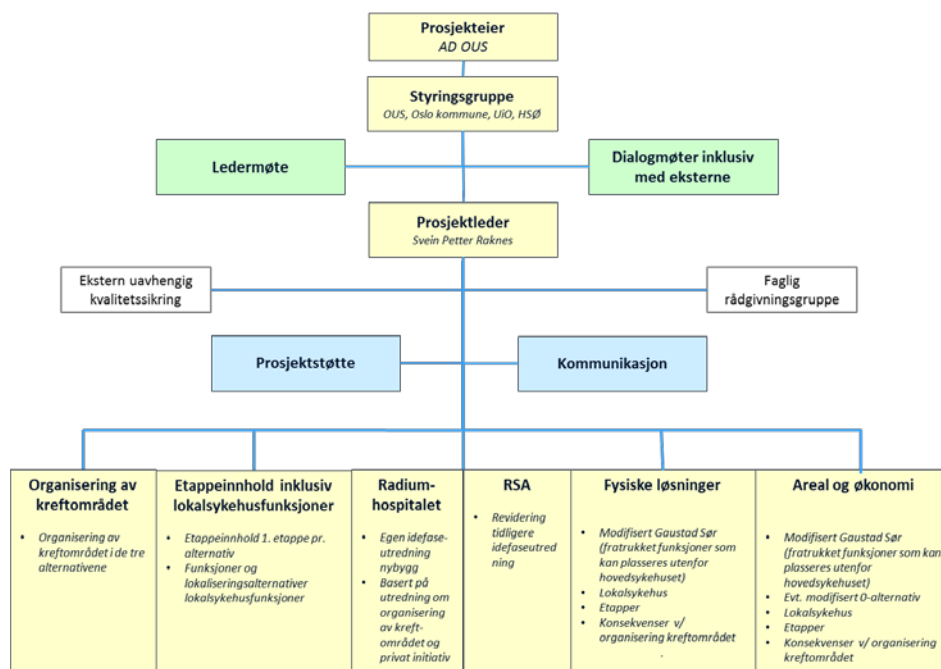
- Instrumentene skal vaskes i tilknytning til operasjonsavdelingen. Det må være vaskerom for dette.
- Det må være tilstrekkelig plass for transportvogner både for rent og urent utstyr.
- Avdelingen forberedes for løsning med prosedyrepakker.
- Det må være god transportvei til lasterampe for internttransport med bil.

2.3.13 Forskning

Forskning er helt sentral for Radiumhospitalet, som for OUS for øvrig. Det er et nybygget Forskningsbygg med sentrale nasjonale forskningsmiljøer der nærhet mellom klinikk, laboratorier og forskning trekkes frem som særskilt positivt. Det er likevel gjort en avgrensning av forskning i dette arbeidet, da det ikke påvirker idéfasearbeidet. Det er i valg av virksomhetsmodell at avhengighetene mellom forskning og de ulike pasientgruppene vil ha betydning. Dette valget forutsettes gjort i faglig linje løpet av neste fase.

2.4 Organisering av idéfaseprosjektet

Idéfase Radiumhospitalet er et delprosjekt i det overordnede idéfaseprosjektet Fremtidens OUS og går styringsmessig inn i denne linjen.



Figur 2 Organisatorisk tilhørighet til Idéfaseprosjektet Fremtidens OUS

Arbeidet har pågått over svært kort tid (ca 8 uker totalt), og det har derfor vært preget av høyt tidspress og en forutsetning om å bygge videre på allerede eksisterende arbeid. Utredningsgruppen som er opprettet har vært med på alle møter, men har i liten grad fått gjennomlese og bearbeide materiale underveis.

2.5 Medvirkning og deltagelse

Arbeidet med idéfasen har vært organisert med en egen prosjektgruppe under ledelse av prosjektdirektør Einar Hysing fra OUS.

Utredningsgruppen for øvrig har bestått av ansatte fra ulike deler av fagmiljøene. Begge de tidligere prosjektgruppene; skisseprosjektet og kreftutredningen har også vært representert i arbeidet for å sikre kontinuitet, inkludert Arthur Buchardt. Tillitsvalgte, verneombud og leder av brukerrådet har også deltatt.

Gruppen har bestått av følgende personer;

Einar Sorterup Hysing – leder, prosjektdirektør i OUS

Inger Heiberg- nestleder i prosjektgruppen, Oslo sykehuservice (OSS)

Line Blystad- Verneombud i Klinikk for kreft, kirurgi og transplantasjoner (KKT)

Kjell Magne Tveit- Medisin, helsefag og utvikling (MHU)

Odd Terje Brustugun- Avdeling for kreftbehandling

Erik Løkkevik- Avdeling for kreftbehandling

Stein Kaasa- Avdeling for kreftbehandling

Anne Kari Amundsen Bø- Akutt klinikken

Tove Nakken- Brukerutvalget

Turid Langli- Klinikk for Diagnostikk og innovasjon

Eldbjørg Vorkinn- Avdeling for kreftbehandling

Jan Rødal - Avdeling for Medisinsk Fysikk

Morten Tandberg Eriksen- Gastrokirurgisk avdeling

Mette Neergård -NSF

Ellen Tønsager – Fagforbundet

Marie-Therese Strand Larsen – NITO

Aasmund Magnus Bredeli- Dnlf

Arthur Buchardt – Radiumhospitalets venner

Det har vært avholdt møter ca. hver annen uke. I tillegg har det vært etablert undergrupper for spesielle forhold, for eksempel avdekking av konsekvenser av ulike modeller i øvrige bygg som ikke er med i skisseprosjekt. Byggforvalter har beskrevet rokade- og flytteplaner som en egen bestilling.

Det har også vært avholdt bilaterale møter om spesielle områder som f.eks. strålekapasitet.

Det har vært en egen bestilling om pasientperspektivet. Det har også vært egne møter med Buchardt og andre representanter for skisseprosjektet for å klargjøre innholdet og forutsetninger.

HSØ og Sykehusbygg har vært orientert om prosessen med idéfase RAD på møter hhv 6. og 23. oktober. I tillegg er det avholdt en egen workshop den 20. november med Sykehusbygg og HSØ i forhold til planlegging og dokumentasjonskrav til neste fase av dette prosjektet. Resultatet av dette arbeidet er kalt Plan for videre arbeid, og er beskrevet i kapittel. 11

2.6 Aktiviteter

Arbeidet har vært delt opp i 5 møter med innhold som beskrevet under.

- Møte 1- Oppstart, presentasjon av metodeverk og arbeidsform, samt forventninger til gruppen
- Møte 2 - Virksomhetsgjennomgang med presentasjon av innholdet i kreftutredningsrapporten
- Møte 3 - Arealer, kapasitet og fysiske løsninger i 0-alternativ og oppgradering med nybygg
- Møte 4 - Evaluering av alternativene
- Møte 5 – Sluttrapport, gjennomgang av dokumentet

Det har ikke vært formaliserte referater fra møtene, men presentasjoner vist i møter er distribuert til medlemmene av gruppen i etterkant av møtene for gjennomlesning og innspillmuligheter.

3 Behovsanalyse

3.1 Hvorfor nye bygg?

I det følgende beskrives nåsituasjon og litt om forventet utvikling mot 2030 ved Radiumhospitalet.

Bygningsmassen på Montebello utgjør ca. 10 % av OUS samlede areal, med ca 110.000 kvadratmeter fordelt på en rekke bygninger (A- K). I tillegg kommer leiet areal, hovedsakelig i det nye bygget til Oslo Cancer Cluster Innovation Park (OCCI).

Mye av den intensivkrevende kirurgiske virksomhet er, som en del av foretakets overordnede strategi, flyttet fra Radiumhospitalet til Rikshospitalet og Ullevål de senere årene. Det har vært begrensning i overflytting av virksomhet p.g.a. plassutfordringer på Rikshospitalet og Ullevål. Virksomhetsprofilen på Radiumhospitalet er således noe endret.

Oppsummert tegnes det følgende bilde av driftssituasjonen i byggene:

- o Deler av bygningsmassen ved Radiumhospitalet er svært dårlig med betydelige tilsynsavvik knyttet til brann og arbeidsmiljø. Enkelte bygg har svært god standard (forskningsbygg, strålebygg og pasienthotell).
- o Sengekapasiteten i areal som er mulig å benytte, dvs. som det ikke hefter betydelige tilsynsavvik til, er i dag fullt utnyttet. Tre tidligere sengeposter er stengt og benyttes nå til andre formål. En av disse er planlagt brukt som del av et eventuelt fremtidig brystsenter.
- o Operasjonskapasiteten er fullt utnyttet, samtidig som operasjonsstuenes standard er utfordrende. Flere stuer drives med utvidet arbeidstid. Planlagt etablering av brystsenter krever økning av både standard og kapasitet, uansett nybygg eller ikke.
- o Poliklinikk-kapasiteten i bygg D er sprengt og drives til tross for bl.a. ventilasjons- og setningsutfordringer. Det er etablert flere poliklinikk-satellitter andre steder på sykehuset. Bygg D forutsettes fraflyttet og erstattet i alle fremtidige løsninger ved Radiumhospitalet.
- o Radiumhospitalet har pr i dag et kontorunderskudd i bygg som er egnet til formålet. Det planlegges derfor en økt kontorisering av F-bygget. Flytting av administrative funksjoner er også en forutsetning for å kunne frigjøre D-bygget. Dette arbeidet er allerede startet.
- o Fire bygg (E, G, H og D) er forutsatt revet. Nåværende virksomhet er/skal flyttes ut, hovedsakelig inn i leide lokaler i OCCI bygget.

Til tross for at man også i et 0-alternativ legger vekt på oppgraderinger og ombygginger, legges det til grunn samme funksjonelle standard som i dag med hensyn til arealstørrelse, antall senger pr pasientrom, våtromsdekning, antall rom for støttefunksjoner etc. En betydelig andel av lokalene vil dermed fortsatt ha mangler sammenlignet med et nybygg i forhold til behov og den standard man ville lagt til grunn i nybygg. Det er også et spørsmål om denne ombyggingen blir så omfattende at man møter nye forskrifter til hovedombygging som vil kunne redusere den totale kapasiteten opp mot i dag. Nye standarder krever større plass per seng, bad etc. Gammel infrastruktur og tekniske 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 lukking av pålegg fra tilsynsmyndigheter forutsettes gjennomført. OUS har utarbeidet planer for å ivareta slike pålegg, særlig når det gjelder arbeidsmiljø, brannsikring og el-forsyning. Dette inngår både i de kortsiktige tiltak som må gjøres uansett løsning og i fremtidige løsninger med og uten nybygg. Det er kun omfanget som varierer betydelig. Faktum at avvik må lukkes i stort omfang endres ikke. Oppgradering av sengeposter i bygg A og B som opprinnelig var planlagt allerede i 2016, er imidlertid stilt i bero til avgjørelse om et eventuelt klinikkbygg er fattet.

3.2 Hovedtrekk i dagens virksomhet

3.2.1 Organisering, størrelse og lokalisering

Radiumhospitalet er en del av Oslo Universitetssykehus. Sykehuset ligger på Montebello i Oslo, har en variert bygningsmasse med det eldste bygget fra 1928 til det nyeste fra 2009.

Nærheten mellom klinikk, laboratorievirksomhet og forskning trekkes spesielt frem, som en del av dette sykehusets spesielle forutsetninger for å kunne ligge i front.

I dag består virksomheten på Radiumhospitalet i hovedtrekk av kirurgisk og onkologisk behandling av alvorlig kreftsyke pasienter, og utgjør ca 40 % av OUS sitt totale pasientgrunnlag innen kreftbehandling. Ca. halvparten (60 %) av samlet strålebehandling og en betydelig del (ca 45 %) av infusjonsbehandlingen (cellegift o.l.) foregår her. På flere områder har Radiumhospitalet nasjonale, flerregionale og regionale funksjoner, men er også områdesykehus for kreftpasienter i Oslo. Se for øvrig kreftutredningen i vedlegg 5 og kapittel 4 om virksomheten og beskrivelse av alternative modeller for videreføring av behandling.

Ansatte som har sitt daglige arbeidssted her er ca 3 500 personer, fordelt på 5 ulike klinikker (KKT, KVB, KVN, AKU, KDI og OSS).

3.3 Behov sett fra pasientperspektivet

”Radiumhospitalet regnes som et kraftsentrum for utredning, diagnostikk og behandling av komplisert kreft. Det har en unik posisjon hos det norske folk og er en internasjonal merkevare. Skal denne posisjonen opprettholdes, må de fysiske rammene rundt behandlingen endres radikalt. Sett med brukerøyne, er den gamle bygningsmassen (A og B) kondemnerbar. Den er dessuten direkte stygg og lite innbydende. De fleste pasienter og pårørende har også, gjennom presseoppslag, fått med seg legionellasaken og at det foreligger pålegg fra diverse tilsynsmyndigheter om oppgradering/oppussing av bygningsmassen for å unngå stengning av lokalene. Dette er med å forsterke inntrykket av utrygghet i en kritisk livssituasjon. Det er lite trolig at en ombygging og oppussing kan fjerne utryggheten eller tilfredsstillende pasientenes forventninger til moderne og trygge behandlingslokaler”, beskriver brukerrepresentanten i prosjektgruppen.

3.4 Oversikt over hvordan byggene disponeres i dag

I det videre beskrives nåværende virksomhet i dagens bygningsmasse.

Teknisk anlegg 106 m ²	Teknisk anlegg 129 m ²					Stengt 325 m ²	
Pas. Velferd, ktr 723 m ²	Kantine, ktr, 878 m ²					Stengt 327 m ²	
Senger onkologi 682 m ²	Senger onkologi, isolat 827 m ²					Stengt 326 m ²	
Senger onkologi 684 m ²	Senger onkologi 830 m ²					Stengt 326 m ²	
Senger onkologi 681 m ²	Dagkirurgi senger 826 m ²					Stengt 326 m ²	Loft, Tekn 155 m ²
Senger kirurgi 679 m ²	Senger kirurgi 824 m ²					Stengt 375 m ²	Noe Forsk. (delvis ikke i bruk), 1209 m ²
Sengepost gyn, onkologi 488 m ²	Vekslingsareal for senge-poster bygges 2014, 593 m ²	Infusjon 1 105 m ²				Stengt 412 m ²	Kontor 1 304 m ²
Senger Gyn. 490 m ²	Senger Gyn. 594 m ²	Seng, ktr, Pol Gyn, dagkirurgi, 1 740 m ²				Stengt 399 m ²	Kontor, Bibl., Trening 1 307 m ²
Operasjon, PO 980 m ²	Operasjon, kontor 1 189 m ²	Kliniske støttefunk, ktr, tom sengepost; 3 229 kvm					Lab, Ktr, MR 1 730 m ²
Lab 996 m ²	Lab, 1 209 m ²	resepsjon, tekn, kiosk 4 953 m ²	Poliklinikk 931 m ²			Kulvert 94 m ²	Lager/tekn.anl/ trivselsanlegg, 1 011 m ²
PET,Rtg, pol 944 m ²	Teknisk, Lab 1 145 m ²	Apotek, Lager, Tekn, vaskesentral, 3 374 m ²	Garderobe 903 m ²				
Rtg, Pol, Ktr 985 m ²	Teknisk, aud. Husøkonom, 1 196 m ²	Kjøkken (tomt), Lager, Tekn, 1 383 m ²					
Lager, Sengevask, Tøy, Tekn, 1 105 m ²	Lager, Steril, Tekn, 1 341 m ²	Tekn 548 m ²					
Lager, Tekn, 985 m ²	Lager, Tekn, tilfluktsrom 1 195 m ²						
Bygg A	Bygg B	Bygg C	Bygg D	Bygg E	Bygg F		
13 000	15 777	16 660	2 308	3 656	7 905		

Figur 3 Oversikt over arealdisponering Radiumhospitalet bygg A-F

				Pasienthotell 1 284 m ²	Tekniske anlegg
	Stengt 613 m ²			Pasienthotell 1 283 m ²	Lab/ kontor 1 931 m ²
	Kontor 681 m ²			Vardesenteret, LMS, tekn.anl. Pasienthotell, 1 355 m ²	Lab/ kontor 1 933 m ²
Stengt 274 m ²	Lab, kontor 685 m ²			Lab, kontor, Underv. 988 m ²	Lab/ kontor 1 935 m ²
Lab, kontor 506 m ²	Ktr. (delvis ikke i bruk), 683 m ²			Lab, kontor, Underv. 991 m ²	Lab/ kontor 1 927 m ²
Lab, kontor, kapell 557 m ²	Lab/kontor 687 m ²			MR/AV rom/tekn. anl. 978 m ²	Lab/ kontor 1 937 m ²
Verksted, Lager 392 m ²	Verksted/ Lager 756 m ²	Trivselsanlegg 763 m ²		Stråleterapi/ pol 2 054 m ²	Hall/ kantine/ auditorium/ kontor, spes. Lab, 2 595 m ²
	Stengt 454 m ²	Ventilasjonskulvert/kry pkjeller, 162 m ²		Teknisk 325 m ²	Teknisk 2 697 m ²
					Dyrestall, Gard., Tekn. 2 804 m ²
					Parkering/teknisk anlegg 3 830 m ²
					Parkering 3 700 m ²
					Parkering 3 701 m ²
Bygg G	Bygg H	Bygg I	Bygg J	Bygg K	
2 276	5 331	1 160	10 889	31 523	

Figur 4 Oversikt over arealdisponering Radiumhospitalet bygg G-K

3.5 Teknisk tilstand

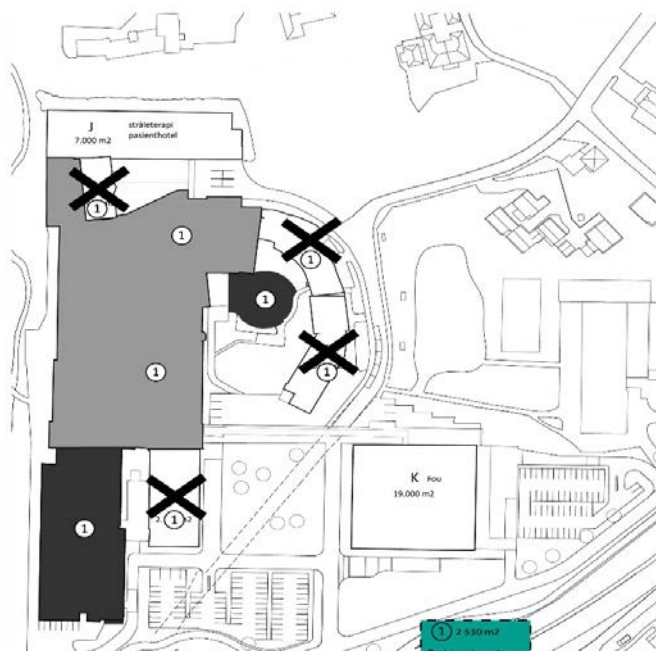
3.5.1 Bygningsmasse og teknisk infrastruktur

Bygningsmassen på Radiumhospitalet fremstår som et kompakt konglomerat. Den eldste bygningen (F) er fra 1928 og det nyeste bygget fra 2009. Med unntak av de to store nybyggene og bygg I medfører den relativt dårlige tekniske tilstanden behov for betydelig oppgradering ved fortsatt drift i dagens bygningsmasse. Dette gjelder i hovedsak Bygg A, B, C og F.



Figur 5 Oversikt teknisk tilstand Radiumhospitalet, 2014

Bygg E, G og H forutsettes revet, og bygg D erstattet.

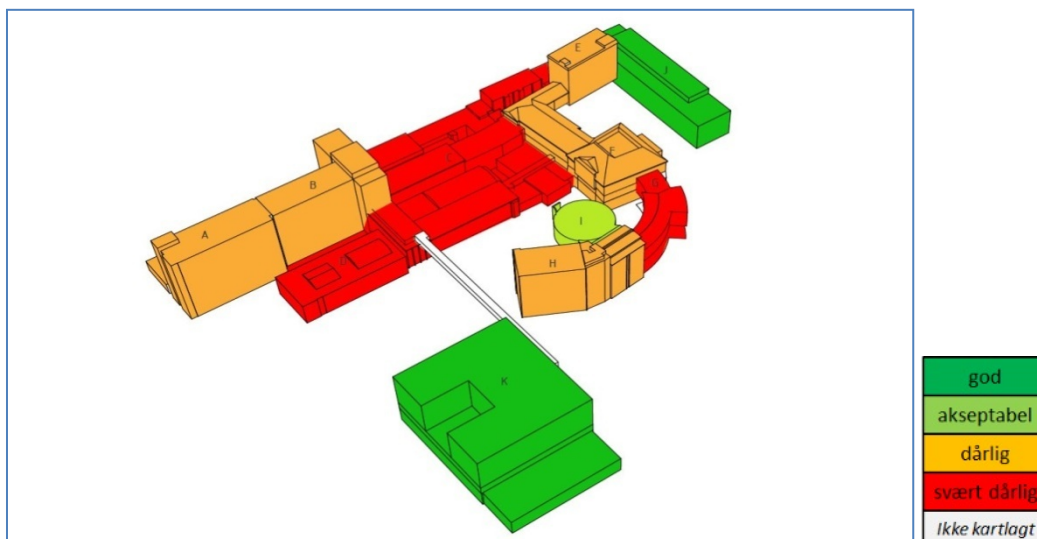


Figur 6 Oversiktsbilde etter riving

Forsyningsanleggene ved Radiumhospitalet er vurdert å være av varierende kvalitet og tilstand, men samlet sett ikke vurdert å være tilfredsstillende. Sistnevnte gjelder både hovedvannforsyning, hovedforsyning strøm, nødstrøm og kjøleanleggene. Dette er alle eldre anlegg med behov for ekstra vedlikehold og/eller delvis utskifting/oppgradering. Legionellasaken i 2014 avdekket kompleksitet i utskifting av infrastruktur kombinert med full drift.

I 2010-2011 gjennomførte Multiconsult en overordnet bygningsteknisk kartlegging og vurdering av helseforetakenes bygningsmasse for HSØ. I 2011 ble det også gjennomført en kartlegging av funksjonell egnethet for virksomhet i de mest sentrale delene av bygningsmassen. En ny, oppdatert tilstandsanalyse er gjennomført i 2014 og kvalitetssikret i høringsperioden for Idéfaserapport 2.0.

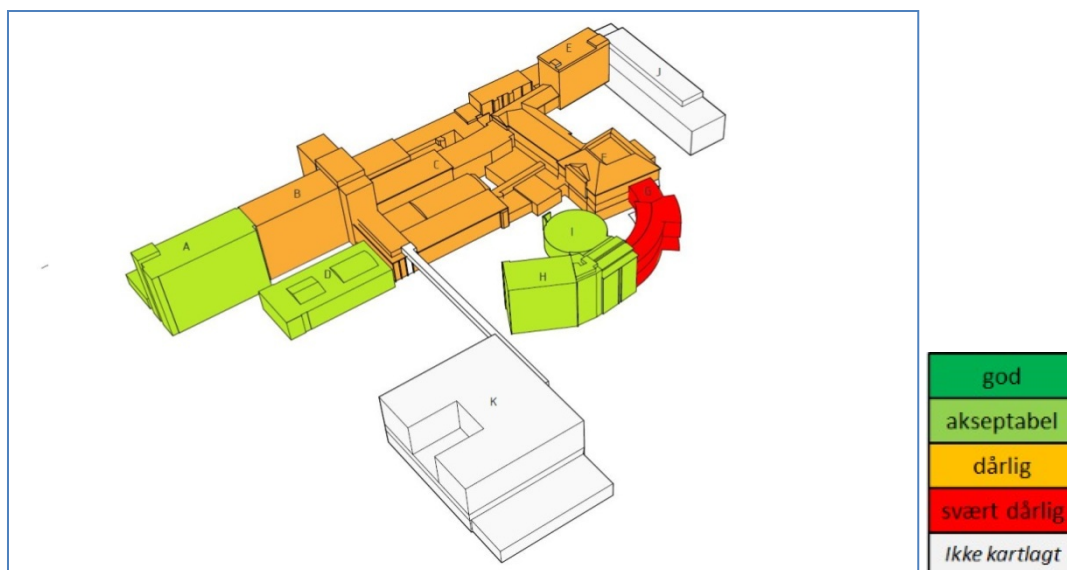
I Figur 5 Oversikt teknisk tilstand Radiumhospitalet, 2014 finner man beskrivelse av Radiumhospitalet. Fargekodene gjenspeiler tilstandsgrad per bygg som er vurdert etter NS 3424 Tilstandsanalyse av byggverk. Tilstandsgrad 0 (0,00 – 0,75; grønn) er ansett som god, 1 (0,75 – 1,50; lys grønn) som akseptabel, 2 (1,50 – 2,25; oransje) som dårlig og 3 (2,25 – 3,00; rød) som svært dårlig tilstand. 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 for sykehusbygg. Til sammenligning ligger landsgjennomsnittet for teknisk tilstand i sykehus på 1,2 – 1,3.



Figur 7- Oversikt teknisk tilstand Radiumhospitalet

Ved siden av aktuell teknisk tilstand viser figurene også den generelle tilpasningsdyktigheten for hvert enkelt bygg. Tilpasningsdyktighet vises med samme fargekode /betegnelse som teknisk tilstand og er en indikator for hvor lett eller vanskelig det er med en funksjonell ombygging av bygget. Desto dårligere tilpasningsdyktighet desto mer omfattende tiltak må til, og desto mindre blir sannsynligheten for at komplekse og teknisk krevende nye funksjoner kan la seg realisere i bygget.

En helhetlig betraktning av tilpasningsdyktighet, egnethet og teknisk tilstand gir god informasjon om hvor levedyktig de enkelte bygg er i forhold til virksomhetens framtidige behov.



Figur 8- Oversikt tilpasningsdyktighet Radiumhospitalet

Multiconsult har estimert det tekniske oppgraderingsbehovet i 2014 til ca. 2,7 mrd. kroner. Dette beløpet representerer et samlet vedlikeholds- og investeringsbehov og er basert på en forutsetning om at samtlige bygninger, som ikke er foreslått revet, beholdes og oppgraderes slik de er i dag. Når man ser på 0-alternativet senere beskrevet i denne rapporten er dette tallet oppdatert noe med en samlet utfordring på vel 3 mrd. Estimaten omfatter ikke funksjonelle ombygninger, dvs. ombygninger som er nødvendig for å kunne drive avansert medisinsk virksomhet og følge med i den medisinske og teknologiske utviklingen. I dette beløpet ligger altså ikke kostnader til strukturelle endringer, utvidelse av kapasitet, eller endret drift for å tilpasse seg nye behov som endret alderssammensetning, nye behandlingsteknikker eller lignende.

Etter den første 0-alternativsvurderingen har man etter en ny gjennomgang av bygningsmassen som brukes til klinisk aktivitet ved Radiumhospitalet sett at denne er betydelig dårligere enn tidligere antatt. Estimaten ble dermed oppgradert. Forskningsbygg, hotell og strålebygg på Radiumhospitalet er i god stand.

3.6 Tilsynsavvik, vedlikeholdsplaner og andre planlagte oppgraderinger

3.6.1 Bygningsmessig kvalitet

I perioden 2012-2014 har OUS hittil brukt ca 450 MNOK på lukking av tilsynspålegg knyttet til avvik fra henholdsvis Oslo brann- og redningsetat, Arbeidstilsynet og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap. En betydelig andel av dette har også vært på Radiumhospitalet. Tabell 1 viser i hovedtrekk antall avvik og kategoriene for dette.

Lokalitet	Arbeidstilsynet (HMS)	DSB	Brann
Ullevål	44 (90)	35 (48)	11 (24)
Rikshospitalet	27 (53)	35 (40)	3 (3)
Radiumhospitalet	52 (95)	14 (24)	51* (51)
Aker	22 (30)	3 (7)	10* (10)
SSE	23 (24)	4 (4)	
Dikemark	0 (1)	2 (3)	
Gaustad	10 (12)	1 (1)	
Samlet	178 (305)	94 (127)	66* (88)

Tabell 1 – Antall pålegg fra ulike tilsynsmyndigheter. Pålegg i 2012, før lukking, er vist i parentes.

* Åpne avvik antas noe lavere enn vist i tabellen fordi enkelte avvik er lukket i forbindelse med gjennomføring av andre tiltak.

Tilsynsmyndighetene har regelmessige møter med OUS for å følge opp fremdriften knyttet til lukking av myndighetspålegg. Mange tiltak er gjennomført, men fortsatt gjenstår over 300 avvik. Flere av disse er omfattende og vil være krevende å lukke. Høsten 2014 ble det utarbeidet en modifisert konseptrapport som dokumenterte hvilke ressurser som skal til for å lukke de mest alvorlige avvikene. Ordinært vedlikeholdsbudsjett strekker ikke til, og departementet har derfor lånt foretaket en sum på 1,2 mrd over en fire års periode (kalt "pakke 1"). For Radiumhospitalet dreier avvik og tiltaksplaner i hovedsak om tre bygg, A, B og C bygget.

Lånet som er gitt er fordelt i pakker (Ref. styrebehandlet og oversendt lånesøknad desember 2014)

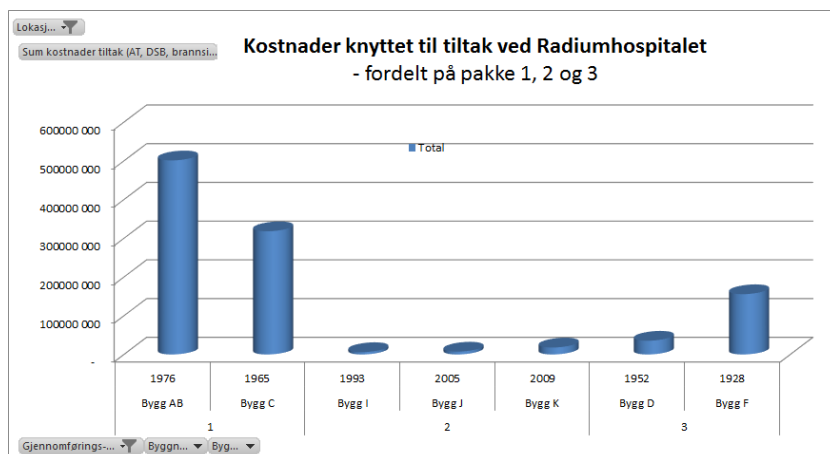
	Sum kostnader tiltak (AT, DSB, brannsikring)
Pakke 1	819
Bygg AB	501
Bygg C	318
Pakke 2	31
Bygg I	6
Bygg J	7
Bygg K	18
Pakke 3	191
Bygg D	36
Bygg F	156
Grand Total	1 041

Tabell 2 Oversikt fordeling av tiltaksområder i lånepakken

Tiltak prioritert i pakke 2 vil ytterligere avhjelpe situasjonen på Ullevål og Radiumhospitalet. Tabell 2 Oversikt fordeling av tiltaksområder i lånepakken viser tiltak planlagt ved Radiumhospitalet

I tillegg til kostnader vist i graf og tabell kommer antatt behov for 50 MNOK til infrastruktur på Radiumhospitalet (inkl. i Pakke 1). I tillegg til lukking av myndighetspålagte avvik, er det i planperioden et mål å sikre nødvendig kvalitet på utstyr til produksjonsstøtte samt virksomhetskritiske anlegg som gass, kjøling etc. Eksempler på dette er arbeidet som de siste årene er gjort for å bekjempe legionella i vannrør. Andre eksempler er teknisk infrastruktur planlagt til forbedring av operasjonssaler. I tillegg til kostnader vist i tabell, kommer antatt behov for 50 MNOK til infrastruktur på Radiumhospitalet (inkl. i Pakke 1).

Lukking av avvik er forutsatt sett opp mot en ordinær vedlikeholdsplan basert på tilstandsanalyser pr bygg og etasje på alle lokalisasjoner, så også på Radiumhospitalet.



Figur 9 Kostnader knyttet til tiltak ved Radiumhospitalet

I fordelingen av kostnader over år i pakke 1 er det hensyntatt at infrastrukturkostnader kommer tidlig, og at hovedtyngden av kostnadspådrag forventes å skje i 2017. Flere av tiltakene er store og kompliserte. Planleggingsarbeid, som er mindre kostnadskrevende, var opprinnelig planlagt i første del av 2016. Detaljeringen av infrastrukturplaner og vedlikeholdsinvesteringer vil sees i sammenheng med en eventuell beslutning om et nybygg ved Radiumhospitalet. Det er også trolig at man vil reprioritere enkelte tiltak fra en pakke til en annen dersom et vedtak om et nytt klinikkbygg skulle komme. Som man ser i kapittel 11 Plan for videre arbeid fremgår det at man uansett løsning må prioritere bygg F for å komme i gang med frigjøring i D og C som er forutsetning for videre oppgraderinger. Dette er et eksempel på at ny kunnskap om rekkefølger og avhengigheter kan endre planer, men ikke summene av innsatsbehov.

3.7 Andre planlagte investeringer ved Radiumhospitalet

3.7.1 Brystsenter

OUS har tidligere fått tildelt 1,575 mrd NOK til omstilling som første fase (Fase 1) i utviklingen av Oslo universitetssykehus HF, blant annet for å tilrettelegge for mulig utflytting fra Aker til Ullevål og samling av tyngre virksomhet til Rikshospitalet. Dette er de såkalte omstillingsinvesteringene. I denne perioden er det også overflyttet virksomhet fra Radiumhospitalet til Rikshospitalet og Ullevål, og til slutt er noen funksjoner samlet ved Radiumhospitalet. Det gjenstår noen midler av omstillingsinvesteringene.

Det har lenge vært planlagt et brystsenter på Radiumhospitalet, finansiert delvis av omstillingsmidler og delvis gjennom salg av tomter eid av OUS og stiftelsen. Beslutning om videre fremdrift i dette prosjektet, vil forventes til avklaring om nytt klinikkbygg foreligger og eventuelt innlemmes i dette.

Dersom man skulle beslutte å ikke realisere et klinikkbygg, er det likevel grunn til å tro at man vil samle diagnostikk og behandling av brystkreftpasienter på Radiumhospitalet. Dette vil innbefatte oppgradering av arealer til poliklinikk, sengepost, infusjon og operasjon, og inngår i alle alternativ.

3.8 Kort om 0-alternativet ved Radiumhospitalet

0-alternativet innebærer videreføring av virksomhet i eksisterende bygg, noe som igjen innebærer at bygningsmassen må teknisk oppgraderes, ombygges der dagens lokaler er vurdert spesielt dårlig egnet for medisinske virksomhet, samt utvides i form av nybygg/påbygg for å møte økt aktivitetsbehov. Det er i kapittel 7 i idéfaserapport 2.0 gitt en beskrivelse av bakgrunn og omfang av 0-alternativet.

Radiumhospitalet har en stor andel eldre bygninger med omfattende behov for teknisk oppgradering og funksjonell utbedring. I 0-alternativet inngår derfor omfattende teknisk oppgradering og/eller ombygging med unntak av bygg J Stråleterapibyget og K Forskningsbygget. Noen av bygningene vurderes å være i så dårlig stand og lite egnet for videre bruk at de forutsettes revet, og det må oppføres nytt bygg til erstatning for bygg D. Videre er det i 0-alternativet behov for rokeringsbygg, samlet vurdert til 10 000 kvm for hele OUS. Det var tidligere grovt vurdert at 25 % av disse må være på Radiumhospitalet. Ny vurdering tilsier større behov rokeringsbygg ved Radiumhospitalet for å kunne gjennomføre en eventuell ombygging av bygg AB. Det forutsettes leieavtale med Oslo Cancer Cluster Innovasjonspark (OCCI) for å huse den virksomheten som i dag holder til i bygg G og H. Dette gir følgende oppsummering av tiltak i 0-alternativet ved Radiumhospitalet:

- Nybygg til erstatning for bygg D
- Rokeringsbygg (4 500 kvm)
- Ombygging av bygg AB, C, F og I
- Teknisk oppgradering bygg J og K
- Riving av G, H, E og D

Dette gir et samlet areal ved Radiumhospitalet i 0-alternativet på 104 000 kvm, ned fra dagens ca. 110 000 kvm.

Det ble i 2014 (idéfaserapport 2.0) vurdert at tiltakene ved Radiumhospitalet, grunnet bygningsmassens dårlige tilstand, måtte gjennomføres i en første etappe. En endring av første etappe for hele idéfasen til ca. 10 mrd. kroner vil innebære at deler av ombygging og teknisk oppgradering ved Radiumhospitalet vil måtte skyves på. OUS vil i statsbudsjettet for 2016, bli innvilget lånesøknad (1,26 mrd. kroner) til opprustning av bygningsmassen. Dette innebærer at viktig tiltak ved sykehuset kan gjennomføres i perioden 2016-2019, slik at presset på å gjennomføre tiltak i første etappe må forventes å bli redusert noe. Tiltakene som inngår i lånesøknaden er anslått til 1,8 mrd. kroner (1,26 er andelen som lånefinansieres, 70 %). Av dette utgjør tiltakene ved Radiumhospitalet 720 mill. kroner (670 mill. kroner til AT, DSB, brannsikring, og 50 mill. kroner til infrastruktur).

Tilstandsanalyser viser at flere bygninger ved Radiumhospitalet er i dårlig eller svært dårlig tilstand. En eventuell reduksjon av omfanget av første etappe eller utsettelse av etappe 2, vil innebære at de samlede kostnadene for oppgradering og ombygging sannsynligvis vil øke.

I tillegg til 0- alternativet og planlegging av tilsynslukking, har det fra sykehusets side vært planlagt et brystsenter som skal samle denne virksomheten fra alle øvrige lokalisasjoner ved Radiumhospitalet. Etableringen av et slikt senter ved dagens Radiumhospital, vil innebære at bygningsmassen er utnyttet til det maksimale. Det er i samlet idéfase anslått 70 000 kvm nybygg innen somatikk pga. befolkningsvekst. Det kan derfor være behov for at nybygg må realiseres ved Radiumhospitalet i et 0-alternativ, eller at vekst må skje ved andre steder i sykehuset.

3.9 Kort om forventet generell utvikling innen 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.

3.9.1 Utviklingen ved Radiumhospitalet

For Radiumhospitalet vil konsekvensene av utviklingen være avhengig av hvilken virksomhetsmodell som blir valgt videreført. Uansett modell er det antatt at veksten ikke berører denne delen av OUS i betydelig grad. Kreftkirurgi som krever intensiv er allerede flyttet ut av Radiumhospitalet. Økningen innen medikamentell og strålebehandling er forventet å skje ved øvrige sykehus utenfor OUS gjennom oppgavefordeling.

3.10 Oppsummering behovsanalyse

Behovsanalysen har avklart at det er flere forhold som har avgjørende betydning for behovet for nybygg og eller rehabilitering av bygg ved Radiumhospitalet:

- **Drift ved Radiumhospitalet i minst 15 år til** Styret har avklart at kreftområdet ikke blir hovedelement i første etappe og at det skal være drift ved Radiumhospitalet i minst 15 år til. Det er ikke bestemt hvilke enheter som skal inngå i etappe 1. Fortsatt drift påvirker behov for god og effektiv drift, samt fortsettelse av det tette samarbeidet med kreftforskningsinstituttet, lab og klinisk virksomhet.
- **Dårlige bygg.** Store deler av pasientbehandling, forskning og utdanning foregår i en bygningsmasse som er så gammel og uhensiktsmessig og i så dårlig teknisk forfatning, at det går utover kvaliteten på pasientbehandlingen. De dårlige byggene har ført til at sykehuset har pådratt seg et stort antall myndighetspålegg knyttet til sikkerheten for pasienter og ansatte. Dersom ikke disse avvikene blir lukket vil sykehuset komme i en ytterst vanskelig driftsmessig situasjon. Dette gjelder spesielt byggene A, B, C og D. Bygg E er tømt. Bygg G og H er allerede planlagt fraflyttet og F oppgraderes til kontorer og administrative funksjoner.
- **Befolkningsvekst.** Det behøves økt sykehuskapasitet for å møte den store befolkningsveksten i Oslo og tilstøtende deler av regionen. Dette gjelder naturlig nok også kreftbehandling. Virkningene for OUS og Radiumhospitalet er mer usikre, da både strålebehandling og medikamentell kreftbehandling er planlagt bygget opp ved øvrige områdesykehus i HSØ og lokalsykehus i Oslo.
- **Pasientsikkerhet og kvalitet.** Det er behov for å samle pasientforløp for å styrke pasientsikkerhet, kvalitet og effektivitet i pasientbehandlingen. Dette utsagnet gjelder uavhengig av hvilken virksomhetsmodell som legges til grunn for.

4 Virksomhetsbeskrivelse og alternative modeller for videre drift ved Radiumhospitalet

4.1 Beskrivelse av dagens virksomhet ved Radiumhospitalet

Som beskrevet over i behovsanalysen foregår ca 40 % av OUS totale behandling av kreftpasienter ved Radiumhospitalet. Det har vært arbeidet med en egen kreftutredning i 2015 som belyser ulike modeller for fremtidig kreftbehandling i OUS, spesielt i forhold til forutsetningen om videre drift på Radiumhospitalet i minst 15 år til. Arbeidet er presentert i en egen rapport som ligger ved denne i vedlegg 5 og oppsummert i et sammendrag i vedlegg 6. I det videre her gjengis kun deler av dette og det som antas å ha størst betydning for arealberegninger.

4.2 Beskrivelse av hver av modellene

I rapporten om kreftområdet i vedlegg 5 er det listet ni modeller for mulig virksomhetsforskyvning mellom Radiumhospitalet og øvrige lokalisasjoner i OUS, fordelt på tre hovedgrupper A, B og C (tabell 16 og 17 i Kreftrapporten). Alle modeller inneholder komplett behandlingstilbud ved Radiumhospitalet for brystkreft og gynekologisk kreft, samt onkologisk behandling innen ØNH- og hudkreft og en utprøvingsenhet. Modellgruppene B og C skilles i hovedsak ved at modellene i B innebærer flytting av prostatakraftbehandling til Ullevål slik at denne kan samles der, mens modellene i C innebærer en fortsatt deling av denne behandlingen mellom Ullevål og Radiumhospitalet. Alle undermodellene under B og C krever tilnærmet samme kapasitet innen strålebehandling, mens det er variasjon i kapasitet innen annen behandling (se figur 11 under).

Modellene i C med deling av prostatakraftbehandlingen mellom Radiumhospitalet og Ullevål ble ikke vurdert videre fordi den ikke gir mulighet for et samlet fagmiljø innen prostatakraft. Den interne høringen har medført en ny modell D, som er basert på dagens virksomhet ved Radiumhospitalet (beskrevet som forslag 3 videre), men med ytterligere utvidelse i forhold til A- og B- modellene. Høringsinnspillene gir videre et entydig signal om valg av modell B4 fremfor de andre B-modellene, i hovedsak fordi sarkom- og bekkenkirurgi her er beholdt på Radiumhospitalet. Flere av modellene har bare mindre kapasitetsmessige forskjeller. Modellene må sees på som illustrasjoner av mulige forskyvninger i de fremlagte forslagene 1-3, og det vil også være mulig med andre kombinasjoner av fordelinger.

Alle modellene avviker i større eller mindre grad fra dagens drift. De ni modellene som omfattes av A- B1-B4 og C1-C4 var med i det første utkastet til rapport som gikk ut til intern høring. Premissene for å velge ut to av de ni var følgende:

- Et ønske om å få frem alternativer som bygger på tydelige forskjellige filosofier angående innhold og driftsmodell. I den forbindelse utgjør modellene A og B4 to slike ytterpunkt.
- I den første avgrensningen var det dessuten et ønske om ikke å ha med alternativ som innebar en fortsatt deling av prostatabehandling på to steder. Dermed falt C-variantene bort.
- Noen B-varianter ble dessuten valgt bort fordi de innebar en større oppsplitting av onkologisk behandling enn i dag (strålebehandling på Radiumhospitalet og annen onkologisk behandling på Rikshospitalet).
- En grunn til valg av B4 var dessuten å beholde en variant som opprettholdt en nærhet mellom gynekologisk kreftkirurgi og gastrokirurgi og at denne etter høringssvar var den foretrukne av klinikken med den største aktivitet på Radiumhospitalet

Etter en intern høring ble en modell D lagt til, etter ønske fra fagledere ved Radiumhospitalet. Innholdet i denne har stor likhet med modell B4 der også lungekreftonkologien er samlet ved Radiumhospitalet. Det er også foreslått at testikkelkreft flyttes fra Ullevål sykehus til Radiumhospitalet. I denne modellen er imidlertid prostatakraft delt 50/50 mellom Radiumhospitalet og Ullevål sykehus. Argumentet for å ta med D-modellen etter høringen var å vise en utvidet virksomhet ved Radiumhospitalet sammenlignet med dagens situasjon og modellene A og B4.

4.2.1 Forslag 1- modell A

Dette forslaget har som utgangspunkt en mer begrenset drift på Radiumhospitalet, med vekt på mest mulig fullstendige pasientforløp for de gruppene som skal behandles der, samtidig som behovet for støttefunksjoner og overvåking er relativt lite. Dette forslaget vises som **Modell A** i tabellene og innebærer fullstendige behandlingsforløp for pasienter med prostatakraft, brystkreft og gynekologisk kreft, samt samlet onkologisk behandling av ØNH-kreft og hudkreft på Radiumhospitalet. Disse pasientgruppene vil kunne behandles uten stort behov for støttefunksjoner. Når det gjelder kreft i

tyreoidea foreligger det planer for samling av tyreoideakirurgi på Rikshospitalet, men et alternativ er at kreftkirurgien på dette området legges sammen med brystkirurgien som er samme spesialitet. Dette innebærer i så fall en deling av tyreoideakirurgien. Modell A innebærer at det innen dagens volum av senger og operasjonsstuer på Radiumhospitalet vil være rom for en anslått økning i pasientantall i et 15-20 års perspektiv. Ulempene ved dette forslaget er at det blir få, men store fagområder som får nærhet til Kreftforskningsinstituttet samt at urologisk kreftkirurgi deles mellom hovedsykehuset og Radiumhospitalet. Løsningen vil også kreve tilstedeværelse av en eller to gastrokirurger med kompetanse innen gynekologisk kreftkirurgi på dagtid, samt gastrokirurgisk bakvaksordning knyttet til gynekologisk kirurgi.

4.2.2 Forslag 2- Modell B4

Forslag 2 innebærer en løsning hvor den store gruppen innen bekken- og abdominalrelatert kreft forblir på Radiumhospitalet sammen med sarkombehandlingen, men hvor prostatakraftbehandlingen i sin helhet flyttes ut. I første omgang vil en slik flytting måtte skje til Ullevål og medføre en samling av urologien der. Forslaget er skissert som **modell B4**. Dette innebærer fortsatt avansert kirurgi på Radiumhospitalet innen lokalavansert endetarmskreft og peritonealsykdom. Dette ivaretar behovet for gastrokirurgisk støtte til gynekologisk kirurgi, men forutsetter at det lages løsninger som sikrer mulighet for urologisk kompetanse på dagtid, men uten egen vaktordning. Behovet for støttefunksjoner vil være som i dag, hvor de kortsiktige tiltakene ansees tilstrekkelige, men hvor det vil råde usikkerhet om dette er tilstrekkelig i et mer varig framtidsperspektiv. Løsningen bevarer mange av de eksisterende gode samarbeidsmiljøene på Radiumhospitalet, både mellom kliniske disipliner og mot Kreftforskningsinstituttet.

4.2.3 Forslag 3 -Modell D

Modell D er bakgrunn for forslag 3 og vektlegger det velfungerende miljø som allerede finnes og at dette vil svekkes ved å fjerne elementer. Det viderefører dagens driftsmodell med tillegg av et brystkreftsenter, samlet lungeonkologi og evt testiskreft. Forslag 3 er derfor det mest omfattende forslaget for drift ved Radiumhospitalet. Det innebærer fortsatt deling av prostatakraftbehandlingen. Areal- og ressursbehovet vil øke fra dagens nivå, og forslaget innebærer størst behov for strålekapasitet og vil medføre økt behov for maskinkapasitet på sikt, på Radiumhospitalet. Avhengigheter mellom fagmiljø og mot forskning er godt ivare tatt, men det vil det råde usikkerhet om de foreslåtte tiltak til støttefunksjoner er tilstrekkelige i fremtiden.

4.3 Vurdering og sammenligninger av anbefalte modeller

Tre av modellene er foreslått som alternativer for videre vurdering. Disse er vurdert opp mot de fire sentrale kriteriene som alle forslag i Idéfase for Fremtidens OUS skal vurderes mot. En oppsummering av de viktigste argumentene som kommer ut av en slik sammenstilling, er gitt nedenfor. Sterke og svake sider er i hovedsak vurdert med utgangspunkt i hvordan dette vil påvirke forholdene ved Radiumhospitalet og vil ikke nødvendigvis ha en tilsvarende vurdering/effekt ved Ullevål eller Rikshospitalet. Vurderingene er gjort med forutsetning om at framlagte forslag om driftsmessige tiltak for å styrke noen støttefunksjoner, er utført i alle forslagene.

Forslag 1- Modell A	Sterke sider	Svake sider
Kvalitet i pasientbehandling: Risiko	Undergrupper av kreftpasienter (lymfom og gastropasienter) med hyppigere forekomst av alvorlige komplikasjoner eller behandlinger med stor risiko for dette, behandles ved RH/US.	Urologisk kreftkirurgi deles med prostata til Rad og resten i hovedsykehuset. Svekket bekkenkirurgisk miljø på Rad - behov for kompensatoriske ordninger. "Smalt" onkologisk felt på RAD kan svekke arbeidet med persontilpasset behandling. Grunnlaget for utprøvningsenheten på Rad reduseres. Dette samt noe redusert infrastruktur kan gi økt risiko for pasienter i fase I-utprøving og for gynekologisk onkologi.
Kvalitet i pasientbehandling:	Samlet behandlingstilbud ved Rad for brystkreft, prostatakraft og gynekologisk kreft. Mulighet for	Strålebehandling for de sykdomsgruppene som er overført til RH må foregå på Rad /US

Pasientforløp	samling av tyngre kreftkirurgi utenom gynekologisk kreftkirurgi i hovedsykehuset	
Arbeidsmiljø	Store pasientgrupper gir utviklingsmessige muligheter for disse fagmiljøene.	Splitter eksisterende gode samarbeidsmiljøer på Rad og bidrar til å øke avstanden mellom de onkologiske disiplinene.
Forskning og undervisning	Noen store fagområder får nærhet til Kreftforskningsinstituttet. Kan bidra til større forskningssamarbeid på tvers i OUS	Utfordrende for velfungerende kliniske og forskningsmessige samarbeidsmiljøer som er etablert på RAD knyttet til de pasientgrupper som overflyttes til RH(US) og som mister nærhet til Kreftforskningsinstituttet.
Forslag 2- Modell B4	Sterke sider	Svake sider
Kvalitet i pasientbehandling: Risiko	Bredt onkologisk miljø på samme sted gir gode muligheter for støtte, samarbeid og utvikling på Rad. Bl.a. styrker det basis for utvikling av individtilpasset behandling på tvers av opphavsorgan.	Pasienter med alvorlige komplikasjoner eller behandling med stor risiko, må flyttes til hovedsykehuset. Flytting av urologien svekker samarbeid med gynekologi og gastrokirurgi (bekkenkirurgi) på Rad. Behov for kompensatoriske ordninger..
Kvalitet i pasientbehandling: Pasientforløp	Behandlingstilbud til pasienter med sarcom og lymfom uendret og samlet på Rad	Lungekreftbehandling fortsatt delt i ett sted for onkologi og to steder for kirurgi.
Arbeidsmiljø	Bevarer mange av de eksisterende gode samarbeidsmiljøer på Radiumhospitalet. Store deler av urologien kan samles (US). Lungeonkologien samles på RAD	
Forskning og undervisning	Med unntak av urologien bevares klinikk- og forskningsmiljø på RAD og deres nærhet til Kreftforskningsinstituttet	Utfordrende for eksisterende forskning knyttet til urologi som mister nærhet til Kreftforskningsinstituttet (kompensatoriske mekanismer for å sikre fortsatt tett samarbeid må etableres).
Forslag 3- Modell D	Stekte sider	Svake sider
Kvalitet i pasientbehandling: Risiko	Bredt onkologisk miljø på samme sted gir gode muligheter for støtte, samarbeid og utvikling på Rad. Bl.a. styrker det basis for utvikling av individtilpasset behandling på tvers av opphavsorgan.	Pasienter med alvorlige komplikasjoner eller behandlinger med stor risiko må flyttes til sted med større ressurser. Opprettholder et splittet urologisk fagmiljø. Omfanget av strålebehandling på Rad tøyser grensene for hva som er mulig uten økt kapasitet.
Kvalitet i pasientbehandling: Pasientforløp	Behandlingstilbud til pasienter med sarcom og lymfom uendret og samlet på	Enkelte pasienter (ofte i kritisk fase) må få sin behandling to steder.
Arbeidsmiljø	Bevarer eksisterende samarbeidsmiljø på Radiumhospitalet og lungeonkologien samles på Rad. Minst krevende omstilling for ansatte	Urologisk kreftvirksomhet to steder
Forskning og undervisning	Bevarer klinikk- og forskningsmiljø på RAD og deres nærhet til Kreftforskningsinstituttet	

Figur 10 Vurdering og sammenligninger av anbefalte modeller

4.4 Virksomhetsmessig vurdering av scenarier og modeller

4.4.1 Dimensjonering og kapasitetsberegninger

Status nå	A	B1	B2	B3	B4	C1	C2	C3	C4	D
Senger total RAD 166	146	122	156	119	168	119	158	136	171	187
Senger kir RAD 75	82	53	57	50	69	62	71	79	84	83
Senger onk RAD 91	64	69	99	69	99	57	87	57	87	106
Endring US -onk -kir	-5 +0	-7 +21	-7 +21	-7 +9	-7 +9	+2 +12	+2 +12	+2 0	+2 0	0 0
Endring RH -onk -kir	30 4 (ort)	30 4 (ort)	0	30 4 (ort)	0	30 4 (ort)	0	30 4 (ort)	0	0
Poliklinikk Økter RAD 209	230	214	259	221	263	180	225	184	229	283
Stråle- Kapasitet RAD (+brachy) 10,2 LAE	12,8 LAE	11,7 LAE	11,7 LAE	11,7 LAE	11,7 LAE	11,3 LAE	11,3 LAE	11,3 LAE	11,3 LAE	13,6 LAE
Op.stuer /dag RAD 6,4	6,9	4,7	5,5	5,6	6,4	5,7	6,5	6,6	7,4	7,4

Figur 11 Dimensjonering og kapasitetsberegninger

4.5 Påvirker valg av modell nybygg eller 0-alternativ?

Alle forslagene utredningsgruppen har lagt frem og anbefalt videre, forutsettes dekket inn i dagens areal. Dette inkluderer et brystsentersenter. Det er som man ser noen forskjeller i kapasitetsberegninger. De største forskjellene sammenlignet med dagens drift ligger imidlertid i en samling av et brystsentersenter. Dersom man velger forslag 1 med modell A så skal imidlertid en del virksomhet flyttes ut og tas høyde for i øvrig virksomhet.

Skissen til nybygg tar også høyde for dagens kapasitet inkludert et brystsentersenter, og det er således ingen vesentlig forskjell mellom 0-alternativ og nybygg opp mot de ulike virksomhetsmodellene. Se for øvrig kapittel 10 Evaluering av alternativene.

4.5.1 0-alternativet

0-alternativet innebærer som tidligere sett at OUS fortsetter å drive virksomheten som i dag og i en lite fleksibel bygningsmasse, som ikke legger forholdene til rette for utvikling av moderne

sykehusvirksomhet. Det er imidlertid lagt inn så vidt mange penger i et antatt oppgraderingsbehov at man kan forvente mye høyere standard og lukking av alle avvik også i et 0-alternativ. Under gjennomføringsrisiko i kapittel 10, beskrives det utfordringer om det i det hele tatt er mulig å gjøre nødvendige oppgraderinger uten vesentlig å redusere kapasiteten.

4.5.2 Nybygg

Et nybygg slik det er skissert er forventet å erstatte dagens A, B og D bygg. Sett i forhold til valg av virksomhetsmodeller vil ikke valg av modell utgjøre noe vesentlig argument for eller i mot et nybygg. D modellen som er den mest omfattende modellen forutsettes å finne areal både i nybygg og i 0-alternativet.

Det vil være noen forskjeller mellom modellene når det gjelder oppgraderinger i forhold gjenværende bygg (spesielt C og F). Dette gjelder uansett løsning, men spesielt dersom man beslutter seg for et nybygg. Da vil en rekke av dagens funksjoner som i dag er i bygg C, eksempelvis radiologi også kunne flyttes over i nytt bygg.

4.6 Kan man gå videre med ytterpunktsbetraktninger?

Det har tidligere vært vurdert om man skulle eller kunne gå videre med såkalte ytterpunktsbetraktninger inn i en eventuell konseptfase. Det ville for eksempel være å gå videre med én største og én minste modell, som i dette tilfellet ville være modell D og A. Evalueringen har imidlertid vist at så lenge man forutsetter at det er plass til modell D, som er den største, i begge alternativer så vil man også ha plass til de andre modellene, enten dette er modell A, eller B4 eller D. Det anbefales derfor at man tar med seg alle de tre ulike modellene til en neste fase, slik at forskjellene tydeliggjøres ytterligere i forhold til konsekvenser av drift før man tar et eventuelt valg.

4.7 Påvirker valg av modell idéfasen for OUS for øvrig - Gaustad Syd eller delt løsning?

Kreftutredningsgruppen har jobbet videre med konsekvenser av ulike modeller for øvrig virksomhet. Dette er beskrevet i tabellen under.

(Nåværende virksomhet ved Aker forutsettes som planlagt, å være flyttet til Rikshospitalet og Ullevål)

		Påvirkning samarbeid klinikk – forsk.	Konsekvens for Ullevål	Konsekvens for RH
Modell A	Få, men samlede kreftfaglige områder Lavt behov for støttefunksjoner	Store endringer	Reduksjon i onkologisk aktivitet (medikamentell beh.) Kirurgi uendret	Økt onkologisk aktivitet Kirurgi noe økt
Modell B4	Dagens drift uten prostata, med all lungeonkologi	Små endringer	Noe reduksjon i onkologisk aktivitet Kirurgi uendret	Ingen/små endringer
Modell D	Dagens drift med delt prostatabehandling og lungeonkologi	Ingen endringer	Noe redusert kirurgisk og onkologisk aktivitet	Ingen/små endringer

Figur 12 Konsekvenser av ulike modeller for øvrig virksomhet

Forslagene utredningsgruppen legger frem antas å kunne realiseres både med "delt løsning" og med "Gaustad sør med lokalsykehus". Fremdriften av de fremlagte forslagene og hvordan forslagene vil kunne påvirke hovedalternativene, vil i stor grad være avhengig av tidspunkt for realisering av nytt bygg på Radiumhospitalet og av gjennomføring og innhold av første etappe av nybygg andre steder i OUS. Dette må derfor avklares nærmere i konseptfasen.

5 Arealbehov

5.1 Forutsetninger for dimensjonering

Det forventes en betydelig befolkningsvekst i Oslo og i regionen. I 2030 viser prognosene at det vil bo ca. 3,5 millioner mennesker bare i Helse Sør-Øst sitt område, en økning på 24 % fra 2012. Befolkningen i Oslo forventes å øke med 29 % fra 2012 til 2030, og med hele 37 % frem mot 2040. Dette er en raskere vekst i folketallet enn forventet i Norge og Helse Sør-Øst forøvrig.

Befolkningsøkningen vil innebære økt aktivitet for alle nivåer i helsetjenesten. Det er imidlertid ikke lagt til grunn en tilsvarende arealøkning for Oslo universitetssykehus. Moderne bygg og investeringer i IKT og medisinsk teknologi som kan gi mer effektive pasientforløp gjennom bedre samhandling og nye behandlingsmetoder, påvirker arealbehovet. I idéfasen ble det foretatt en systematisk gjennomgang av en rekke omstillingsfaktorer for å vurdere pasientgrunnlaget i 2030. 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 diskutert i vedlegg 2 til idéfaserapport 2.0.

5.2 Samlet arealbehov for idéfasen, brutto- og nettoareal

Det ble så gjort en vurdering av arealbehovet i 2030 basert pasientgrunnlaget og arealstandarder. Arealene summeres først i nettoareal som er summen av funksjonsrommene. Ved å legge til arealer til trafikk, teknikk og konstruksjon får man det samlede bruttoareal (ved bruk av brutto/nettofaktor). I sum gir dette et arealbehov på 630 000 kvm for fremtidens OUS, forutsatt nybygg, fordelt som følger:

Samlet arealbehov kvm brutto	Somatikk	Psykisk helse og avhengighet	I alt
Sykehusfunksjoner	475 000	55 000	530 000
Forskning og utdanning	92 000	7 000	99 000
I alt (avrundet)	567 000	60 000	630 000

Tabell 3 Samlet arealbehov for idéfase OUS 2030, gitt nybygg

Forholdet mellom bruttoareal og nettoareal kalles brutto/nettofaktor, og det er regnet med en brutto/nettofaktor på 2,1 for somatikk og 1,8 for psykisk helse og avhengighet. I tidligere prosjekter har denne faktoren ofte vært satt til 2,0 for somatikk, men realisering av de siste store sykehusprosjektene både i Norge og Danmark har vist at dette er krevende. Også 2,1 er en krevende forutsetning. Ny informasjon fra nytt Østfoldsykehus på Kalnes viser en B/N-faktor på 2,2 (planlagt med 2,0). I skisseprosjektet for Helse Stavanger er faktoren holdt på 2,0, men prosjektet er ikke konkretisert langt nok til å vite om dette er tilstrekkelig. En faktor på 2,1 er lagt til grunn i denne idéfasen, bl.a. for å være konsistent med forutsetningene i den samlede idéfasen, men denne forutsetningen bør vurderes nærmere i konseptfasen.

5.3 Arealbehov fremtidens Radiumhospitalet

Arealmodellen som ble etablert for å dimensjonere fremtidens OUS, er brukt for vurdere arealbehovet på Radiumhospitalet. For å kunne dimensjonere arealbehovet for de tre modellene, A, B4 og D, er det innhentet aktivitetstall for kreftbehandling ved dagens Radiumhospitalet og ved øvrige sykehus i OUS. Aktivitetstallene er så vurdert i et 2030-perspektiv basert på befolkningsvekst og forutsetningene beskrevet i idéfaserapport 2.0. Idéfaserapport 2.0 (kapittel 5.3) beskriver også hvilke arealstandarder som er lagt til grunn.

Arealbehovet for modellene A, B1 og D, er vist i tabellen under. Arealbehovet er inkludert et nytt brystsenster.

Arealbehov	Modell A (kvm)	Modell B1 (kvm)	Modell D (kvm)
Somatikk, klinikkene	10 528	14 173	15 112
Medisinsk service	3 835	4 212	4 366
Kontorområde	2 487	3 611	4 071
Intern service og administrasjon	5 635	6 520	6 882
Nettoareal ekskl. forskning og utdanning	22 484	28 517	30 431
Forskning og utdanning	10 259	10 259	10 259
Bruttoareal (gitt B/N faktor på 2,1 og avrundet)	69 000	81 000	85 000
Bruttoareal, ekskl. forskning og utdanning (avrundet)	47 000	60 000	64 000

Tabell 4 Arealbehov Radiumhospitalet, aktivitetsnivå 2030 og modell A, B1 og D

En alternativ tabell som beskriver dette mer i detalj er som følger:

Arealberegning for Radiumhospitalet	A		B4		D	
	Antall enheter	Arealbehov kvm netto	Antall enheter	Arealbehov kvm netto	Antall enheter	Arealbehov kvm netto
Somatikk, klinikkene						
Poliklinikker	28	840	34	1 020	37	1 110
Kliniske spesiallaboratorier	18	810	21	945	22	990
Dagområde	19	380	26	520	30	600
Sengeområde	73	2 241	138	4 237	148	4 544
Hotellsenger	39	975	56	1 400	65	1 625
Overvåking	4	160	8	320	9	360
Stråleterapi	11	2 695	11	2 695	11	2 695
Operasjon	8	960	9	1 080	10	1 200
Postoperativ (dag & inneliggende)	16	256	18	288	20	320
Kliniske støttefunksjoner		203		280		280
Fysio- og ergoterapi		174		240		240
Pasientservice		834		1 148		1 148
Delsum		10 528		14 173		15 112
Medisinsk service						
Billeddiagnostikk	11	835	16	1 212	18	1 366
Laboratorier		2 600		2 600		2 600
Apotek		100		100		100
Sterilforsyning		100		100		100
Medisinsk teknikk		200		200		200
Delsum		3 835		4 212		4 366

Kontorområde					
Kontorer, klinikker somatikk		1 824		2 649	2 986
Møte, klinikker somatikk		352		511	576
Kontorer, med service		252		366	413
Møte, med service		58		85	95
Delsum		2 487		3 611	4 071
Intern service og administrasjon					
Ledelse og administrasjon		250		250	250
Personaleservice		1 523		2 212	2 493
Ikke-medisinsk service		3 426		3 426	3 426
Undervisning, personal		435		632	712
Delsum		5 635		6 520	6 882
Nettoareal i alt		22 484		28 517	30 431
Beregnet bruttoareal (brutto/netto faktor 2,1)		47 216		59 886	63 905
Forskning & utdanning, m2 netto		10 259		10 259	10 259
Forskning & utdanning, m2 brutto		21 544		21 544	21 544
Samlet nettoareal		32 743		38 776	40 690
Samlet bruttoareal		68 761		81 430	85 449

Tabell 5 Arealbehov Radiumhospitalet, aktivitetsnivå 2030 og modell A, B1 og D, flere detaljer

Vurderingen viser at arealbehovet ved Radiumhospitalet for de tre modellene varierer fra 69 000 til 85 000 kvm. Vurderingen er som nevnt over, basert på beskrivelsen av modellene, anslått aktivitetstall i 2030 og arealstandarder beskrevet i idéfaserapport 2.0.

Det anslåtte arealbehovet er høyere enn arealet vist i skissen for nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet. Dette skyldes at arealbehovet vist over, inkluderer en rekke arealer som helt eller delvis ikke er med i klinikkbygget, bl.a. arealer til forskning, strålebehandling, pasienthotell. Til sammen utgjør dette vel 90.000kvm dersom man inkluderer et nybygg til ca 30.000 og det er derfor beregnet at det er husrom til alle virksomhetsmodeller. Det samme forbeholdet gjelder også her om at man eventuelt får en kapasitetsreduksjon i et 0-alternativ ved vesentlig ombygging.

6 Eiendom og infrastruktur

6.1 Eiendomsforhold

Det Norske Radiumhospital (DNR) ble opprettet som en stiftelse. Over årene er sykehusdriften (virksomheten) ved Radiumhospitalet overdratt staten og utføres i dag av OUS og DNR eksisterer fortsatt. DNR og OUS har vært enige om å selge eksterne eiendommer i tilknytning til Radiumhospitalet. Eiendommene er nå med noen få unntak solgt og forventet samlet salgsinntekt er om lag 200 millioner kroner. I et omforent avtaleutkast er DNR og OUS enige om at pengene fra eiendomssalgene skal brukes til å delfinansiere et brystkreftsenter ved Radiumhospitalet. Avtalen åpner for at et brystkreftsenter kan plasseres i eksisterende bygninger eller i et eventuelt nytt bygg. Avtalen er sendt HSØ.



Figur 13 Tomteareal Radiumhospitalet, OUS- markert gult, OK- markert rødt og blått



Figur 14 oversikt over tomtenummerering

Et nytt klinikkbygg er foreslått plassert nord for bygg A på Radiumhospitalet, på tomtene 29/64 og 29/48. Tomten 29/64 er den opprinnelige sykehuseiendommen fra den gang Radiumhospitalet var en stiftelse. Som del av en omforent avtale er DNR og OUS enige om en ordning hvor eiendommen overføres til staten. Ansvarsorganiseringen i helseforetaksreformen tilsier at staten i så tilfelle overfører eiendommen videre til OUS. Avtalen er sendt HSØ. Når det gjelder tomten 29/48 så er den et sameie mellom OUS og Radiumhospitalets Parkeringsselskap AS (RADPARK). Selskapet er heleid av OUS. Ingen av eierne til tomtene har stilt seg negative til et nytt klinikkbygg. Det forutsettes i det videre arbeidet at tomteavklaring ikke innebærer en risiko for en eventuell realisering av et nybygg.

6.2 Byutvikling, regulering og annen kommunal planlegging

Tomten der et nytt klinikkbygg foreløpig er planlagt, er regulert for formålet, men en utbygging av nytt klinikkbygg vil kunne utfordre høydebegrensninger. Det er igangsatt en prosess opp mot Plan- og bygningsetaten i Oslo kommune for å klargjøre prosessen frem mot byggetillatelse.

Et positivt argument i omreguleringsspørsmålet kan være at etableringen av et nybygg mer sentralt på tomten med påfølgende rivning av hele eller størstedelen av eksisterende bygg A, B og E vil forbedre kvaliteten på turveien som passerer sykehuset og således bidra positivt i forhold til kommunens ambisjoner og å videreutvikle grønt-strukturen som binder Osloområdet sammen med fjorden.

6.3 Teknisk infrastruktur

Den tekniske infrastrukturen mht. vann og avløp, strømforsyning med mer stiller krav til leveringssikkerhet og -stabilitet. Det er god oversikt over hva som ligger hvor i dag med tanke på levering, men en del sentrale funksjoner ligger i A og B bygget. Det er mulig å gjøre ulike tiltak for å løse dette dersom man velger å rive hele eller deler av A og B bygget. Disse vurderingene vil da inngå i konseptfasen.

Under følger en kort beskrivelse av anlegg/system og infrastruktur i A og B pr nå som forsyner mer enn selve A og B-bygget samt noe generell beskrivelse.

Anlegg/system/infrastruktur	Kort beskrivelse	Beholdes i A/B	Erstattes
Varmeanlegg, distribuering og forsyning	Fyrhus i B m/oljekjeler, el-kjele og utstyr plassert i bygg C, like intill og m/tilslutning bygg B. Usikkert mhp pipen (skorsteinen) om den delvis er sammen med bygg B, v/fasaden.		
Varmeanlegg, distribuering og forsyning	Fyrhuset i B v/varmeprod. forsyner hele området (alle bygg) inkl. Fby med varme via rørledninger fra C, gjennom B og A og ut som fjernvarmerør (sør) videre utendørs til Fby (varmesentral)	Avklare nye føringsveier for tur/retur	Fjernvarmerør må legges om før rivning både innv. og utvendig?
Varmtvannsberedning - og forsyning	Plassert i C - OK, må plugge til A og B		
Vanninntak - forsyning	Plassert i C - OK, må plugge til A og B		
Isvannsproduksjon og distribusjon	Produsert på forskjellige steder, både i C og A/B og tilkoblet en isvannsring		Kjøling må erstattes for andre bygg, system og anlegg etableres og legges om, evt. felles med nytt bygg eller kun erstatning gml.bygnmasse som er tilkoblet
Medisinsk luft	Med.luftpod. Bygg C. - OK		
Med.O2 og N2O	Med.luftpod. Bygg C.- OK		

Elektro / Strømforsyn.+ nødstrømsaggr.	A/B forsyner ikke andre bygg OK		
Elektro / Strømforsyn.+ nødstrømsaggr.	Nødstrømsaggr. Er I bygg C - OK for eksist. bygn.masse		
Luftbehandling / Spesialventilasjon	OK		
Spillvannsledninger (avløp)	Forlagt gjennom A/B fra alle bygg høyere opp og med uttrekk sør i bygg A til off. ledningssystem	Avklare nye føringsveier kan være en utfordring	Må legges om før riving både innv. og utvendig?
Overvannsledninger	Forlagt gjennom A/B fra alle bygg høyere opp og med uttrekk sør i bygg A til off. ledningssystem	Avklare nye føringsveier kan være en utfordring	Må legges om før riving både innv. og utvendig?
Utvendig infrastruktur:	På begge sidene av bygg A/B: El-distr.(kraftledninger - ring)svakstrømsledninger/fiber etc. Fjernvarmerør, Spillvann og Overvann, andre	Må kartlegges før riving	Evt. erstatte noe ifm riving

Tabell 6 Anlegg/system og infrastruktur i A og B

7 0-alternativet og øvrige investeringsbehov

7.1 Anslag gjort på investeringskostnader generelt

Ved beregning av investeringskostnader i idéfasearbeidet generelt er det skilt mellom nybygg, funksjonelle ombygginger og tekniske oppgraderinger. Kostnaden for nybygg er basert på prisanslag for kostnad pr. kvadratmeter bruttoareal ut fra erfaringstall og ambisjonsnivå. Erfaringstallene er hentet fra sammenlignbare prosjekter og ikke fra konkrete bygningsmessige løsninger. Nybygg er delt i et begrenset antall kategorier med kostnadsforskjeller. Det er tatt utgangspunkt i de to siste store og representative sykehusprosjektene i HSØ; Ahus og nytt sykehus i Østfold.

Investeringskostnad per kvm i nybygg er for somatikk ca. 64 800 kr/kvm og for psykisk helse og avhengighet ca. 52 300 kr/kvm (grunnkalkyle, dvs. post 1-9 i bygningsdelstabellen og ekskl. forventede tillegg). Det er tatt høyde for de miljøtiltak/miljøløsninger som forventes, i praksis «grønt sykehus». Videre er det tatt høyde for utskifting av brukerutstyr 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. Det kan derfor være at det samtidig med utbygging kommer kostnader knyttet til IKT ut over det som fremkommer i investeringsanslagene her.

Ombygging er delt i lett, middels og tung ombygging, som utgjør henholdsvis 25, 50 og 75 % av nybyggkostnad.

Teknisk oppgradering baseres på foreliggende estimer knyttet til multimapanalyser og kjente kostnadskonsekvenser av ulike myndighetspålegg. Multimapanalysene med suppleringer er benyttet både i vurdering av 0-alternativet og i «må-tiltak» i påvente av nybygg i de andre alternativene.

Idéfaserapport 2.0 inkluderte kjente kostnadskonsekvenser av ulike myndighetspålegg. OUS er i forslag til statsbudsjett for 2016 innvilget lånesøknaden på 1,26 mrd. kroner til lukking av tilsynsavvik. Det er i tillegg egenfinansiering på 30 % slik at samlet omfang er 1,8 mrd. kroner. Tiltak som inngår i lånesøknaden er i stor grad overlappende med tiltak som var inkludert i tidligere

investeringsanslag. Investeringsanslagene for tekniske oppgradering, vist nedenfor, er derfor redusert med tiltak som inngår i lånesøknaden.

Riving inngår i investeringsanslaget med en gjennomsnittlig kostnad pr kvadratmeter revet bygg.

7.2 Investeringsbehov i 0-alternativet på Radiumhospitalet

I tabellen under er investeringsanslaget for 0-alternativet ved Radiumhospitalet vist. Det presiseres at dette er et grovt anslag i en tidlig prosjektfase, og anslaget vil videreutvikles gjennom konseptfase og eventuelt forprosjekt.

Tiltak	Kvm	Investeringsanslag (i mill. kroner)		
		Etappe 1	Etappe 2	Sum
Nybygg erstatning bygg D	2 530	131		
Rokeringsbygg	4 500	234		
Brystsenter		150		
Ombygging, bygg A, B, C, F og I	54 500	1 675	558	
Teknisk oppgradering, bygg J og K	42 400	60	60	
Riving av D, E, G og H	13 600	35		
Sum (avrundet, ekskl. usikkerhetspåslag)	103 930	2 290	620	2 910
Lånesøknad (720, antatt 80 % overlapp)		580		
Sum (ekskl. lånesøknad og påslag for usikkerhet)	103 930	1 710	620	2 330

Tabell 7 Investeringsanslag 0-alternativet på Radiumhospitalet (ekskl. byggelånsrenter og påslag for usikkerhet)

Det er gjort følgende endringer i 0-alternativet sammenlignet med idéfaserapport 2.0:

- Det er inkludert kostnader til et brystsjenter. Senteret er anslått til 360 mill. kroner, men kun en andel av dette er inkludert i anslaget over siden det allerede ligger inne ombygging av bygg AB, grunnet mer kompliserte arealer
- Omfang av rokeringsbygg er økt fra 2 500 kvm til 4 500 kvm
- Tiltak som inngår i lånesøknaden, anslagsvis 80 % av 720 mill. kroner, er tatt ut forutsatt at disse gjennomføres som planlagt

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 pr pasientrom, våtromsdekning, antall rom for støttefunksjoner etc. En betydelig andel av lokalene vil dermed fortsatt ha mangler i forhold til behov og standard vill blitt lagt til grunn i et nybygg.

Gammel infrastruktur og tekniske 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. Dette inngår i den tekniske oppgraderingen.

Lokaler som ombygges vil få bedret funksjonell egnethet til medisinsk virksomhet. Utover dette vil teknisk oppgradering gi bedre innemiljø og hygieneforhold samt triveligere lokaler. Så godt som all eksisterende bygningsmasse vil ha behov for teknisk oppgradering eller ombygging.

7.2.3 Ombyggingsbehov

For bygninger som er vurdert spesielt dårlig egnet for dagens funksjon, er det forutsatt ombygging for funksjonell utbedring. 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; 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.

For Radiumhospitalet gjelder dette i hovedsak byggene C og F. I disse er det lagt inn ombygging og tilpasninger på til sammen ca 800 mill. Lukking av avvik i de samme arealene kommer til fratrekk.

7.2.4 Gjennomføringskapasitet og behov for omrokeringsarealer

Oppgradering og ombygging mens sykehuset er i drift gir behov for omrokeringsarealer slik at aktiviteten kan opprettholdes.

Det må oppføres et rocadebygg på tomten slik at man får tømt virksomhet fra de lokaler som til enhver tid gjennomgår ombygging/oppgradering. Det var opprinnelig planlagt ca 2 500 kvadratmeter rokeringsarealer i 0-alternativet. Ved nærmere gjennomgang er dette arealet nå beregnet til vel 4 500 kvadratmeter. Dette skyldes i hovedsak at man antar at man må tømme større sengearealer ved ombygging enn tidligere antatt.

Det er muligheter for etablering av kontorarealer (80-100 kontorplasser) på Radiumhospitalet. Dette arbeidet er allerede planlagt gjennomført i 2016, da det er forutsetningen for tømming av D bygget som uansett anbefaling skal rives.

Dersom man velger å etablere et nybygg vil man i mindre grad trenge rocadearealer da det ikke er full drift samtidig i samme bygg. Unntaket her er D bygget (poliklinikken) som beskrevet over og eventuelt ombygginger i C som igjen avhenger noe av hvilken virksomhetsmodell man velger å gå videre med.

7.2.5 Riving forutsatt gjennomført ved Radiumhospitalet

Radiumhospitalet har mange eldre bygninger med omfattende behov for teknisk oppgradering og funksjonell utbedring. Noen av bygningene vurderes å være i så dårlig stand og så lite egnet for videre bruk, at de forutsettes revet. Det gjelder:

- Bygg E som ikke er i bruk i dag (tidligere søsterhjemmet) (dette bygget er allerede tømt og klart til riving)
- Bygg D (poliklinikkbygget) (forutsetter erstatningsareal)
- Bygg G og H (laboratorie- og patologibyget) (finnes erstatningsløsning i OCCI)

7.2.6 Byggenes restlevetid og behov for reinvesteringer i fremtiden

I et langsiktig perspektiv vil store deler av bygningsmassen ved OUS ha nådd sin maksimale levetid. Dette gjelder også Radiumhospitalet.

Det er her gjort en forenklet forutsetning om at de bygninger som skal bevares pga. sin historiske verdi vil kunne benyttes til andre formål enn sykehus, ikke minst fordi vi ikke kjenner eventuell fremtidig lokalisering(er) av OUS etter 2040-2050. Dette gjelder også Radiumhospitalet.

Dersom det er vesentlig differanse i tid mellom de ulike etappene for den videre utbygging av OUS, så vil man øke risiko for igjen å måtte drive vedlikehold eller tilsynslukking i bygg som forutsettes erstattes av nybygg enten på samme lokalisasjon eller på andre lokalisasjoner.

Dette er foreløpig kun en teoretisk problemstilling da et eventuelt nybygg på Radiumhospitalet forutsettes realisert innen tiden for etappe 1, og de øvrige byggene oppgraderes som forutsatt. Det motsatte ville vært tilfelle dersom man fikk et nybygg til erstatning for A, B og D bygget i etappe 1, men at det ikke fantes nødvendige midler til oppgradering av C og F bygget før etappe 2.

8 Nytt klinikkbygg- et skisseprosjekt

8.1 Kort om bakgrunn

Det private initiativet for bygging av et nytt klinikkbygg ved Radiumhospitalet kom fra eiendomsutvikler og investor Arthur Buchardt og konsernsjef i Aker Øyvind Eriksen. Deres engasjement er knyttet til at de begge har pasienterfaring fra Radiumhospitalet og engasjement i Radiumhospitalets venner.

Initiativtakerne gir uttrykk for å ha opplevd et sykehus som til tross for en dårlig bygningsmessig standard og nedslitte tekniske anlegg, har ansatte som yter en fantastisk innsats til pasientens beste. De ønsker derfor gjennom sitt initiativ, å få fortgang i arbeidet med å bedre forholdene for pasienter og ansatte ved Radiumhospitalet og sikre at sykehuset har moderne og robuste bygg for videre utvikling av virksomheten.

Initiativtakerne har tilkjennegitt at de ikke har tro på at en ombygging av dagens bygningsmasse vil gi robuste løsninger, og anbefaler sykehuset å bygge et nytt klinikkbygg som erstatter deler av dagens bygningsmasse og som utgjør størstedelen av arealene der pasientbehandlingen foregår. Det ble derfor i gang satt en prosess med representanter fra virksomheten og arkitekt og dette arbeidet danner utgangspunktet for gaven til sykehuset. Selve skisseprosjektet benyttes som eksempel på hva og hvordan et nytt klinikkbygg vil kunne se ut.

I tidsplanen i kapittel 11 skisseres det en «tradisjonell gjennomføringsmodell» der sykehuset selv bygger et nytt klinikkbygg. Med dagens tidsplaner vil sykehuset kunne ferdigstille et nybygg ved utgangen av 2020. Det er imidlertid kjent at det arbeides med alternative juridiske og finansielle former for å løse et slikt bygg som initiativtakerne mener kan bidra til en raskere gjennomføring.

Idéfaseutredningen tar ikke stilling til konkret gjennomføringsmodell, verken i juridisk, politisk eller finansielt og har avgrenset seg fra dette. Dersom en alternativ gjennomføringsmodell, for eksempel et Offentlig Privat Samarbeid (OPS) skal vurderes nærmere, så bør dette avklares i mandatet for neste fase.

8.2 Innhold i skisseprosjektet

Det prosjektmaterialet som er utarbeidet av det private initiativet består av skisser, overordnet romprogram og kostnadsestimater på gjennomføring og ble gitt i en gave i august 2015.

Skissene og tilhørende planløsninger med beskrivelse er utarbeidet i samarbeid med representanter fra virksomheten ved Radiumhospitalet.

Det er lagt til grunn at det som er utarbeidet i gaven er mer enn tilstrekkelig for idéfasearbeidet og at det i tillegg er dekkende for deler av konseptfase. Det er først i konseptfasen man skal bestemme seg for hvilken virksomhetsmodell som faktisk skal legges til grunn og hvilke arealer man da skal dimensjonere etter.



Et nytt klinikkbygg er forutsatt å kunne romme følgende funksjoner som erstatning for bygg;

- Alle døgnenger i dagens A og B bygg (hotell kommer i tillegg)
- Alle poliklinikkrom i dagens D bygg
- All billeddiagnostikk
- All dag-/cellegiftbehandling
- Alle operasjonsstuer
- Noen forskningskontorer
- En del av kontorbehov
- Kantine og vestibyleareal

I enkelthet kan det sies at et nytt klinikkbygg, slik det er skissert, erstatter dagens A, B og D bygg samt deler av funksjonalitet i C.

Det er lagt opp til at alle døgnenger legges til enerom, noe som vil bety en vesentlig forbedring av forholdene for pasientene sammenlignet med i dag. Erfaring fra andre gjennomførte prosjekter viser at overgangen til ensengsrom øker utnyttelsen av sengene slik at samme sengetall i realiteten vil gi større kapasitet.

Nytt klinikkbygg forutsettes også å ha tatt høyde for etableringen av et brystsenster gjennom en økning i antall poliklinikkrom, operasjonsstuer og støttearealer.

Det foreslås å benytte prefabrikkerte operasjonsstuer med alle uttak for strøm og gass.

8.3 Hva inneholder ikke skisseprosjektet

Sett i forhold til det totale behovet for arealer ved Radiumhospitalet er følgende ikke medtatt i skissene til det nye klinikkbygget.

- Pasienthotell – beholdes i eksisterende bygg
- Strålebehandling forutsettes delvis beholdt i eksisterende bygg og mulig erstattet i annet bygg (hovedsakelig C bygget, men også noe J)
- Forskningsbygget forutsettes videreført (J bygget)

- Videre leie av lokaler i OCCI legges til grunn og funksjoner som er vedtatt flyttet dit inngår ikke i øvrig bygningsmasse
- Protonsenter forutsette løst i eget bygg og er i sin helhet holdt utenfor alle beskrivelser

Selve C bygget har også behov for oppgraderinger og stabilisering uansett om det flyttes virksomhet til nytt klinikkbygg eller ikke. Det er lagt inn ombyggingskostnader i 0-alternativet og disse forutsettes å være mer enn dekkende for rehabilitering av C bygget dersom nytt klinikkbygg realiseres.

Tilsvarende gjelder F bygget. Dette er i hovedsak beregnet til kontorisering og administrative funksjoner, men det er mulig at det også er behov for å innlemme andre funksjoner. Også her er de ombyggingsestimater som er lagt inn i 0-alternativet forutsatt å være tilstrekkelige.

9 Økonomi

9.1 Investeringskostnader

I tabellen under er investeringsanslaget for alternativet med nytt klinikkbygg og øvrige tiltak ved Radiumhospitalet vist. Det presiseres at dette er et grovt anslag i en tidlig fase, og anslaget må videreutvikles gjennom konseptfase og forprosjekt.

Investeringsanslaget er basert på enkelte forutsetninger, se nedenfor, og kvadratmeterpriser som i idéfasen for øvrig. Det er tatt utgangspunkt i den mest arealkrevende modellen, D. Videre utredning og valg av modell vil derfor innebære endringer i investeringsanslaget.

Tiltak	Kvm	Investeringsanslag (i mill. kroner)		
		Etappe 1	Etappe 2	Sum
Ny klinikkbygg	30 000	1 950		
Ombygging, bygg C, F og I	25 700	580	250	
Ombygging bygg AB, underetg.	5 000	240		
Teknisk oppgradering	42 400		120	
Riving, bygg D	2 300	10		
Riving, bygg AB (deler), E, G, H	35 000		90	
Sum (avrundet, ekskl. usikkerhetspåslag)	103 100	2 870	370	3 240
Lånesøknad (anslått overlapp)		580		
Sum ekskl. lånesøknad og påslag for usikkerhet		2 200	460	2 660

Tabell 8 Investeringsanslag på Radiumhospitalet ved nytt klinikkbygg (ekskl. byggelånsrenter og påslag for usikkerhet)

¹ Investeringsanslaget over er basert på forutsetningen om at lånesøknaden benyttes på bygg C og F og ikke på den samlede bygningsmasse, og at disse midlene benyttes i 1. etappe.

Alternativet omfatter etablering av nytt klinikkbygg på 30 000 kvm. Videre inngår ombygging av C, F og I, ca. 25 000 kvm. Underetasjene i bygg AB inneholder teknisk infrastruktur som forsyner mer enn bygg A og B. Det er derfor grovt anslått at deler av bygg A og B må bli stående og ombygges. Teknisk oppgradering av bygg J Stråleterapibygget og K Forskningsbygget er inkludert. Øvrige bygg inkludert hoveddelen av bygg A og B rives.

Det er lagt til grunn leie i OCCI-bygget for laboratoriefunksjoner fra Radiumhospitalet.

9.2 Usikkerhetsanalyse

Det er gjennomført en usikkerhetsanalyse av investeringskostnadene i de to alternativene. 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.

Usikkerhetsanalysen er basert på følgende forutsetninger:

- Prisnivå i kalkylen er 2015
- Prisstigning medtas ikke
- MVA er inkludert
- Overordnet fremdrift: Investeringsperiode er 2015 – 2030 i etapper.
- Investeringsanslaget er ekskl. lånesøknaden.
- Ekstremhendelser, dvs. hendelser med svært liten sannsynlighet og svært stort utslag,

- inkluderes ikke i usikkerhetsanalysen.
- Analysen dekker ikke større premissendringer.

Det er ikke inkludert kostnader til utflytting av virksomhet i byggeperioden utover rokeringsbygg beskrevet over. Basiskostnaden inkluderer byggelånsrenter.

	0-alternativet	Nytt klinikkbygg
Basiskostnad (ekskl. lånesøknaden)	2 410	2 740
P50	2 760	3 040
P85	3 610	3 670
Standardavvik	25 %	18 %
Sannsynlighet for basis	30 %	30 %

Tabell 9 Resultater fra usikkerhetsanalysen, idéfase Radiumhospitalet (tall i mill. kroner, inkl. byggelånsrenter, (avrundet))

0-alternativet har lavere investeringsanslag (basiskostnad) enn alternativet med nytt klinikkbygg, men usikkerhetsanalysen viser at det er forskjell mellom alternativene i standardavvik (mål på usikkerheten). Kort om usikkerhetselementer pr alternativ:

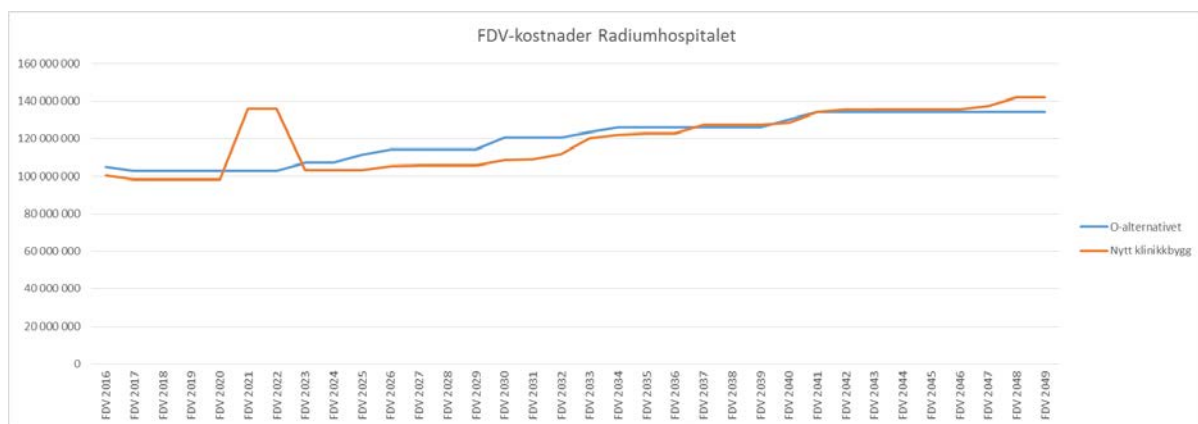
- 0-alternativet: Tiltaket vurderes som krevende å gjennomføre med samtidig/parallelle sykehusdrift, forskning og undervisning. Alternativet innebærer så omfattende ombygging at det er usikkerhet om 0-alternativet kan gjennomføres uten at all aktivitet i A og B blokken må flytte ut. Det er generelt stor usikkerhet knyttet til kostnadene ved ombygging av eksisterende sykehusbygg, ved at ombygging og teknisk oppgradering kan bli mer omfattende enn forutsatt, f.eks. krav om ombygging fremfor teknisk oppgradering. Tilstandsanalyser viser at den tilstanden ved flere bygninger ved Radiumhospitalet er i dårlig eller svært dårlig tilstand. En eventuell reduksjon av omfanget av første etappe og utsettelse av tiltak, vil innebære at de samlede kostnadene for oppgradering og ombygging
- Alternativ 1 – nytt klinikkbygg: Tiltaket vurderes som mindre krevende å gjennomføre enn 0-alternativet grunnet oppføring av nybygg, men vil være et krevende prosjekt med nybygg tett på eksisterende sykehus og ombygging i eksisterende bygg. Det er knyttet usikkerhet til regulering, da det trolig må gjennomføres omregulering. Alternativet vurderes som raskere å gjennomføre enn 0-alternativet. Alternative gjennomføringsmodeller, f.eks. gjennom private initiativ, kan innebære et potensial for å bygge billigere enn det har vært vanlig i sykehusprosjekter. Denne muligheten er i analysen innarbeidet som en mulig økonomisk oppside i foreliggende usikkerhetsanalyse.

9.3 Forvaltning, drift og vedlikehold (FDV)

Det er gjennomført beregning av FDV-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..

FDV-kostnadene er beregnet for dagens og for fremtidig 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 FDV-kostnader for Radiumhospitalet over tid er vist i Figur 15



Figur 15 FDV-kostnader over tid ved Radiumhospitalet (foreløpig)

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.

9.4 Økonomisk bæreevne

Generelt vil ny bygningsmasse ved OUS kunne driftes mer effektivt enn dagens sykehus, ved reduksjon i antall lokaliteter og areal, antall organisatoriske enheter samt større grad av nærhet mellom enheter. Det er ikke gjennomført en egen vurdering av økonomisk bæreevne i idéfasen for Radiumhospitalet, da dette vil inngå i konseptfasen. Likevel er det rimelig å anta at et nytt klinikkbygg vil legge til rette for mer effektiv drift da enheter i større grad kan plasseres mer logisk i forhold til arbeidsprosessene. Et nytt klinikkbygg vil kunne ha flerbruksfunksjoner og en fleksibilitet som man ikke vil få i gamle bygg.

Det er også vesentlig lettere å legge til rette for nærhet mellom funksjoner og reduserte avstander i et nytt bygg enn i et gammelt. For alvorlig syke pasienter er avstander en belastning i seg selv. Nærhet vil også ha betydning for de ansatte og legge til rette for mer effektive arbeidsprosesser. I tillegg er et nytt klinikkbygg forventet å gi positiv påvirkning på rekruttering.

Det er gjennomført beregninger av OUS' økonomisk bæreevne for samlet idéfase. Denne vurderingen er presentert i tilleggsutredningen.

9.5 Leiekostnader

OUS leier i dag arealer hos OCCI til laboratorium, apotekproduksjon og kontorformål. Leiearealet utgjør totalt ca. 7 400 kvm BTA inklusiv andel av byggets fellesareal og tekniske rom i plan U.

Det er ingen forskjell mellom alternativene knyttet til leie av arealer i OCCI.

9.6 Gevinstrealisering

Det er i kapittel 8.3 i Idéfaserapport 2.0 gitt en beskrivelse av sentrale forhold ved gevinstrealisering i en videre utvikling og utbygging ved OUS. Denne beskrivelsen gjelder også for tiltak ved Radiumhospitalet.

9.7 Realisering av verdier

Ved samling av sykehusets virksomhet vil flere av sykehusets eiendommer kunne avhendes. Det er foretatt en verdivurdering av disse, forutsatt at hovedtyngden av virksomheten samles. Ved fortsatt virksomhet på Radiumhospitalet er avhending ikke aktuelt.

9.8 Alternative modeller for finansiering

Denne idéfaseutredningen legger til grunn at utbygging av et nytt OUS skal skje i etapper og at finansiering skal skje etter tradisjonell modell for sykehusfinansiering hvor inntil 70 % kan lånes fra HOD (til HSØ), og at resten av prosjektkostnadene finansieres av HSØ/OUS 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. Sykehuset er som sagt også kjent med at det arbeides med alternative former for finansiering. Dette kan påvirke bæreevne og sentrale økonomiske vurderinger. Idéfasearbeidet har likevel valgt å avgrense seg fra dette da det foreløpig ikke er kjent hva det innebærer.

10 Evaluering av alternativene

Under følger en evaluering av alternativene som er vurdert i idéfasen. Kort oppsummert er de viktigste momentene som følger;

Pasientperspektivet – Ut fra pasientperspektivet er nybygg å foretrekke av flere grunner. For det første er det vanskelig å se for seg at det er mulig å håndtere den belastningen en ombygging gir på full samtidig drift. Det er signifikante mangler på fleksibilitet i gammel bygningsmasse versus ny bygning. Et nytt klinikkbygg vil kunne ha flerbruksfunksjoner og en fleksibilitet som man ikke vil få i gamle bygg.

Det er også vesentlig lettere å legge til rette for nærhet mellom funksjoner og reduserte avstander i et nytt bygg enn i et gammelt. For alvorlig syke pasienter er avstander en belastning i seg selv. Nærhet vil også ha betydning for de ansatte og legge til rette for mer effektive arbeidsprosesser. I tillegg er et nytt klinikkbygg forventet å gi positiv påvirkning på rekruttering.

Forutsigbarhet for kapasitet og drift er ulike mellom et 0-alternativ og et alternativ som inkluderer et nybygg. Etablering av et nybygg fasiliterer full drift i gamle bygg i byggeperioden uten at dette går utover kapasitet og drift. Omvendt vil gjennomføringen av et 0-alternativ tvinge frem redusert drift i hele gjennomføringsperioden. Det er også antatt at selve gjennomføringsperioden i et 0-alternativ blir lenger og således påvirker driften ytterligere. I punktet om gjennomføringsrisiko trekkes dette tydeligere frem. Et eksempel er operasjon og rehabilitering av operasjonsavdelingen. Det er usikkert om det er kapasitet i OUS for øvrig til å ta over denne virksomheten i ombygningsperioden. Dersom det ikke er det vil resultatet bli økt ventetid for kritisk syke pasienter.

Tid og forskjeller i tid er vanskelig å anslå eksakt i denne fasen, men det kan fastslås at det vil være forskjell i medgått tid mellom oppgradering av eksisterende bygg i et 0-alternativ og et nybygg i nybyggets favør. Dette avhenger noe av reguleringsmyndigheter, men et nybyggsalternativ er beregnet å kunne være ferdigstilt innen utgangen av 2020. Ombygging i eksisterende arealer vil kreve en etasjevis tilnærming med etapper som hver vil være 1,5-2 år. Dette vil altså gi forlengelse av gjennomføringsperioden. Det private initiativ har skissert tidsplaner med enda kortere horisont gitt at dette er et gjennomførbart alternativ.

Kostnadsmessig skiller de to alternativene seg fra hverandre med ca 300 millioner, der oppgradering som inkluderer nybygg vil være det dyreste alternativet. Ulikheter i kostnadsbildet mellom 0-alternativ og et nybyggsalternativ er imidlertid lavere/mindre i dette tilfellet enn man ser i andre byggprosjekter. Det vil være noe høyere FDV kostnader også i et nybyggsalternativ, men det

forventes lavere vedlikeholdskostnader over tid. Denne forskjellen inkluderer lukking av tilsynsavvik og inkluderer et brystsender. Usikkerhetsanalysen indikerer at i en situasjon der p85 skulle komme til anvendelse, vil 0 alternativet få like høy investeringskostnad som tiltaksalternativet (p85 verdiene er ca. like høye)

Omdømme og synlige resultater inngår ikke som et kriterium i evalueringsprosessen, men er likevel trukket frem av mange. OUS har drevet planlegging og utredning i mange år etter fusjonen og foreløpig er kun ett nybygg realisert (akuttbygget på Ullevål). Muligheten for å realisere et nybygg og avhende gammel bygningsmasse på Radiumhospitalet trekkes frem av brukere og ansatte som en betydelig og synlig forbedring og et synlig resultat. Realisering av et brystsender i et eget bygg vil også gi muligheter til å avvikle stiftelsen og overføre eierskapet av tomter til OUS. Dette vil føre til mer ryddighet og forutsigbarhet.

10.1 Evalueringsprosessen

Evalueringsprosessen for idéfase Radiumhospitalet har bestått av fem trinn:

1. Grovsortering av identifiserte alternativer/mulighetsstudier.
2. Kvalitativ evaluering av disse, der vektingen er tyngst på pasientperspektiv og bygg
3. Vurdering av gjennomførbarhet og risiko (ROS analyse).
4. Økonomisk evaluering.
5. Samlet vurdering

Idéfase Radiumhospitalet skal både være en selvstendig idéfase og inngå i den samlede OUS' idéfase for Fremtidens OUS. Det har derfor vært et eget poeng å ha tilsvarende evalueringsprosess, samme kriterier og samme vektningssystem som for idéfasen for øvrig, brukt i rapport 2.0

Prosjektet har ikke gjort noen innbyrdes evaluering av virksomhetsmodellene, da dette er gjort og redegjort for i selve kreftutredningsgruppen gjengitt i Kapittel 4 og i sammendraget som ligger vedlagt (vedlegg 6). I denne evalueringen er det gjort en forutsetning om at dersom det er vurdert å være kapasitetsmessig tilstrekkelig areal til den største modellen inkludert et brystsender i dagens bygningsmasse, så er det også plass til de øvrige virksomhetsmodellene. Evalueringsprosessen har derfor kunnet evaluere løsningen med nytt klinikkbygg opp mot en oppgradering av dagens bygningsmasse. Forutsetningen om at det er plass til den største virksomhetsmodellen inkludert et brystsender er kanskje ikke helt riktig da det er enkelte deler av brystsenderforslaget som man sliter med å finne plass til, men dette påvirker ikke valget mellom nytt klinikkbygg eller ikke.

Evalueringen knytter seg derfor til et valg av et oppgradert Radiumhospital med et nytt klinikkbygg, og et oppgradert Radiumhospital uten dette bygget (som tilsvarer 0-alternativet) og forskjellene mellom disse alternativene. Et nytt klinikkbygg erstatter ikke alt dagens areal, men forutsetter videre bruk av forskningsbygget, stråleterapibygg med hotell og oppgraderinger av gjenværende bygg C og F, samt en begrenset del av Bygg A og B (pga. infrastruktur som gjør at disse ikke kan rives helt ned til grunnen). Se Figur 11

V-modell	A	B4	D
0-alt	X	X	X
Nytt klinikkbygg	X	X	X

Tabell 10 V- modell

10.2 Evalueringskriterier

Følgende hovedkriterier er lagt til grunn ved evaluering av løsningsalternativer:

1. Hovedkriterier for sykehusets kjernevirksomhet	<i>Kvalitativ evaluering</i>
2. Hovedkriterier for bygg- og eiendomsutvikling	
3. Hovedkriterier for byutvikling og innovasjon	
4. Generalitet, fleksibilitet og elastisitet, alternativets robusthet	
5. Kvalitative samfunnsøkonomiske effekter	
6. Gjennomførbarhet	<i>Evaluering av gjennomførbarhet og risiko</i>
7. Alternativets risiko, muligheter og trusler	
8. Økonomi	<i>Evaluering av økonomi</i>

Tabell 11, Oversikt over evalueringskriterier og hvilken prosess de er behandlet i

10.3 Kvalitativ evaluering

Hvert av kriteriene/ perspektivene er beskrevet under.

10.3.1 Pasientperspektivet

Bedre logistikk og pasientflyt i nytt bygg

Pasientperspektivet slik det er vist til fra kriteriene handler om flyt, drift og kapasiteter. Dette er i hovedsak vurdert å være ganske likt da det er de samme pasientgruppene som forutsettes behandlet i hvert av alternativene.

Plassering av funksjoner vil imidlertid kunne bli langt bedre i nytt bygg. Det vil kunne skapes bedre sammenheng mellom eksempelvis sengepost, poliklinikk, infusjon etc, enn slik dette er i dag der mange av disse funksjonene ligger langt fra hverandre, og personal og pasienter må bevege seg over større avstander.

Bedre arbeidsforhold og inneklima for ansatte i støttefunksjoner

For støttefunksjoner som radiologi og laboratoriefunksjoner, vil det være store forskjeller avhengig av om man har et nytt klinikkbygg eller ikke. Dagens radiologiske enheter er plassert i C bygget. Det har gjennom år vært en fortetting av dette arealet, som går utover arbeidsmiljø og inneklima. Det mangler dagslys og dette er ikke mulig å få til uansett oppgradering.

Pasientrepresentantens innspill som er som følger;

”Det bør være utenkelig å behandle pasienter i de gamle bygningene samtidig som det drives omfattende ombygginger i samme bygg. Trykkboring i veggene, støy, støv og malingslukt kan man ikke utsette alvorlig syke pasienter for.

Velger man å sette opp et nytt bygg foran det gamle, er dette til mindre plage enn ombygging av eksisterende. De siste årene er det satt opp flere nybygg i umiddelbar nærhet uten at dette i vesentlig grad har berørt behandlingssituasjonen på sykehuset eller pasientene. Det må også være mulig å finne skjermene tiltak i den relative korte byggetiden. Adkomst og parkering må være tilgjengelige og de mest støyende operasjonene kan kanskje foregå på tidspunkter hvor livet i sykehuset er på sitt mest hektiske? Støy demper støy! Pasienter som kommer langveis fra bør også kunne få midlertidig venteområde for hjemtransport skjermet fra byggeområdet.

På den annen side vil pasient og pårørende, som kan følge byggeprosessen på nært hold, glede seg på egne og fremtidens kreftpasienter vegne over det nye klinikkbygget som reiser seg og som skal bidra til omgivelser som fremmer lysten til å bli frisk og samtidig skal støtte opp under en god faglig behandling.”

10.3.2 Bygg og eiendomsutvikling

Med en oppgradering av dagens bygningsmasse (0-alternativet) forutsettes det følgende;

Etablering av et rokeringsbygg for å kunne plassere pasient rundt oppgradering. Erstatning av D bygget, Ombygging av C og F og mer omfattende ombygging av A, B og I bygget. J og K forutsettes oppgradert også, men i mindre omfang. E, D, G og H forutsettes revet.

Med en slik oppgradering forutsettes det at tilsynsavvik lukkes og at de samme funksjoner som er der i dag kan videreføres, inkludert et brystsenter. Det er trolig at så omfattende ombygginger vil utløse det som kalles en ”hovedombygging”, som igjen vil medføre nye forskrifter og mer omfattende kostnader spesielt på infrastruktur.

Kapasiteter

Det er et spørsmål om dagens kapasitet er mulig å opprettholde dersom man ikke bygger et nytt klinikkbygg. Det er i dag 2-4 plasser per rom på de ulike sengepostene. Med en oppgradering av sengeposter reduseres antall senger og bad vil moderniseres. Dette vil gi en oppgradering av areal og mer tilpasning mot moderne drift, men antall senger og dermed kapasiteten vil trolig reduseres. Dette er belyst ytterligere under gjennomføringskapittelet.

Nytt klinikkbygg vil erstatte dagens A, B og D, og vil i tillegg innlemme deler av dagens virksomhet i bygg C som eksempelvis radiologi.

Fleksibilitet

Et nytt klinikkbygg legger til rette for alle funksjonelle og tekniske krav. Nytt bygg bidrar også til en mer samlet og effektiv bygningsmasse enn en løsning med større andel eksisterende bygg.

Nybyggdelen vil være langt mer fleksibelt i forhold til behovsendringer/virksomhetstilpasninger enn dagens bygg. Et eksempel på dette er at sengeposter i nytt klinikkbygg kan gjøres om til poliklinikkareal ved behov. Et nytt klinikkbygg vil også være tilpasset moderne drift og standarder.

Et annet eksempel på fleksibilitet er operasjonsavdelingen som planlegges i nytt bygg. Det vil etableres en teknisk mellometasje over ny operasjonsavdeling som innebærer at det er enklere å gjøre endringer og oppgraderinger i tråd med behov, uten at øvrig virksomhet berøres.

Fremtidig utvikling

Et nytt klinikkbygg skaper også grunnlag for fremtidig videre utvikling, i større grad enn gitt at man oppgraderer dagens bygningsmasse.

Byutvikling og innovasjon

Det er ikke stor forskjell mellom alternativene på dette punktet, men det antas at et nybygg legger til rette for innovasjon i større grad enn 0-alternativet. Dette fordi nytt bygg vil bidra til styrket rekrutteringsgrunnlag i større grad enn gammel bygningsmasse og en langvarig oppgraderingsperiode. Sammen med de andre byggene som allerede er lagt dit (Forskningsbygget og OCCI) vil dette legge til rette for økt kunnskapsutvikling og kunne styrke deltakelsen i internasjonalt samarbeid.

10.4 Vurdering av gjennomførbarhet og risiko (ROS analyse)

10.4.1 0-alternativet – er det gjennomførbart?

Det er en betydelig usikkerhet og risiko knyttet til selve gjennomføringen av et eventuelt 0-alternativ. Dette handler om måten dette lar seg realisere på. En ombygging på det nivået man må anta er nødvendig i eksempelvis A og B bygget, utløser mest sannsynlig en såkalt "hovedombygging", som igjen inkluderer teknisk infrastruktur, rør vann etc.

Slik det er lagt opp så langt, så ser man for seg en gradvis ombygging av en sengepost av gangen med et tilhørende rokeringsbygg. Dersom det må drives kjerneboring, betongsaging etc., så er det usikkert om dette i det hele tatt er mulig gitt pasientgruppene på den måten som er forutsatt med etasjevis ombygging. Alternativet er at man må flytte ut all virksomhet og totaloppgradere bygget(ene) samtidig. Det siste vil i så fall få langt større konsekvenser, og det må vurderes om man i det hele tatt har alternativ plassering av denne virksomheten uten at det går vesentlig ut over kapasiteten.

Nye krav – mindre kapasitet

Byggforskrifter som vil gjelde ombygging av det omfang vi her snakker om, vil påvirke kapasiteten. Dagens sengerom med 2-4 plasser per rom og badene er ikke tilpasset moderne sykehusdrift. Dersom man legger nye forskrifter til grunn vil man få krav om større plass rundt hver seng og bad tilpasset moderne behandling. I tillegg vil nye ventilasjonssystemer og annen infrastruktur være mer plasskrevende. Dette vil redusere sengekapasiteten i forhold til dagens bygg, gitt at man er i de samme arealene, som er et av premissene for 0-alternativet.

10.4.2 Ombygging og drift

Ombygging og drift er ikke bare en belastning både for pasienter og pårørene, men også for ansatte. Uansett om det bygges et nytt klinikkbygg eller ikke så skal det også bygges om i eksisterende arealer som skal drives videre. Det er lagt inn omfattende ombygginger av både bygg C og F, og det vil være en belastning i ombyggingsperioden. Tid og omfang av dette vil klarlegges mer i konseptfasen, men påvirker ikke valg av modell, ei heller 0-alternativ eller nybygg.

10.4.3 Nybygg og drift

Også et nytt klinikkbygg vil gi ulemper for dagens drift. Radiumhospitalets ansatte har allerede lang erfaring med nybygg inntil dagens drift. Dette gjaldt både ved oppføring av strålebygget, forskningsbygget og OCCI-bygget.

Også et nybygg vil gi ombygging i eksisterende bygg. Særsilt C bygget, men graden av dette avhenger av hva som legges inn i et nytt bygg.

10.4.4 Regulering

Det er knyttet risiko til regulering av tomten og det må trolig gjennomføres omregulering. Foreløpig dialog med Oslo kommune, Plan og bygningsetaten (PBE) indikerer full omregulering, men det kan være at tiltak knyttet til byggene utforming, bl.a. høyder, kan åpne for en enklere prosess enn full omreguleringssak.

Etableringen av et nybygg mer sentralt på tomten med påfølgende rivning av eksisterende bygg A, B og E vil forbedre kvaliteten på turveien som passerer sykehuset og således bidra positivt i forhold til kommunens ambisjoner og å videreutvikle grønt-strukturen som binder Osloområdet sammen med fjorden. En eventuell omregulering er tidkrevende og forutsetter politisk behandling.

10.4.5 Grunnforhold

Grunnforholdene under deler av dagens Radiumhospital utgjør en betydelig gjennomføringsrisiko. Selve grunnen på deler av tomten er i bevegelse. Dette gir utfordringer i selve gjennomføringen av et eventuelt nybygg, men også dersom man velger å gå for et 0-alternativ med erstatning av poliklinikkbygget(D) som ligger på denne tomten.

Dersom man bygger et nytt klinikkbygg ved siden av dagens bygninger viser erfaring hittil, senest ved OCCI bygging, at det er grunn til å tro at det vil oppstå ytterligere setnings-skader i dagens bygningsmasse. Disse må repareres fortløpende for å kunne opprettholde forsvarlig drift for pasienter og ansatte.

Det må også tas høyde for høyt vanntrykk inn mot yttervegg under bakkenivå.

Informasjon er fremkommet om at hovedstrømledningen til deler av Oslo vest ligger der foreslått plassering av nytt klinikkbygg er skissert inn og flytting av denne ledningen kan påvirke både fremdrift og kostnadsestimater.

10.4.6 Infrastruktur i bygg som forutsettes revet

Som sett under kapittel 6.3 Teknisk infrastruktur tabell Tabell 6 Anlegg/system og infrastruktur i A og B, så ligger det mye infrastruktur i A og B bygget som må ivaretas eller erstattes dersom bygg A og B helt eller delvis skal rives.

Det forutsettes også at dersom man bygger et nytt klinikkbygg vil det legges inn nødvendig infrastruktur i dette inkludert fjernvarme samt nødvendige systemer for produksjonsstøtte.

Det foreligger ikke tilsvarende risiko i de øvrige byggene som forutsettes revet: E, G og H bygget.

10.4.7 Behov for rokeringsarealer og utflytting av virksomhet

Pr i dag er det kun bygg E som er helt tømt for virksomhet. Dersom man vil etablere et nybygg slik det er skissert og/eller gjennomfører et 0-alternativ med erstatning av dagens poliklinikkbygg må dagens bygg D tømmes og erstatning etableres. Det arbeides med konkrete løsninger for å få til dette, men det kan påvirke fremdriftsplanene.

10.4.8 Tid som faktor

Det er en rekke mulige faktorer som påvirker tid. De to alternativene sett opp mot hverandre har hver seg ulike fremmere og hemmere i forhold til tid som faktor.

Ombygging av eksisterende areal kan starte umiddelbart, men krever tilgang på areal til roking og det krever finansiering. Dersom man velger en gjennomføringsform med etasjevis tilnærming vil man trolig måtte tømme også etasjer over og under aktuell etasje, og dette krever store rokadearealer og tar tid. Antatt tid på hver etappe vil være 1,5 til 2 år.

Et nybygg vil gå raskere å realisere i selve byggingen og vil dermed kunne gjennomføres raskt så snart det er klarert for byggestart. Også dette alternativet er imidlertid avhengig av finansiering og en omregulering som vil kunne ta tid.

Uansett utfall og valgt fremgangsmåte har prosjektgruppen konkludert med at det vil være flere års forskjell mellom et 0-alternativ og et nytt klinikkbygg, i sistnevntes favør.

Tiden det tar før et nytt klinikkbygg lar seg realisere påvirker også mer kortsiktige investeringsplaner i dagens bygninger i mellomperioden. Dersom man får et vedtak og en troverdig tidsplan vil man redusere antall planlagte vedlikeholdsinvesteringer i dagens bygg.

10.4.9 Usikkerhet og kostnader

Det vil være usikkerhet i estimater på et nybygg helt uavhengig av hvilken gjennomføringsmodell som velges. Erfaring viser at brukerendringer, politiske prosesser og finansiell tilgang er de viktigste. Et nytt klinikkbygg vil også måtte legge inn forutsetninger som forutsettes løst av andre, men som har følgekostnader som er vanskelig å estimere.

Likewise er det store usikkerheter til 0-alternativet da det som oftest viser seg å være uforutsette forhold som påvirker kostnader også i disse.

10.4.10 Omdømme og tro

Realiseringen av et nytt klinikkbygg vil trolig påvirke og forbedre omdømmet til OUS og øke troen på at det er mulig å realisere nybygg innen nær fremtid.

Ansatte i organisasjonen har allerede i mange år imøtesett og bidratt i arbeidet med planer om nye bygg, og mange uttrykker at det virker som om det er langt frem og med lite håp om bedring / endring. Et nytt bygg vil endre og trolig forbedre dette. Dersom man skulle velge et 0-alternativ vil dette høyst sannsynlig påvirke negativt og ytterligere redusere motivasjon og håp hos ansatte og pasienter.

10.5 Økonomisk evaluering

Investeringsanslaget for 0-alternativet og alternativet med nytt klinikkbygg viser en differanse på ca. 300 mill. kroner, 2 760 mot 3 040 MNOK (P50 verdier). Det presiseres at dette er et grovt anslag i en tidlig fase, og anslaget må videreutvikles gjennom konseptfase og forprosjekt før fastlegging av styrings- og kostnadsrammer.

Det er imidlertid vesentlig forskjell i usikkerhet mellom de to alternativene. 0-alternativet vurderes som krevende å gjennomføre med samtidig/parallelle sykehusdrift, forskning og undervisning. Alternativet innebærer så omfattende ombygging at det er usikkerhet om 0-alternativet kan gjennomføres uten at all aktivitet i A og B blokken må flytte ut. Det er videre stor usikkerhet knyttet til kostnadene ved ombygging av eksisterende sykehusbygg, ved at ombygging og teknisk oppgradering kan bli mer omfattende enn forutsatt. Analyser viser at tilstanden ved flere bygninger ved Radiumhospitalet er i dårlig eller svært dårlig tilstand. En eventuell reduksjon av omfanget av første etappe og utsettelse av tiltak, vil innebære at de samlede kostnadene for oppgradering og ombygging. Det er i investeringsanslaget eller usikkerhetsanalysen ikke tatt høyde for kostnadmessige konsekvenser dersom all aktivitet i A og B blokken må flytte ut i en byggeperiode.

Alternativet med nytt klinikkbygg vurderes som mindre krevende å gjennomføre enn 0-alternativet grunnet oppføring av nybygg til erstatning for bygningsmasse med til dels svært dårlig tilstand, men vil også være et krevende prosjekt med nybygg tett på eksisterende sykehus og ombygging i eksisterende bygg. I tillegg kommer risiko knyttet til grunnforhold og omregulering som beskrevet over.

10.6 Samlet evaluering

Etter en samlet økonomisk og kvalitativ evaluering, inkludert risikovurdering, kommer nytt klinikkbygg best ut av evalueringen. (score 3,6 og score 2).

Kvalitativt kommer en løsning med et nytt klinikkbygg klart bedre ut enn 0-alternativet både «på veien fram til målet», og når samlet målbilde er realisert.

Gjennomføringsrisikoen er størst knyttet til 0-alternativet, men da med vekt på ombygging med sykehus i drift i samme bygg som man bygger om. I noen grad gjelder dette begge alternativer, fordi det i alternativet med nytt klinikkbygg, også er noe ombygging. Men dette kan da i hovedsak gjøres etter at klinikkbygget er tatt i bruk, og dermed er presset på arealene mindre når dette gjøres. I tillegg er selvsagt omfanget av ombygging vesentlig mindre. For nytt klinikkbygg er det noe gjennomføringsrisiko knyttet til reguleringsspørsmålet.

Kostnadsforskjellene mellom disse to alternativene er mindre enn det som ellers er vanlig mellom et 0-alternativ og et alternativ med hovedvekt på nybygg. Samlet sett er det derfor ikke slik at dette oppveier fordelene ved alternativet med nytt klinikkbygg.

Siden neste fase er konseptfase, skal begge alternativer uansett utredes videre, med mindre man konkluderer med å realisere 0-alternativet. Dermed er det ikke behov for å konkludere mer omfattende enn at 0-alternativet ikke bør videreføres «alene». I stedet bør det iverksettes en konseptfase som inkluderer disse to byggalternativene, samt en videre utredning av de anbefalte virksomhetsmodellene fra kreftutredningen.

11 Plan for videre arbeid

I det videre beskrives hva som skal til for å komme videre til neste fase mot realiseringen av et eventuelt nybygg.

11.1 Neste fase - konseptfase, men del av et større investeringsprogram i OUS

Denne planen er basert på at neste fase for Radiumhospitalet blir en konseptfase.

Investerings tiltaket forstås her som en del av et samlet investeringsprogram for OUS, der det skjer en overordnet programstyring, eller eventuelt porteføljestyring, av disse investeringstiltakene som gjør at de planlegges og gjennomføres som en koordinert helhet, og med en felles overordnet prosjektstyring, bl.a. felles styringsgruppe. Denne idéfasen er gjennomført som egen idéfase, og foreslås videreført direkte til konseptfase fordi dette er et område som behandles likt i de ulike tiltaksalternativene i den samlede idéfasen, og tilsvarende er 0-alternativet det samme som i den samlede idéfasen. Det er dermed ingen risiko knyttet til en raskere framdrift for dette tiltaket enn for det samlede arbeidet med «Fremtidens OUS», som først må gjennom kombinerte idé/konseptfaser.

11.2 Prosjekt og prosjekteier

Investerings tiltaket benevnes til daglig som "OUS – konseptfase, Radiumhospitalet"

Tiltakene omfatter konseptfase for de alternativene som er anbefalt å gå videre:

- Alternativ 1: 0-alternativet
- Alternativ 2: Nytt klinikkbygg, og tilpasning av øvrig bygningsmasse
- Virksomhetsalternativer: Modell A og D (A eller D kan erstattes med B4 i arbeidet med styringsdokument for konseptfasen)

Prosjekteier har tidligere vært HF'et frem til og med konseptfase, mens RHF'et har tatt over «de store investeringstiltakene» (jf. nytt Østfoldsykehus) fra og med forprosjektfase. I styresak 29-2015 vedtok styret i HSØ en endring i fullmaktsstrukturen, hvor det bl.a. sies følgende:

Fullmakts-matrisen for ansvarsfordeling mellom Helse Sør-Øst RHF og helseforetakene endres slik at Helse Sør-Øst RHF kan overta ansvaret for prosjekter med kostnadsramme over 500 mill. kroner fra og med konseptfasen (jf. punkt 3 i vedtaket i styresak 29-2015).

Dette innebærer at det i det enkelte prosjekt avgjøres om HSØ skal tre inn i prosjekteierrollen fra og med konseptfasen. Dette avklares i idéfasen.

Sykehusbygg HF sin rolle avklares også som en del av forberedelsen til igangsetting av neste fase. Den tidligere refererte styresaken i HSØ oppsummerer følgende om dette (for mer informasjon, se styresaken):

Helse Sør-Øst RHF vil derfor pålegge alle helseforetak som prosjekteiere å benytte Sykehusbygg HFs prosjektpersonell i nøkkelposisjoner, der Sykehusbygg HF kan stille slike til disposisjon.

11.3 Hensikt – mål og rammer

Overordnet målsetting for konseptfasen er:

Å utarbeide tilstrekkelig dokumentasjon for at besluttede myndigheter skal kunne ta en avgjørelse på om prosjektet skal videreføres til forprosjektfase.

Hensikten med prosjektet i denne fasen er å få frem en konseptrapport, dvs. et beslutningsgrunnlag som gir OUS og HSØ grunnlag for beslutning om man skal gå videre med forprosjekt for ett av alternativene, og hvilket alternativ dette er.

Konseptfasen omfatter alle aktiviteter som kreves for å velge det best egnede konseptet, og utvikle dette til et nivå hvor eieren med akseptabel sikkerhet kan treffe beslutninger om gjennomføring og igangsetting av forprosjektet.

<p>Konseptrapporten er basert på samfunns mål og effektmål for å komme frem prosjektets resultatmål.</p> <p>Resultatmålet er å komme frem til beslutning om alternativ og oppstart av forprosjektfase.</p>	<p>–</p>
--	----------

Figur 16 Konseptfasearbeid

Prosjektutløsende behov for Radiumhospitalet er primært:

- **Store deler av virksomheten foregår i bygninger som er gamle, uhensiktsmessige og i svært dårlig stand.** Dette 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. Arealet er også unødig stort, noe som er ineffektivt og kostnadsdrivende.

Samfunns mål, effektmål og resultatmål ble utformet i forbindelse med igangsetting av idéfasearbeidet i OUS. Samfunns mål og effektmål er like gyldige for arbeidet med konseptfase som i tidligere faser. Disse repeteres derfor ikke her, men legges inn i styringsdokumentet for neste fase. Resultatmålene er revidert for å presisere mål for arbeidet som nå skal oppnås.

Resultatmål

Resultatmålene for prosjektet er som vist nedenfor.

- Prosjektets konkrete resultatmål i konseptfasen er at det velges alternativ og at det fremkommer en konseptrapport som gir tilstrekkelig grunnlag for å beslutte om forprosjekt skal igangsettes, slik at styrene for OUS HF og HSØ kan ta stilling til igangsetting av neste fase. Dette ivaretas ved at prosjektet skal føre til en ønsket slutttilstand som ivaretar effektmålene.
- Rapporten skal beskrive løsninger som er godt avstemte med OUS samlet sett, Universitetet i Oslo og Oslo kommune, og bidra til videreutvikling av både samarbeidet mellom partene og Oslo som kunnskapsby.

- Rapporten skal være ferdig til samlet behandling i styringsgruppen i senest i februar 2017
- Arbeidet skal gjennomføres innenfor en økonomisk ramme som ses i sammenheng med den samlede videreføringen fra OUS idéfase, og som derfor ikke konkretiseres i dette dokumentet. I denne rammen inngår ikke kostnader for de sykehusansattes bruk av tid til medvirkning ut over de som er formelt frikjøpte til å delta i arbeidet i deler eller hele sin tid, eller andre aktører som UiO og Oslo kommune.

11.4 Grensesnitt

Eksterne:

- Universitetet i Oslo: Konseptfasearbeidet skal gjennomføres i tett dialog med UiO med tanke på forsknings- og undervisningsarealer i sykehuset.
- Oslo kommune, Plan og bygningsetaten: Nytt klinikkbygg innebærer viktige avklaringer relatert til planspørsmål (regulering), og prosjektgruppen må samarbeide tett med berørte instanser og aktører.
- Oppgavedeling i Oslo sykehusområde: Eventuell tilpasning dersom HSØ fastlegger en revidert oppgavedeling mellom sykehusene i Oslo sykehusområde som påvirker virksomhetsomfanget ved Radiumhospitalet.
- Sykehusbygg HF: Rolleavklaring.

Interne:

- Løpende koordinering mot samlet videreføring etter OUS idéfase, jf. bl.a. konsekvens av «modellvalg».
- Protonsenter.

11.5 Suksesskriterier og kritiske suksessfaktorer

Suksesskriterier

Når konseptrapporten er ferdig skal situasjonen være som følger:

- Rapporten svarer på mandatet¹, slik at saken er tilstrekkelig opplyst for igangsettelse av neste fase.
- Utredningsarbeidet er godt forankret internt i OUS og hos øvrige interessenter, bl.a. Oslo kommune og UiO
- Anbefalingene er i overensstemmelse med konkrete føringer fra Helse Sør-Øst, f.eks. eventuelle kapasitetsendringer ift lokalsykehusfunksjoner for kreftområdet
- Tidsplanen og kostnadsrammen er overholdt

¹ Med mandat menes styrets vedtak i sak 20/2015, 9.4.2015

Kritiske suksessfaktorer

Kritiske suksessfaktorer som har innvirkning på måloppnåelsen i prosjektets konseptfase:

- Alle involverte har felles målforståelse
- Klare ansvarsområder og tydelige mandater
- Godt planlagt, åpen og transparent prosess
- Tilstrekkelig tid og ressurser for nøkkelpersoner til å arbeide med prosjektene
- Solid forankring av prosjektet i organisasjonen
- Avklaring av interessentbildet og oppfølging av kritiske aktører og miljøer inklusiv god kommunikasjon og samhandling, både internt i prosjektene og mot eksterne aktører

11.6 Foreløpige rammebetingelser samt grunnlagsdokumenter

Resultatene fra den samlede idéfasen tas med videre i konseptfasen for Radiumhospitalet.

Interne rapporter som danner grunnlagsdokumentene for påfølgende faser er:

- Strategi 2013-2018
- Idéfaserapport del 1 (2.0) og idéfaserapport del 2 (Konkretisering etter høring).

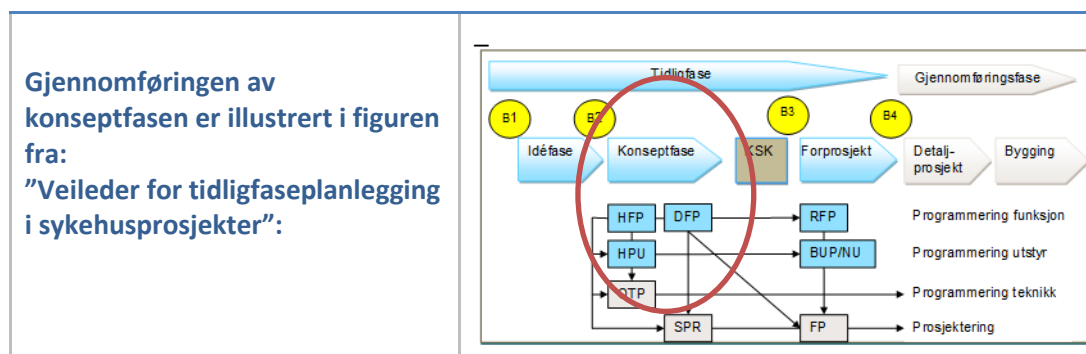
Arbeidet skal være strategisk forankret, hvilket innebærer at de alternativer som utredes skal fremme de mål og strategier som gjelder på nasjonalt, regionalt og foretaksnivå.

Løsningsalternativene skal oppfylle kravene til finansiering og økonomisk bæreevne, og ved tidspunkt for realisering gjelder det generelle kravet at investeringen skal kunne innpasses og prioriteres tidsmessig i forhold til andre investeringsprosjekter i regionen.

Inntil ny oppgavedeling er avklart gjennom prosess i regi av HSØ skal prosjektet forholde seg til dagens oppgavedeling. Dersom ny oppgavedeling avklares før fasen avsluttes, skal prosjektet ta hensyn til dette.

Prosjektet skal være avgrenset i forhold til sykehusets øvrige planer, herunder må vedlikeholdstiltakene ved OUS avstemmes med investeringstiltakene.

11.7 Innhold og arbeidsomfang i konseptfasen – hovedleveranse



Figur 17 Illustrasjon av konseptfase

Hovedaktiviteter konseptfasen	Forklaring
Oppdatering	Bearbeide og kvalitetssikre datagrunnlaget utarbeidet under den samlede idéfasen
Funksjoner	Utarbeide hovedfunksjonsprogram (HFP) med funksjonsbeskrivelse og arealanalyser for de aktuelle alternativene
Rammer utstyr	Utarbeide hovedprogram utstyr (HPU)
Byggets tekniske løsninger	Utarbeide overordnet teknisk program (OTP)
Planer etasje og funksjoner.	Utarbeidelse av skisseprosjekt (SKP)
Program funksjoner	Utarbeide delfunksjonsprogram (DFP)
Økonomi	Utarbeide økonomiske analyser som inkluderer både investeringskostnader, driftseffekter, bærekraftsanalyse og investeringsplan.
Kvalitetssikring	Gjennomføre usikkerhetsanalyser KSK
Videreføring til forprosjekt	Utarbeide plan for neste fase
Rapport	Utarbeide konseptrapport

Tabell 12 Hovedaktiviteter i konseptfasen

11.8 Prosjektstrategi – plan for gjennomføring

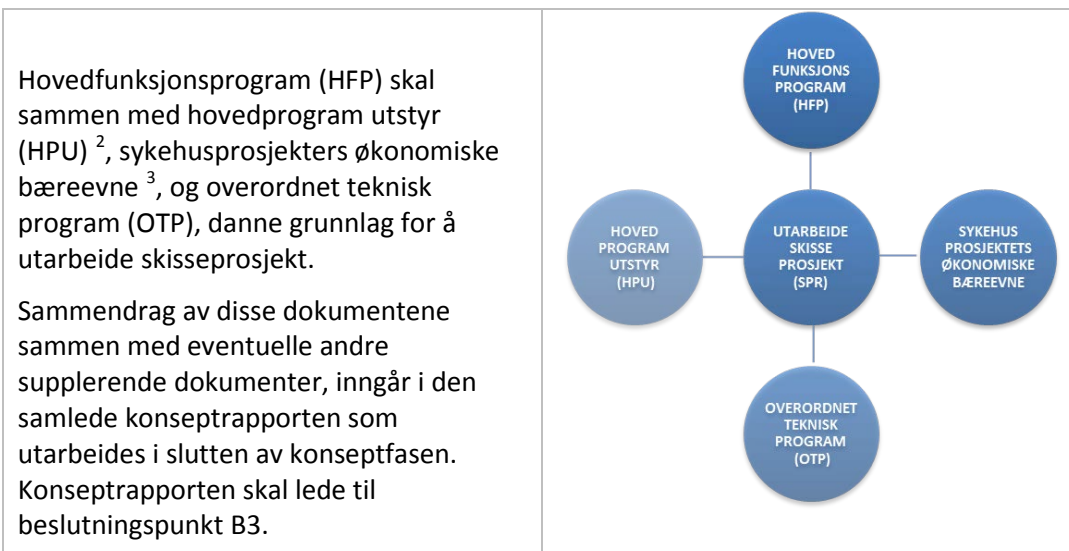
Strategien for prosjektet legger føringene for hvordan prosjektet skal gjennomføres for best å oppnå hensikten og målene som beskrevet i kapitlet over. I konseptfasen gjennomføres de aktiviteter som er beskrevet i "Veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter."

11.8.1 Bearbeide og kvalitetssikre datagrunnlaget utarbeidet under idéfasen

I forbindelse med utarbeidelse av utviklingsplanen og idéfasen ble det gjort beregninger av kapasitet og arealbehov for et nytt sykehus tilpasset innhold, demografiske endringer i regionen og funksjoner for fremtiden. Datagrunnlaget og de forutsetningene som ligger til grunn for beregningene skal i konseptfasen kvalitetssikres og nye beregninger gjennomføres på de områder der det vurderes som nødvendig.

11.8.2 Utarbeide hovedfunksjonsprogram (HFP) og delfunksjonsprogram (DFP)

Alternativene i konseptfasen skal utredes «likeverdig». Det skal det tas hensyn til også i programmeringen av HFP og DFP, men med de modifikasjoner for 0-alternativet som er nødvendig.



Figur 18 Grunnlag for skisseprosjekt

Når HFP foreligger skal det følgende være utarbeidet:

- Dokumentasjon og beskrivelse av dagens situasjon, samt krav til og konsekvenser av fremtidig utvikling og endring.
- Innsamling og kvalitetssikring av data om aktivitet, kapasitet, bygg og bemanning, kan hentes fra utviklingsplanen og idéfase, men normalt kreves oppdatering og kvalitetssikring.
- Beregning av fremtidig aktivitet, kapasitetsbehov og arealbehov fordelt på hoved- og delfunksjoner.
- Beskrivelse av fremtidig driftsmodell med driftsøkonomiske konsekvenser.

Utarbeidelse av HFP er basert på behovsverifiseringen av resultatene fra idéfasen. Avklaring av fremtidig aktivitet, kapasitetsbehov og arealbehov og utvikle optimale driftsmodeller for å fastlegge rammene for bygningsmessig prosjektering gjøres i konseptfasen. Gjennom programmeringen skal en sikre oversikt over og forståelse av sammenhengen mellom virksomhetens oppgaver og kravene til bygg og utstyr.

Organisering og medvirkning av HFP

Arbeidet med HFP organiseres ved at det i tillegg til bruk av programrådgivere, nedsettes et høvelig antall medvirkningsgrupper og en koordinator for disse. Det foreligger en egen veileder for hovedfunksjonsprogram fra Helsedirektoratet som legges til grunn i tillegg til Tidligfaseveileder for sykehusplanlegging.

DFFP omhandler hver enkelt funksjon og delfunksjon:

- tversgående funksjoner
- funksjonelle sammenhenger
- nærhetsbehov mellom funksjonene
- funksjoners arealbehov
- funksjonenes eventuelle spesielle bygningsmessige krav
- oversikt over rombehov med rombenevnelser og areal (romprogram)

² Veileder for Hovedprogram Utstyr, Helsedirektoratet, ny revisjon klar våren 2013

³ Sykehusprosjekters økonomiske bæreevne, Veileder for beregning av samlet økonomisk konsekvens av investeringsprosjekter i helsebygg, Helsedirektoratet februar 2010

Veileder for klassifikasjonssystem i helsebygg benyttes i inndeling i hovedfunksjoner, delfunksjoner og rombenevnelser.

11.8.3 Utarbeide hovedprogram utstyr (HPU) og overordnet teknisk program (OTP)

Arbeidet med HPU og OTP gjennomføres av programrådgivere sammen med medvirkningsgrupper, og basert på foreliggende veiledere. Det nedsettes grupper og utnevnes brukerkoordinatorer som er ansvarlig kontaktperson for hvert sitt program, disse kan lede de respektive brukergruppene. For konseptfasen skal kun de overordnede prinsippene legges. Spesifisering av teknikk og utstyr foretas i senere faser da valg av alternativ er gjort dvs. primært i forprosjektfasen.

Nærmere om hensikten med OTP og HPU beskrives i samlet idéfase, plan for videre arbeid.

- Ambisjonsnivå og plan for organisering og gjennomføring av arbeidet med IKT er et krevende område som må vektlegges, og dekkes gjennom OTP-arbeidet, men med grensesnitt mot både HFP og HPU-prosessene, samt mot den helhetlige planleggingen for OUS på dette området.

11.8.4 Utarbeidelse av skisseprosjekt (SPR)

SPR for nybygg startes når hovedfunksjonsprogrammet foreligger. I tillegg skal 0-alternativet, slik det fremkommer i idéfaserapporten, kvalitetssikres spesielt med tanke på bygningsmessig og teknisk oppgradering for å følge lovpålagte krav.

Formålet med en skisseprosjektering er å illustrere løsningsmodeller for å vurdere innplassering på tomt, utvidelsesmuligheter, eksternt og intern logistikk og sammenhenger mellom driftsmodell og fysiske løsninger. Dette skal danne grunnlag for beregning av bruttoareal og analyser av byggekostnader, samt analyser av driftsforhold og driftsøkonomiske konsekvenser. BIM-modell etableres.

For ytterligere spesifisering, se samlet idéfase, kapittel om plan for videre arbeid.

11.8.5 Helse, miljø og sikkerhet (HMS)

I byggeprosjektet skal det legges vesentlig vekt på hensyn til HMS. Dette gjelder på følgende områder i selve bygget med dets utstyr og installasjoner:

- pasientsikkerhet og oppholdsmiljø for pasienter
- besøksmiljø for pårørende og publikum
- arbeidsmiljø for ansatte
- miljøkonsekvenser for omgivelsene (energi, avfall, utslipp, trafikk osv.)

I tillegg vil det bli lagt vesentlig vekt på HMS i selve byggefasen, både for de som arbeider på byggeplassen og for omgivelsene. Dessuten må HMS også ivaretas i alt arbeid med planlegging av selve virksomheten.

11.8.6 Økonomiske analyser

Under konseptfasen skal det gjennomføres investerings- og finansieringsanalyser for prosjektet. Det skal utarbeides bærekraftsanalyse og investeringsplan for prosjektet. Det utarbeides også bemanningsanalyser som danner grunnlaget for driftsøkonomien i et nytt konsept. De økonomiske analysene som utarbeides illustrerer driftskostnader forbundet med de ulike modellene. For driftsøkonomisk analyse foreligger det en egen veileder som legges til grunn.

11.8.7 Usikkerhetsanalyser

Det gjennomføres usikkerhetsanalyser knyttet til skisseprosjektets kalkyler.

11.8.8 Organisasjonsutvikling

I forbindelse med utarbeidelsen av driftskonseptet vil det være behov for å konkretisere videre den virksomhetsmodellen som er lagt til grunn fra idéfasen. Dette gjøres i samspill med den løpende OU-prosessen som skjer i OUS, og som en integrert del av programarbeidet samt at det må være integrert på tvers av investeringstiltakene.

11.8.9 Konseptrapport (forutsatt «ordinær plan- og gjennomføringsprosess», se om OPS under avsnitt om tidsplan)

Konseptfasen ferdigstilles med utarbeidelse av en konseptrapport der den anbefalte løsningen beskrives gjennom en sammenfatning av innholdet i de delutredninger og analyser som er gjennomført. Grunnlaget for valg av alternativ dokumenteres.

Konseptrapportens innhold vil i hovedtrekk være:

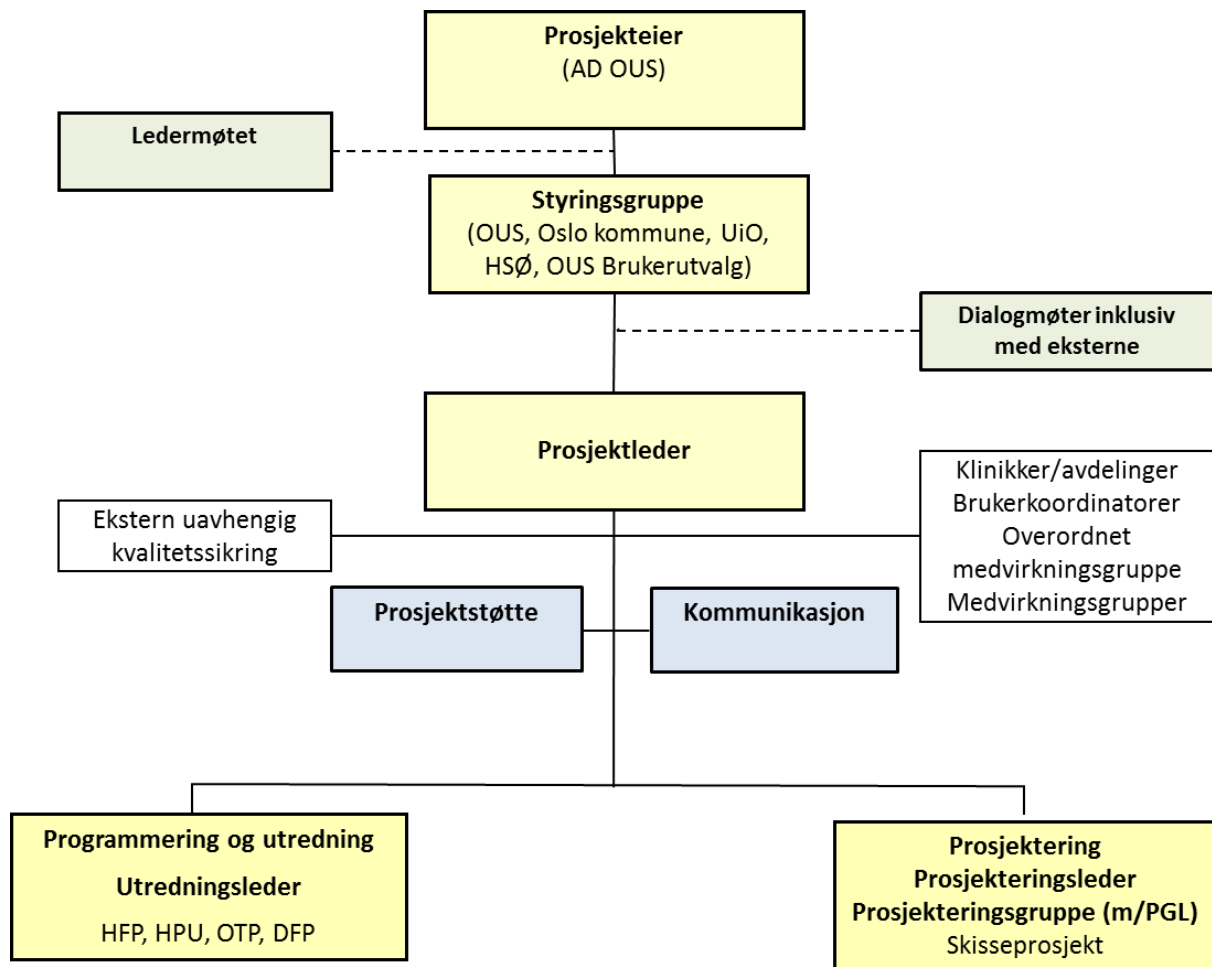
- Hovedoppsummering
- Sammendrag
- Bakgrunn fra den samlede idéfasen og eventuelle oppgradering på idéfasenivå for det enkelte investeringstiltaket
- Sammendrag av hovedfunksjonsprogrammet
- Sammendrag av hovedprogram utstyr og overordnet teknisk program
- Delfunksjonsprogram
- Organisasjonsutvikling – nye arbeidsmåter
- Utbyggingsmønster – sammendrag av skisseprosjektrapporten
- Økonomiske analyser, driftsøkonomi, bærekraftsanalyser og investering-/finansieringsplan
- Samlet evaluering av alternativene
- Plan for neste fase

11.9 Strategi for styring av usikkerhet

Styringen av usikkerhet skjer primært i forhold til de kritiske suksessfaktorene. Konkretisering av dette finnes i samlet idéfase, kapittel om Plan for videre arbeid.

11.10 Organisering, styring og ansvarsdeling

Prosjektets organisering for konseptfasen er vist i figuren nedenfor, som foreslås å være en felles organisering for OUS' samlede investeringsprogram:



Figur 19 Prosjektets organisering for ide/konseptfasen

11.10.1 Styringsgruppe

Det etableres en styringsgruppe på samme måte som i den samlede idéfasen. Styringsgruppen, prosjektleder og de ulike prosjektstøttefunksjonene er felles for alle investeringstiltakene. Men det etableres egne delprosjektledere knyttet til hvert investeringstiltak, bl.a. konseptfase Radiumhospitalet. Styringsgruppen har med de tyngste aktørene med OUS (både ledelse og ansattes representanter), HSØ, Sykehusbygg, Oslo kommune og UiO, samt pasientorganisasjonene/brukerutvalget).

For videre beskrivelse, se samlet idéfase, kapittel om plan for videre arbeid.

11.11 Prosjektstyringsbasis

11.11.1 Endringsstyring

Endringsstyring beskrives nærmere i styringsdokumentet for konseptfasen.

11.11.2 Prosjektnedbrytningsstruktur

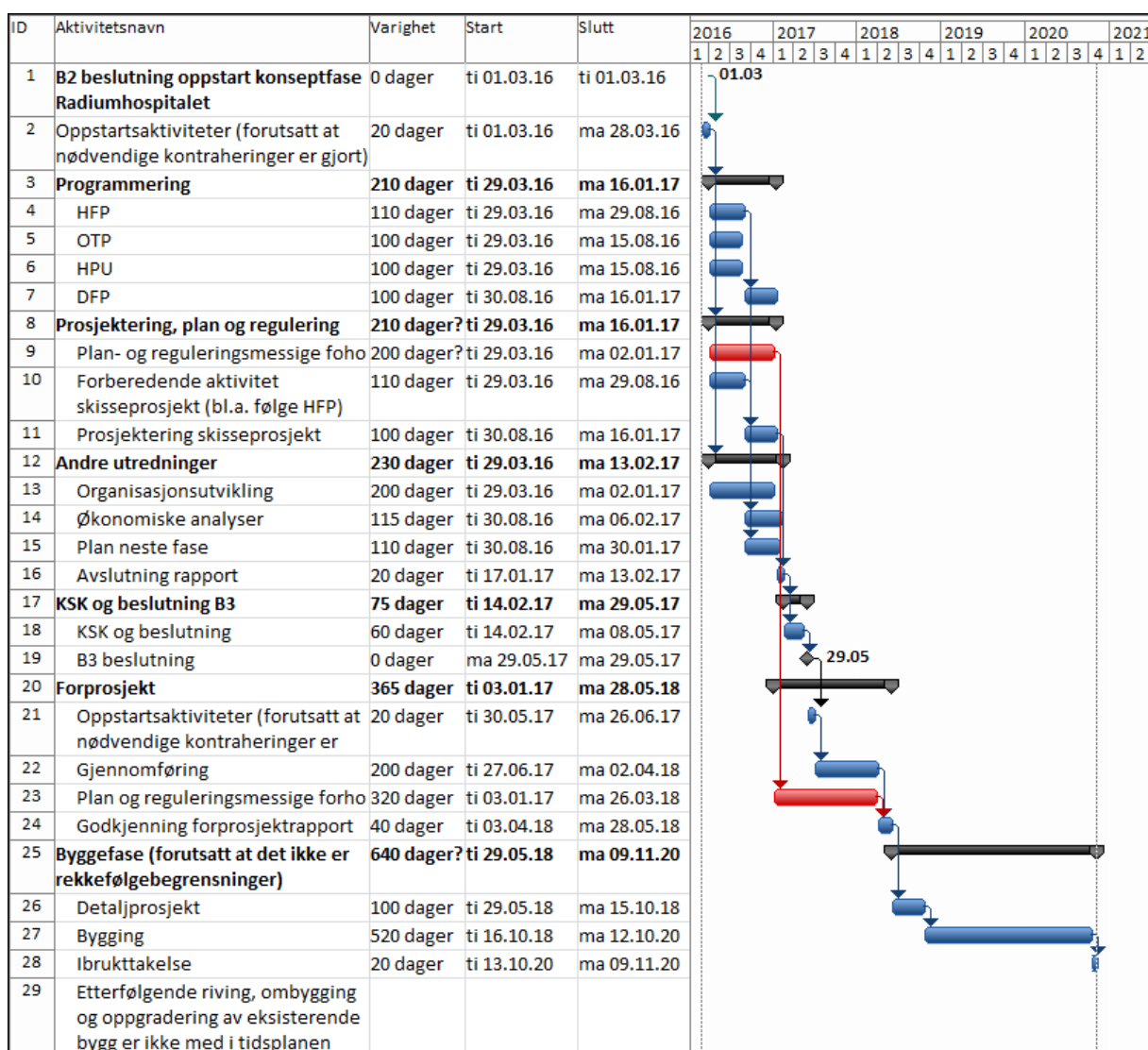
Prosjektnedbrytningsstrukturen (PNS) skal videreutvikles i løpet av fasen. Detaljeringsbehovet bestemmes ut fra styringsbehov og administrative kostnader.

11.11.3 Aktiviteter og milepeler og tidsplan

Hovedtidsplan viser et foreløpig tidsestimat viser at et nytt klinikkbygg kan være ferdig høsten 2020, som en del av alternativet med oppgradering med nybygg. Et 0-alternativ er ikke satt opp i tidsplan, men er forventet å ta lenger tid enn alternativet med nybygg.

Det er som en del av det private initiativet tatt til orde for en alternativ gjennomføringsmodell (OPS eller lignende modell). Denne tilnærmingen omtales ikke ytterligere her, da den faller utenom de prosjektgjennomføringsmodellene som så langt praktiseres innenfor investeringsprosjekter i spesialisthelsetjenesten i Helse Sør-Øst. Derfor er det den «ordinære gjennomføringsmodellen» som er forutsatt i arbeidet med tidsplanen nedenfor.

Overordnet og foreløpig skisse ved «ordinær plan- og gjennomføringprosess», eventuell inndeling i sekvensielle byggetrinn m.v. er et vesentlig usikkerhetspunkt.



Figur 20 Tidsplan ved "ordinær" plan- og gjennomføringsprosess"

Ordinær plan- og gjennomføringsprosess:

- Investeringer i eksisterende bygningsmasse følger «ordinær prosess, og etterfølgende ombygging og oppgradering etter nytt klinikkbygg er ferdig er ikke tidfestet her.

- Ferdigstilling nytt klinikkbygg ultimo 2020.

11.11.4 Kvalitetssikring og rapportering

For å kvalitetssikre prosjektet er det for konseptfasen lagt opp rutiner for rapportering og evaluering.

- Regelmessige styringsgruppemøter
- Månedlig skriftlig rapportering av kvalitet, fremdrift og kostnad til styringsgruppen
- Utarbeidelse av usikkerhetsanalyse.

I tillegg kommer etterfølgende ekstern kvalitetssikring.

11.12 Forutsetninger for realisering av planer

11.12.1 Rokader og interne flyttinger på kort og mellom langs sikt for å realisere planer

Det foreligger en rekke interne rokadeplaner for flytting av virksomhet for å kunne realisere de ulike arealplanene. Disse er i korte trekk omtalt nedenfor, men er ikke en uttømmende liste.

Kontorisering av bygg F

Bygg F har delvis tomme arealer i 4.etg og tomme potensielle kontorarealer i 5. etg. Ved en oppussing av disse arealene, samt en bruk av arealer som blir fraflyttet i forbindelse med utflytting til OCCI, vil det bli i ytterligere 100 + arbeidsplasser i dette bygget. En kontorisering av bygg F, med en oppgradering av tomme arealer, er utløsende for å få innlemmet poliklinikken i eksisterende bygg som ikke skal rives. Uten en kontorisering i bygg F vil det ikke være plass til en forflytning fra bygg D, inn i bygg C for så og plassere deler av de som må flytte fra bygg C, inn i bygg F. Det anbefales å se på en ny vurdering av brannsikkerheten i bygget med hensyn til bruk til poliklinisk behandling. De fleste av tiltakene fra COWI sin rapport fra 2010 vedr. bygg F er utført, og det bør vurderes om utstyrslette pasienttiltak som ergoterapeut, sexolog, ernæringsrådgiver med mer kan flyttes opp i F 3.etg.

Fraflytting bygg D

Ved en tømning og riving av bygg D, må poliklinikken flyttes inn i eksisterende arealer på Radiumhospitalet. Antatt beste sted, forutsatt at brystkreftsenteret også blir lagt i eksisterende arealer på sykehuset, er i C2. I C2 sitter det i dag leger, sekretærer med mer som må flyttes ved en innlemming av poliklinikk. Disse kan, i en større arealkabal, der man ser på behovet for fysisk nærhet til sengepostene, flyttes til bygg F. Bygg F må således være ferdig utbedret for at bygg D kan tømmes og rives.

Forflytning og bruk av bygg C

Ved en flytting av Poliklinikk fra bygg D, vil bygg C i andre etasje være nærliggende å vurdere som erstatningsareal, under forutsetning av at brystkreftsenteret kommer i arealene i ABU1 og ABU2. En slik flytting vil fortrenge de som sitter i den delen av C, og det må således gjøres en arealrokade der ansatte vil flytte over i kontorene i bygg F.

Fraflytting bygg G

Bygg G tømmes for ansatte ved flytting til OCCI, dog gjenstår autopsifunksjonen med kapell og denne er det fortsatt behov for. Her vil man kunne se på en tilrettelegging for frys-/kjølerom i arealene i CU1 etter Sykehusapotekets Cytostatikaproduksjon, samt å bruke eksisterende kapell i CU1 for de seremonier som i dag foregår i bygg G sitt kapell. Således, er det ingen bruk av bygget som står til hinder for stenging og riving.

Fraflytting bygg H

Bygg H tømmes nesten fullstendig når KDI sine ansatte flytter over i OCCI, mens det sitter igjen ca. 30 ansatte fra KKT i bygget som ikke flyttes. For å stenge bygget må disse også flytte, der det er to alternativer:

- Midlertidig flytte til "IKI-brakka" som fraflyttes når IKI flytter til OCCI, inntil bygg F 4 og 5.etg er ferdig pusset opp.
- La ansatte fra KKT bli sittende i bygg H inntil bygg F 4 og 5.etg er ferdig pusset opp, og første stenge og rive bygget etter at de er flyttet.

Det er et unntak i bygg G og H med instrumentmakerverkstedet på ca. 330 m². her må det skaffes alternative løsninger.

Forflytning av kontorer ut fra sengeposter

For å gi mer plass til 1-/og 2-sengerom på sengepostene, ser man det hensiktsmessig å flytte alle støtterom (kontor/større møterom) ut på heisplatå for å frigi plass til pasienten inne på sengepost. For å flytte disse rommene ut på heisplatå, må de som sitter der nå flytte lenger inn i gangene i C, og således vil man forflytte ansatte fra AB til C til F.

En kontorisering av bygg F er helt avgjørende for å kunne løse arealutfordringene som er på Radiumhospitalet.

12 Vedlegg

12.1 Oversikt utarbeidete vedlegg

- Vedlegg 1 Mandat for Idéfase Radiumhospitalet,
- Vedlegg 2 Protokoll fra styremøtet i OUS styresak 58/ 2015
- Vedlegg 3 Protokoll fra styremøtet i HSØ styresak 66/2015
- Vedlegg 4 Mandat fra HSØ
- Vedlegg 5 Delrapport fra Kreftområdet
- Vedlegg 6 Sammendrag fra kreftrapporten
- Vedlegg 7 Presentasjon av tegninger fra skisseprosjekt gitt i august

12.2 Oversikt over vedlegg/ referansedokumenter som ikke er trykket opp

- Vedlegg 8 Evalueringsskjema- brukt i møte 4 av alternativene opp mot hverandre
- Vedlegg 9 Nybyggskisser og utkast til et Brystsenter

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 17. desember 2015

Saksbehandler: Administrerende direktør

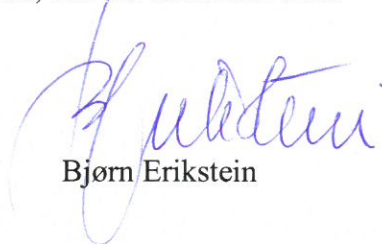
Vedlegg:

SAK 83/2015 ORGANISERING AV OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS

Forslag til vedtak:

Styret tar redegjørelse om organisasjonsprosjektet og oppdeling av klinikkene til orientering.

Oslo, den 10. desember 2015



Bjørn Erikstein

1. Sammendrag

Styret orienteres i denne saken om at det som en del av gjennomføringen av organisasjonsprosjektet er vedtatt å endre klinikkstrukturen ved å øke antall klinikker (nivå 2 enheter) fra 9 til 15 fra 1. januar 2016. Strukturen for stab og støtte utredes også i det samme prosjektet, og det tas sikte på at en reorganisering av disse funksjonene vil være gjennomført våren 2016.

2. Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

Deling av klinikkene og økning av antall klinikker fra 9 til 15 er besluttet for å gi en tydeligere og mer ensartet inndeling av klinikkene, redusere kontrollspenn for klinikkledelsen, øke styrbarheten på avdelings- og seksjonsnivå og skape kortere organisatorisk avstand til den kliniske virksomheten for direktøren. Målet er å skape en situasjon hvor god tilgjengelighet, god kvalitet og sikkerhet for pasientene, sammen med god økonomi gir helseforetaket et tilstrekkelig handlingsrom som også muliggjør fremtidige investeringer.

Deling av klinikkene fra 1. januar 2016 er et første steg i denne prosessen. I neste runde vil en måtte gjennomgå klinikkens avdelings- og seksjons-organisering, og det blir viktig å følge opp hvordan det ovennevnte realiseres i den enkelte klinikk.

Deling av klinikkene gir økt behov for koordinering og større lederspenn i administrerende direktørs ledergruppe. Dette kan imøtekommes gjennom endringer i innhold og opplegg for ledermøter, og endringer i organisering i sentral stab. Det er en forutsetning for klinikkendringen at stabsressursene ikke økes. Inntil organisering av stabsfunksjonene i ny klinikkstruktur er bestemt vil dagens staber ved de delte klinikkene betjene flere klinikker.

I organisasjonsgjennomgangen inngår to delprosjekter som vurderer de samlede stabsfunksjonene, samt organiseringen av IKT og medisinsk teknologi. Gjennomgang av disse områdene skal bidra til forslag om mer hensiktsmessig organisering som er tilpasset den nye klinikkstrukturen.

3. Faktabeskrivelse

Prosjektets hovedinnhold

Styret har i løpet av 2015 blitt orientert om helseforetakets organisasjonsprosjekt¹. Målet med prosjektet har vært å danne et godt beslutningsgrunnlag for videre utvikling av organiseringen av Oslo universitetssykehus HF, slik at helseforetaket kan løse sine oppgaver på best mulig måte. Prosjektet har hatt til hensikt å vurdere og eventuelt foreslå endringer i organiseringen som fremmer og støtter opp under Oslo universitetssykehus HF sin strategi, formål og en effektiv drift.

Prosjekt "Gjennomgang og utvikling av organiseringen av Oslo universitetssykehus HF" (Organisasjonsprosjektet) startet opp arbeidet i januar 2015. I organisasjonsprosjektets første delrapport ble det gitt en generell vurdering av hvordan en deling av klinikkene kan gi helseforetaket en bedre måloppnåelse.

¹ Styret fikk en orientering om innhold og status i prosjektet i egen sak 34/2015 den 30. april 2015 og under sakene 49 og 74/2015 Administrerende direktørs orienteringer henholdsvis 18.juni og 28. oktober 2015.

Andre delrapport ble endelig behandlet av prosjektets styringsgruppe 30. oktober 2015. Denne omhandler en vurdering av ikke å gjøre noen endringer nå og en vurdering av en endring av hele klinikkstrukturen, med hovedfokus på deling av et flertall av klinikkene samt flytting av enkelte avdelinger. Rapporten viser også til viktige interne avhengigheter som må søkes ivaretatt ved en eventuell deling, særlig må det gode samarbeidet med Universitetet i Oslo ivaretas i den videre organisasjonsutvikling.

Prosjektet har i sitt kartleggingsarbeid pekt på spesielt fire områder som har betydning på alle organisasjons- og ledernivåer i organisasjonen: Styrket stedlig ledelse, redusere størrelse og kompleksitet, øke styrbarhet og ledelse, og større nærhet til virksomheten i klinikken. For å håndtere disse utfordringsområdene, ble det i prosjektets andre delrapport foreslått å endre klinikkstrukturen ved organisatorisk oppdeling av flere av dagens klinikker.

Dette forslaget ble fremmet for å styrke ledelseskapasiteten nedover i organisasjonen ved å lage mindre og mer styringsdyktige klinikker, og gjennom det legge grunnlaget for mindre og mer styringsdyktige avdelinger. Dette anses som et viktig mål for Oslo universitetssykehus HF de nærmeste årene, hvor hovedoppgaver er å unngå fristbrudd, redusere antall langtidsventende, gjennomføre pakkeforløp for kreft og nå de økonomiske målene som er satt i økonomisk langtidsplan. Helseforetaket har et stort behov for komme i en situasjon hvor økonomien gir handlingsrom for å kunne muliggjøre fremtidige investeringer. En oppdeling i flere klinikker vil i tillegg kunne gi de enkelte klinikkene en tydeligere faglig profil, noe som kan være viktig både for fagutvikling og forskning innad og for Oslo universitetssykehus HF utad.

En oppdeling av store og komplekse klinikker vil legge bedre til rette for et mer avpasset lederspenn og stedlig ledelse basert på geografisk organisering både av enheter (1. linjen), seksjoner og i mange tilfeller avdelinger. En vurdering av denne typen endringer vil måtte være en del av den videre organisasjonsutviklingen etter at de nye klinikkene er etablert.

Gjennomført prosess

Kartlegging og analyse ble gjennomført vinteren og våren 2015 gjennom dokumentstudier, involveringer av avdelinger og seksjoner gjennom SWOT-analyser i alle helseforetakets 84 avdelinger og fokusgruppeintervjuer som gikk i dybden på utvalgte problemstillinger fra SWOT-analysene. Etter styringsgruppens behandling av første delrapport har prosjektet i samarbeid med klinikkene og deres respektive ledergrupper vurdert konsekvensene av deling av den enkelte klinikk fra 1. januar 2016. På prosjektets møter med klinikkenes ledergrupper var også tillitsvalgte og vernetjenesten i klinikkene invitert. I samsvar med prosjektets mandat har tillitsvalgte og vernetjenesten deltatt i styringsgruppen og i styringsgruppens arbeidsutvalg, og i prosjektgruppene.

Prosjektledelsen har orientert om og diskutert prosjektets innhold og utvikling på dialogmøter med foretakstillitsvalgte og vernetjenesten etter hvert styringsgruppemøte og deltatt på møter med flere av arbeidstakerorganisasjonenes fellessamlinger og fagnettverk samt i arbeidsmiljøutvalg samt møter med vernetjenesten underveis i arbeidet.

Brukerutvalget har hatt deltakere i både styringsgruppe og prosjektgruppe. Prosjektet har også fått kommentarer og bidrag fra brukerorganisasjonene gjennom dialog på møter i Brukerutvalget. Prosjektet har gjennomført en rekke informasjonstiltak i henhold til vedtatt informasjonsstrategi og har egne informasjonssider på helseforetakets intranettsider.

Vedtaket om endret klinikkstruktur

Etter drøfting med tillitsvalgte og vernetjeneste av forslag til endret klinikkstruktur, ble følgende vedtatt på ledermøte i OUS den 17.november:

- **Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken** deles i en kreftklinikk og en kirurgi- og transplantasjonsklinikk. Følgende avdelinger inngår i **Kreftklinikken**: Kreftbehandling, Medisinsk fysikk, Institutt for kreftforskning, Klinisk service, Institutt for kreftgenetikk og informatikk, , Blodsykdommer, samt Gynekologisk kreft, som flyttes fra Kvinne- og barneklubben til Kreftklinikken. Følgende avdelinger inngår i **Kirurgi- og transplantasjonsklinikken**: Transplantasjonsmedisin, Urologi, Gastro- og barnekirurgi, Revma, hud og infeksjon, Institutt for indremedisinsk forskning.
- **Klinikk for diagnostikk og intervensjon** deles i en laboratorieklinikk og en radiologiklinikk. Følgende avdelinger inngår i **Laboratorieklinikken**: Medisinsk biokjemi, Farmakologi, Medisinsk genetikk, Mikrobiologi, Immunologi og transfusjonsmedisin, Patologi, Intervensjonssenteret. Følgende avdelinger inngår i **Radiologiklinikken**: Dagens Avdeling for radiologi og nukleærmedisin. Intervensjonssenteret plasseres i Laboratorieklinikken, men vurderes videre i delprosjekt 3 sammen med andre utviklingsenheter. Innhold og oppgaver for Intervensjonssenteret skal ligge uendret inntil permanent organisatorisk plassering av senteret er vedtatt.
- **Akuttklubben** deles ved at Prehospitalt senter skilles ut i en egen klinikk, **Prehospital klinikk**. Akuttklubben for øvrig er foreløpig uendret.
- **Klinikk for kirurgi og nevrofag** deles i Ortopedisk klinikk, Hode- halsklubben og Nevroklubben. Følgende avdelinger inngår i **Ortopedisk klinikk**: Dagens Ortopedisk avdeling. Følgende avdelinger inngår i **Hode- halsklubben**: Øre- nese- hals, Øye, Plastikk- og rekonstruktiv kirurgi, Kjeve- og ansiktskirurgi, Kirurgisk avd. for barn, Kirurgisk dagavdeling. Følgende avdelinger inngår i **Nevroklubben**: Nevrologi, Nevrokirurgi, Kompleks epilepsi, Nevrohabilitering, Psykosomatisk avd., Fysikalsk medisin, FOU-avdeling.
- **Kvinne- og barneklubben** deles i en barneklubben og en kvinneklubben. Følgende avdelinger inngår i **Barneklubben**: Barnemedisinsk avd., Nyfødt intensiv, Barneavd. for nevrofag, Avd. for kvinne- og barnehelse, Nasjonalt kompetansesenter for sjeldne diagnoser. (Gynekologisk kreft flyttes fra KVB til Kreftklinikken.). Følgende avdelinger inngår i **Kvinneklubben**: Fødeavdeling, Gynekologisk avdeling.

Hjerte - lunge og karklubben og Medisinsk klinikk deles ikke, men organiseringen av disse klinikkene skal vurderes videre med henblikk på bedre å kunne ivareta den helhetlige koordinering av fagområdene kardiologi og lungemedisin.

Klinikk psykisk helse og avhengighet (PHA) og Oslo sykehusservice (OSS) deles heller ikke. En eventuell deling av OSS vurderes som en del av organisasjonsprosjektets gjennomgang av stabs- og støttefunksjoner.

Det ble besluttet at dagens klinikkstaber opprettholdes inn i 2016. Disse enhetene skal bistå og understøtte de aktuelle, nye klinikkene i de omdanningsprosessene som vil måtte gjennomføres på nyåret. Dette er en midlertidig løsning og det tas sikte på at denne avløses en permanent ordning våren 2016.

Videre prosess

Den vedtatte klinikkdelingen fra nyttår 2016, forventes å påvirke driften på en positiv måte, men endringen vil foreløpig ikke være stor på avdelings- eller seksjonsnivå. Unntak er for stabene som må betjene flere klinikker. Videre vil det bli tilsatt eller konstituert nye klinikkledere, slik at Nivå 2-ledergruppen vil bli større og avdelingslederne vil inngå i endrede ledergrupper.

Avdelinger og seksjoner og enheter videreføres uendret i denne omgang, slik at de organisatoriske og fysiske rammevilkårene for ansatte i avdelinger (med unntak for Avdeling for gynekologisk kreft i dagens Kvinne- og barneklinnikk) og for ledere og ansatte i seksjoner og enheter vil forbli uendret inn i 2016.

I sammenheng med klinikkdelingene er det utarbeidet en gjennomføringsplan. Det legges vekt på ryddige og gode prosesser for gjennomføringen, og en bygger her på erfaringer fra tidligere, tilsvarende prosesser. En deling av klinikkene øker behovet for en gjennomgang og vurdering av den samlede bruken av stabs- og støttefunksjoner og av tverrgående oppgaver som forskning, utvikling og undervisning, slik at dette kan ivaretas på tvers av klinikkene og nærmere i møtet mellom pasient og behandler.

Resultater fra de to delprosjekter som ser på dette, henholdsvis organiseringen av de samlede stabsfunksjonene samt medisinsk teknologi og IKT, inngår i prosjektets neste leveranse, delrapport 3. Rapporten bygger videre på arbeidet omtalt i delrapport 1 og 2, og adresserer særlig pasientforløpsorganisering sett i sammenheng med at helseforetaket beveger seg i retning av en fagindelt klinikkstruktur. I tillegg skisseres også et sett designkriterier som har som mål å sikre at den videre organisasjonsutviklingen viderefører intensjonene for deling av klinikkene: ønske om styrket ledelse og bedre styrbarhet.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 17. desember 2015

Saksbehandler: Direksjonssekretær

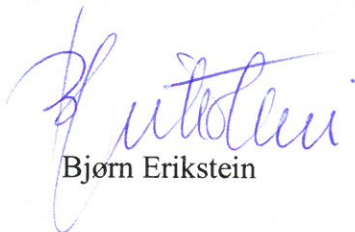
Vedlegg:

SAK 84/2015 PLAN FOR STYRET I OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS

Forslag til vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Oslo, den 10. desember 2015


Bjørn Erikstein

Årsplan for styret i Oslo universitetssykehus HF

Møte	Vedtaksaker	Orienteringssaker
28. januar 2016 kl 8-14	Årlig melding 2015 Idefase Oslo universitetssykehus Ledelsens gjennomgang	Rapportering Årsplan for styret Oppfølging styresaker Innovasjon (tentativ)
17. mars 2016 kl 8-14	Økonomisk langtidsplan 2017-2020 Årsoppgjør 2015 Oppdrag og bestilling 2016	Rapportering Plan for styret Årsplan arbeidsmiljø 2014 Kontinuerlig forbedring i OUS HF (tentativ)
28. april 2016 kl 8-14		
Reservetid 26. mai 2016 kl 8 – 14	Styreseminar	
23. juni 2016 kl 8-14	Ledelsens gjennomgang 1. tertial Prosess budsjett 2017	Rapportering Plan for styret
29. september 2016 kl 8-14	Rapportering Budsjett 2017 Eierskap i selskaper Møteplan for 2017	Rapportering Plan for styret Oppfølging styresaker Møte med Brukerutvalget
27. oktober 2016 kl 8-14	Ledelsens gjennomgang 2. tertial Budsjett 2017	Rapportering Plan for styret
27. oktober 2016 kl 14-19	Styreseminar	
Reservetid 24. november 2016 kl 8 – ca 14		
15. desember 2016 kl 8-14	Budsjett 2017	Rapportering Plan for styret

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte.: 17. desember 2015

Saksbehandler: Leder Direktørens kontor

Vedlegg:

SAK 85/2015 ADMINISTRERENDE DIREKTØRS ORIENTERINGER

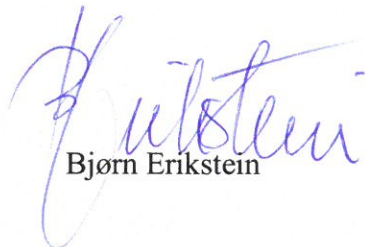
Følgende legges frem til orientering:

1. Status Regional EPJ
2. Finans
3. Innspill til Idefase
4. Juridiske forhold - rettsvister
5. Medieomtale
6. Referat

Forslag til vedtak

Styret tar saken til orientering.

Oslo, 10. desember 2015



Bjørn Erikstein

1. STATUS REGIONAL EPJ

- **Regional EPJ ved OUS fase 2**

Prosjektet er under nedtrapping og avsluttes før jul.

Mye aktivitet har vært siktet inn mot en stor oppgradering av DIPS 13.-16./11.2015. Arena ble innført på Olafiaklinikken med konvertering av data fra Hippokrates. Vekstkurve ble innført med konvertering av data fra PCPal. Obstetrix-journaler ble konvertert inn i DIPS. Strukturert visning av mikrobiologisvar i DIPS innført. Elektronisk rekvirering av mikrobiologi med alle analyser innført. Pilot for eHenvising til radiologi etablert. Utsending av generell journalmelding fra DIPS etablert.

Det er innført nye integrasjoner: Metavision versjon 6.0: Hente prosedyre, anestesimetode, diagnose, CAVE og LIB, sende anestesi, intensivkurve og motta ADT. Disse integrasjonene ble tilgjengelig i Metavision når Metavision ble oppgraderte til v6.0 ultimo november etter at Windows 7 var etablert. Andre integrasjoner innført: Svar fra kreftcytogenetikk inn i DIPS (fra Unilab), journaldokument fra avdeling for medisinsk genetikk inn i DIPS (fra Swisslab), svar fra Hormonlab inn i DIPS og demografioppslag fra transplantasjonsimmunologi, forskning og diabetesjournal.

Klinisk dokumentasjon for sykepleie (KDS) er innført i alle klinikker. Operasjonsplan i DIPS er innført på alle operasjonsenheter. Overlevering til forvaltning pågår.

Evalueringsseminar avholdt og rapportskrivning pågår. Siste økonomiske prognose er 170 MNOK mot budsjett 193 MNOK. Det er rekruttert personer fra prosjektet inn i to delprosjekter i Regional EPJ i RKL (Arenautvikling og integrasjoner OUS 2016). Prosjektet mottok eHelseprisen 2015.

2. FINANS

- **Replassering av pensjonsmidler**

I styresak 131/2011 fattet styret vedtak om at plassering av pensjonsmidler i Statens pensjonskasse (SPK) har som intensjon at man på sikt skal ha en sammensetning og risikoprofil som speiler de øvrige store pensjonskassene. Basert på vedtaket replaserte foretaket om lag 1,9 mrd. kroner i desember 2011, herav ble om lag 1,4 mrd. kroner plassert i norske statsobligasjoner med ett års løpetid. Det resterende beløpet på 500 millioner kroner ble plassert i Statens pensjonsfond utland (SPU).

Beløpet som ble plassert i statsobligasjoner er frem til nå i stor grad replasert i norske statsobligasjoner med ett års løpetid og disse har på nytt forfalt. SPK ble informert om replassering av pensjonsmidlene 7. desember 2015. I forkant av beslutningen ble det innhentet råd fra KLP Kapitalforvaltning AS. Deres anbefaling var å replasere hele beløpet på om lag 965 millioner kroner i norske statsobligasjoner med ett års løpetid. Sammen med regelstyrte plasseringer i SPK,

som plasseres i statsobligasjoner med 10 års løpetid, gir dette en hensiktsmessig forfallsfordeling og løpetid innenfor plasseringsalternativene SPK tilbyr.

Administrerende direktør i samråd med styreleder besluttet på bakgrunn av eksterne råd og råd fra Stab økonomi, juridisk og IKT å replasere om lag 965 millioner kroner i norske statsobligasjoner med ett års løpetid.

For plassering av pensjonsmidler tilbyr SPK norske statsobligasjoner av ulik varighet og andeler i SPU. Plassering i SPU er eneste alternativ plassering av pensjonsmidler for å kunne følge intensjonen om en sammensetning og risikoprofil som speiler de øvrige store pensjonskassene. Ved utgangen av 2014 var plassert beløp i SPU 727 millioner kroner, slik at andelen i forhold til totale pensjonsmidler i SPK holdes på samme nivå som ved den opprinnelige plasseringen i 2011. Dette gir en lavere andel aksjer enn de øvrige store pensjonskassene.

Erfaringen med ordningen i SPK er at det er vanskelig å nå intensjonen om å ha en sammensetning og risikoprofil som speiler de øvrige store pensjonskassene. Plasseringen i SPU er ikke sikret mot valutaendringer.

Livselskapene/pensjonskassene sikrer en stor del av valutarisikoen knyttet til investeringer i utenlandske verdipapirer, men dette tilbys ikke ved plassering i SPU. Oslo universitetssykehus HF sendte brev til SPK 26. november 2014 der helseforetaket ba om at alternativer til dagens ordning for plassering av pensjonsmidler utredes. Ifølge SPK er saken oversendt departementet.

3. INNSPILL TIL IDÉFASE

- **Brev vedrørende nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet**

I brev av 5. desember 2015 oppsummerer advokat Svoren situasjonen i forbindelse med stiftelsen Radiumhospitalets Venner og engasjementet i nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet. Stiftelsen anser det som overordnet viktig at et nytt klinikkbygg (forutsatt at dette besluttes) realiseres så snart som mulig. Under gitte forutsetninger mener de det er mulig å ferdigstille et nytt klinikkbygg i løpet av 2018. Radiumhospitalets venner ønsker å bidra til en prosess der utfordringer ikke, eller i minst mulig grad, medfører forsinkelser i forhold til en slik tidsplan. Dersom bygget skal realiseres som et offentlig privat samarbeid tar Radiumhospitalets venner sikte på å etablere en ny selvstendig stiftelse som skal være tilbyder i en slik prosess. Siktemålet er å kunne bidra med et tilbud som ikke inneholder noe kommersielt avkastnings-/fortjenesteelement knyttet til eierskap eller utleie av eiendommen.

4. JURIDISKE FORHOLD - RETTSTVISTER

Arbeidsrettssakene – individuelle saker:

- Oppsigelse i arbeidsforhold
Sykehuset er, etter å ha sagt opp en ansatt, stevnet av den ansatte med krav om at oppsigelsen er usaklig og ugyldig. Saken har fått sin løsning ved forlik.
- Pengekrav mot tidligere ansatt
Sykehuset har tatt ut forliksklage mot tidligere ansatt for å ha opptrådt lovstridig og uregelmessig i tilknytning til sin tidligere stilling i sykehuset. Saken er henvist til tingretten og det arbeides med en stevning.

- Erstatningskrav overfor sykehuset
Sykehuset er stevnet av en ansatt med krav om dekning av utgifter til advokat og medierådgiver og ikke økonomisk tap. Saken er berammet for tingretten med start 7. januar 2016.
- Erstatningskrav overfor sykehuset
Etter en rekrutteringsprosess er det tatt ut forliksklage overfor sykehuset med spørsmål om det er inngått bindende arbeidskontrakt. Det er påstand om ærekrenkelse og krav på erstatning. Etter behandling i forliksrådet er saken innstilt.
- Avtalebrudd - erstatningskrav
Sykehuset er stevnet for tingretten av en lis-lege med påstand om avtalebrudd og usaklig saksbehandling i arbeidsforholdet. Saken er under forberedelse, ennå ikke berammet.
- Lønnskrav og etterbetaling
En ansatt har tatt ut forliksklage med krav om lønnsjustering og etterbetaling av lønn.

Krav i pasientforhold

- Sykehuset er sammen med Statens helsetilsyn og Helse- og omsorgsdepartementet stevnet av en pasient med krav om erstatning for en transplantasjon i utlandet og for påførte omkostninger. Erstatningskravet for transplantasjon i utlandet har vært behandlet av tingretten og dom ble avsagt 25. juni i år. Saken ble avvist. I etterkant har pasienten anket avgjørelsen til lagmannsretten og direkte til Høyesterett. Høyesterett nektet ankesaken direkte til behandling og i etterkant har pasienten trukket saken fra lagmannsretten. Dette betyr at tingrettens avgjørelse blir stående.
- Sykehuset er av en pasient stevnet for tingretten med krav om oppreisning som følge av feildiagnostisering. Saken er under forberedelse og midlertidig innstilt som følge av behandling i NPE.

Erstatningskrav i kontraktsforhold.

- En leverandør har tatt ut forliksklage overfor sykehuset i forbindelse med tvist om sluttoppgjøret i entreprisesak. Sykehuset og leverandøren har over lengre tid forhandlet uten å komme til enighet. Saken har vært i Forliksrådet uten at saken fikk noen løsning. Saken ble innstilt og dersom leverandør ønsker å forfølge saken videre må de ta ut en stevning for tingretten.

Straffbare forhold

- *Endelig dom i straffesak – rekruttering av sykepleiere til arbeid*

Styret har jevnlig blitt orientert om straffesaken, fra anmeldelse og etterforskning, og videre gjennom de ulike domstol-instansene. Bakgrunnen var at sykehuset har vært tiltalt for overtredelse av utlendingsloven § 108 tredje ledd bokstav b, jfr. Straffeloven § 48 a for «forsettlig eller grovt uaktsomt å ha formidlet arbeid eller bolig for en utlending eller utferdiget eller formidlet erklæringer, tilsagn eller dokumenter til bruk for en sak etter loven, når forholdet innebar en utilbørlig utnyttelse av utlendingens situasjon».

Sykehuset var tiltalt sammen med et ektepar som var kontaktpunkt og bisto i rekrutteringen. Tiltalen for sykehuset gjaldt straffansvar for foretaket og for

medvirkning til overtredelse som nevnt. Sykehusets forsvarer har vært advokat Harald Stabell.

Den 5. november ble det satt sluttstrek idet Høyesterett avsa dom med fellelse for ekteparet og Oslo universitetssykehus. Lagmannsrettens vurderinger ble opprettholdt som korrekt lovanvendelse. Dommen ble avsagt under dissens 4-1, det var én dommer som vurderte at det ikke var grunnlag for foretaksstraff for sykehuset.

For sykehuset betyr det straff i form av bot på kr 1 000 000,- og solidarisk ansvar for de erstatningene som ble tilkjent de tre ansatte sykepleierne (samlet kr 947 749,-). Statsadvokaten hadde for Høyesterett anket over størrelsen på boten og anførte at sykehuset i tillegg burde bli dømt til inndragning. Dette ble ikke tatt til følge, Høyesterett vektla som formildende at sykehuset selv anmeldte ekteparet og ryddet opp i ansettelsesforholdet når en ble kjent med sykepleiernes situasjon.

Høyesterett konstaterer at sykehuset utviste passivitet, at sykehusets kunnskap om saken tilsa at sykehuset hadde grunn til å reagere og burde ha reagert, og undersøkt forholdene nærmere. I vurderingen av sykehusets subjektive skyld stadfester Høyesterett lagmannsrettens vurderinger med at sykehuset har opptrådt grovt uaktsomt. Høyesterett skriver at «Etter min mening oppsto det en klar handleplikt for sykehuset i forlengelsen av at sykehuset trakk seg fra den avtale og betaling som sykehuset hadde forespeilet ekteparet for deres rekrutteringstjenester, når sykehuset få dager senere – likevel – ansatte sykepleierne. I stedet for å yte betaling til ekteparet ga sykehuset sykepleierne høyere lønn enn opprinnelig forutsatt. Da oppsto det en åpenbar risiko for – slik internadvokaten også pekte på – at ekteparet i stedet ville kreve betaling av sykepleierne. Det er med andre ord sykehusets manglende oppfølging av den åpenbare risiko for lovbrudd mot egne ansatte som sykehuset selv hadde skapt, og som sykehuset kjente godt til, som gjør at sykehusets medvirkning må betegne som grovt uaktsom».

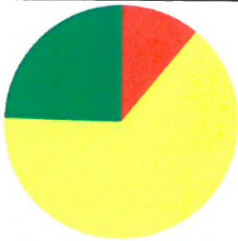
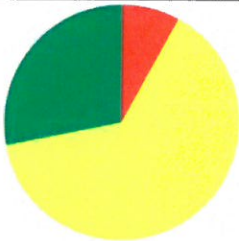

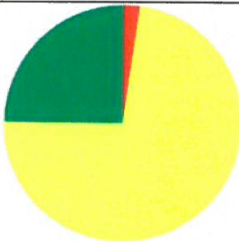
Sykehuset følger opp domsslutningen og har tidligere innfridd erstatningskravet til sykepleierne. Sykehuset har vurdert å kreve dette tilbakebetalt (regresskrav) overfor ekteparet men har etter en helhetsvurdering kommet til at det viktigste nå er å legge saken bak seg. Momenter som OUS rolle, rimelighet, juridiske forhold samt ytterligere saksprosess er forhold sykehuset har tatt i betraktning for å konkludere denne del av saken.

Som følge av saken har sykehuset arbeidet med tiltak for å forhindre at dette skal skje igjen. I tidlig fase av etterforskningen iverksatte sykehuset selv en gjennomgang av saken for å få kunnskap og oversikt og dermed et beslutningsgrunnlag for intern oppfølging. I tillegg ble revisjonsfirma PwC brukt for å gjennomgå diverse administrative rutiner. Det er gjennomført tiltak på området rutiner – system – organisering. Nærmere bestemt omfatter dette: policy for bruk av private arbeidsformidlere, rutiner for rekruttering, rådgivningsfunksjonen til Juridisk direktør og HR direktør, økonomifullmakter, konkretisering av saker som skal løftes til administrerende direktør, samt rutiner for saksbehandling og dokumentasjon. I tillegg er det gjennomført tiltak overfor enkeltindivider.

Saken har med dette fått en slutt og sykehusets handlinger og passivitet har blitt bedømt strafferettslig. Det har vært en alvorlig sak for sykehuset og det er første gang sykehuset har opplevd å få en straffedom som har vært prøvd i tre domstolinstanser. Sykehuset har tatt lærdom på flere måter. Saken har vært omtalt i ledermøter, den blir brukt som eks. og blir referert til i lederopplæringsøymed for å bevisstgjøre om juridisk ansvar og risiko og ta felles ansvar om virksomheten.

5. MEDIEOMTALE 1. AUGUST – 30. NOVEMBER 2015

Antall saker i mediene har gått opp fra 1058 i august, til 1188 i november.
Medieomtalen for denne perioden er i det alt vesentlige vektet nøytralt.

Periode	Antall saker	Vekting	Vekting prosent	Kommentar
Nov 2015	1188		Positiv: 24 Nøytral: 65 Negativ: 11	I perioden har det vært bred mediedekning av sykehusets forskning innen fler tunge områder. Av negative saker kan nevnes omtale av tilsynssak mot en ansatt.
Okt 2015	1029		Positiv: 28 Nøytral: 64 Negativ: 8	Perioden var preget av ekspertuttalelser fra ansatte og omtale forskningsresultater, samt stenging av bassengene på Rikshospitalet og Radiumhospitalet.
Sept 2015	1407		Positiv: 23 Nøytral: 70 Negativ: 7	Perioden ble dominert av ekspertuttalelser og skadde pasienter brakt til sykehuset (MOPS).
August 2015	1058		Positiv: 25 Nøytral: 73 Negativ: 2	Perioden har vært preget av debatt om behovet for nytt bygg på Radiumhospitalet, i tillegg til høye fødselstall i sommermånedene og «sommersaker».

Tilsynssak mot ansatt

I midten av november brakte VG opp detaljer fra en pågående tilsynssak mot en ansatt. I artikkelen svarer konstituert HR-direktør bla på hvilke rutiner sykehuset har ved mistanke om alkoholpåvirkning hos ansatte. Saken spredte raskt, og kommentarene var jevnt over negative.

Stenging av bassengene på Rikshospitalet og Radiumhospitalet

I september og oktober var det mye oppmerksomhet rundt at bassengene på Rikshospitalet og Radiumhospitalet ikke skulle gjenåpnes. Ledelsen ved sykehuset var tidlig ute og bekreftet at en skulle se på saken på nytt. Engasjementet hos ansatte og tidligere brukere var stort, og det ble avholdt en

markering utenfor trivselsanlegget på Radiumhospitalet i slutten av oktober. Det etterlatte inntrykket av denne saken er negativ for sykehuset.

Ekspertuttalelser og forskning

Sykehusets eksperter er nesten daglig representert i mediene og uttaler seg innen eget fagområde, dette gir mye positiv omtale for sykehuset. Denne høsten har det i tillegg vært mange positive saker fra sykehusets mangfoldige forskningsmiljøer i mediene. Av fagområder kan nevnes ernæring, kreft, immunterapi, hjernen og HIV/AIDS.

Det har vært jobbet aktivt med Hjerneåret som nylig ble avsluttet, og flere fagpersoner fra sykehuset har gjort fine figurer i media. HIV/AIDS har vært mye omtalt mot slutten av perioden både knyttet til den internasjonale AIDS-dagen, og da sykehuset var med på å arrangere et høynivå-seminar innen HIV/AIDS med HKH Mette-Marit blant gjestene.

Sosiale medier

Sykehuset er aktivt i flere sosiale medier og følges av stadig flere på Twitter, Facebook, Instagram og LinkedIn. Kanalene benyttes til å nå ut til bestemte målgrupper.

Twitter

Twitter er en effektiv kanal for å formidle pressemeldinger, forskningsstoff og faktaopplysninger fra sykehuset. Antall følgere har økt til ca. 6800, i stor grad journalister og personer med særlig interesse for helsevesenet, fag og forskning.

Facebook

Vi legger ut en variasjon av saker på vår Facebookside. Fra denne perioden kan nevnes:

- En akademisk hyllest til Anders Rostrup Nakstad
- Nytt legevaktnummer lite brukt
- Bedre svartid AMK
- Årets Oslo-borger, leverer ventemat til intensivavdelinger
- Ny oppfinnelse kan redde liv
- Pris for Lean-arbeid/kortere svartid på prøver
- Maskoten Buster til barna på sykehuset
- Rekruttering til cøliaki-studie
- HIV og barn
- eHåndboksapp
- «Skal vi danse» besøker barna på Rikshospitalet

Instagram

Antall følgere øker jevnt og sykehuset har nå nesten 1600 følgere. På kontoene deles det bilder av smått og stort som skjer i sykehuset og det viser seg at det er de nære tingene som julemarked, en kollega som blir satt pris på, et stemningsbilde fra sykehuset eller noe hverdagslig som er de mest populære innleggene.

6. REFERAT

- Foreløpig protokoll fra styremøte i Helse Sør-Øst RHF 19.11.2015 (vedlegg)
- Godkjent protokoll fra Brukerutvalgets møte 23.11.2015 (vedlegg)

Møteprotokoll

Styre:	Helse Sør-Øst RHF
Møtested:	Helse Sør-Øst RHF, Hamar
Dato:	Styremøte 19. november 2015
Tidspunkt:	Kl 0830-1500

Følgende medlemmer møtte:

Per Anders Oksum	Styreleder	
Sigrun E. Vågang	Nestleder	Til kl 12:45
Eyolf Bakke		
Kirsten Brubakk		
Anne Cathrine Frøstrup		
Terje Bjørn Keyn		
Bernadette Kumar		
Peer Jacob Svenkerud		
Truls Velgaard		Forfall 19.11.2015
Svein Øverland		

Fra brukerutvalget møtte:

Øistein Myhre Winje
Rune Kløvtveit

Følgende fra administrasjonen deltok:

Administrerende direktør Cathrine M. Lofthus
Direktør styre- og eieroppfølging Tore Robertsen
Konserndirektør Atle Brynestad, HR-direktør Anne Biering, kommunikasjonsdirektør Gunn Kristin Sande og konsernrevisor Liv Todnem

Konstituering:

Innkalling og sakliste ble godkjent.

Saker som ble behandlet:

069-2015	GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA STYREMØTE 22. OKTOBER 2015
-----------------	--

Styrets enstemmige

V E D T A K

Protokoll fra styremøtet 22. oktober 2015 godkjennes.

070-2015	KVALITETS-, AKTIVITETS, - OG ØKONOMIRAPPORT PER OKTOBER 2015
-----------------	---

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar aktivitets-, kvalitets- og økonomirapporten per oktober 2015 til etterretning.

071-2015	BUDSJETT 2016 – FORDELING AV MIDLER TIL DRIFT OG INVESTERING
-----------------	---

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Styret slutter seg til forslag til budsjett for 2016 med de premisser, mål og prioriteringer som fremkommer i administrerende direktørs saksfremstilling.
2. For Helse Sør-Øst skal veksten innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling hver for seg være høyere enn veksten innen somatikk. Det forutsettes at helseforetakene og sykehusene bidrar til en samlet innfrielse av dette kravet.
3. Sum faste inntekter 2016 fordeles som følger, tall i millioner kroner:

2 016	Faste inntekter
Akershus SO	5 898
Innlandet SO	5 960
Oslo SO	15 707
Sørlandet SO	4 449
Telemark og Vestfold SO	5 744
Vestre Viken SO	5 788
Østfold SO	4 043
Private ideelle sykehus uten opptaksområde	227
Sykehuspartner HF	51
Helse Sør-Øst RHF	8 072
I alt	55 939

Helseforetakenes og sykehusenes inntektsrammer for 2016, herunder ISF, forskningsmidler, vilkår for bevilgningen, øvrige styringskrav og rammebetingelser vil bli fastsatt i oppdrag og bestilling for 2016.

4. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å:

- Fordele inntektsrammer
 - mellom de private ideelle sykehusene Betanien Hospital, Martina Hansens Hospital AS og Revmatismesykehuset AS
 - internt i Telemark og Vestfold sykehusområde mellom Sykehuset i Vestfold HF og Sykehuset Telemark HF
 - internt i Oslo sykehusområde mellom Oslo universitetssykehus HF, Sunnaas sykehus HF, Diakonhjemmet Sykehus AS og Lovisenberg Diakonale Sykehus AS
- Foreta eventuelle budsjettkorrigeringer gjennom året, blant annet som følge av nye bevilgninger eller føringer fra eier, styrevedtak i Helse Sør-Øst RHF, tekniske justeringer som følge av feilbudsjetteringer med videre
- Inngå avtaler om kjøp av helsetjenester fra private tilbydere i tråd med gjeldende prioriteringer og føringer
- Oppta investeringslån fra Helse- og omsorgsdepartementet knyttet til
 - Oppgraderings- og vedlikeholdsinvesteringer ved Oslo universitetssykehus HF, inntil 315 millioner kroner
 - Tønsbergprosjektet ved Sykehuset i Vestfold HF, inntil 100 millioner kroner

5. Følgende allerede iverksatte byggeprosjekter videreføres i 2016:

- Nytt østfoldsykehus ferdigstilles med 90 millioner kroner
- Oslo universitetssykehus HF viderefører omstillingsinvesteringer (samlokalisering fase I) med 210 millioner kroner innenfor rammene av sak 075-2010
- Forprosjekt for Tønsbergprosjektet ved Sykehuset i Vestfold HF videreføres med 130 millioner kroner. Dette er i sin helhet ekstern lånefinansiering fra 2015 og 2016

6. Oppgraderings – og vedlikeholdsinvesteringer ved Oslo universitetssykehus HF igangsettes med inntil 450 millioner kroner innenfor rammene av sak 045-2015. Av dette utgjør 315 millioner kroner ekstern lånefinansiering. Resterende finansiering dekkes av foretakets egne midler.
7. Satsningen på Digital fornying videreføres ved at det som en planleggingsforutsetning reserveres inntil 1 117 millioner kroner til investering, og inntil 216 millioner kroner til driftskostnader.
8. Det reserveres en regional resultatbuffer på 129 millioner kroner. I tillegg reserveres en sentral risikobuffer for eventuelle økte investeringsbehov på inntil 200 millioner kroner.

072-2015	ÅRLIG MELDING 2015 – INNSPILL TIL STATSBUJSJETT FOR 2017
-----------------	---

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Styret slutter seg til den foreliggende vurdering av aktivitetsforutsetninger for somatiske tjenester, psykisk helsevern og tverrfaglige spesialiserte tjenester til rusmiddelmissbrukere, som innspill til statsbudsjett for 2017.
2. Styret ber videre om at følgende forhold vurderes nærmere i forbindelse med statsbudsjett for 2017:
 - Behovet for økt innsats for digital fornying / IKT-utvikling
 - Behovet for forutsigbarhet i finansieringsregimet
 - Gjennomgang av ordninger der helseforetakene har finansieringsansvar for tredje part
 - Økte pensjonskostnader og gjestepasientoppgjør
 - Nye kostbare legemidler/behandlingsmetoder
 - Tilgjengelighet – styrking av patologitjenesten
 - Behovet for takster som understøtter ambulante tjenester innen psykisk helsevern
 - Kostnader som følge av endringer i spesialiststrukturen for leger
3. Styret bemerker at det i aktivitetsfremskrivningen er lagt til grunn data for 2014 og at befolkningsfremskrivningen ikke hensyntar den økte flyktningetilstrømmingen. Økonomiske konsekvenser for spesialisthelsetjenesten som følge av flyktnings situasjonen i 2017 vil måtte avklares i særskilt dialog med Helse- og omsorgsdepartementet.
4. Styret ber om at innspillet oversendes Helse- og omsorgsdepartementet.

073-2015

STIFTELSE AV NASJONALT HELSEFORETAK FOR SAMORDNING INNEN INNKJØP (SYKEHUSINNKJØP HF)

Styrets enstemmige

V E D T A K

Forslag til vedtak:

1. Styret vedtar å stifte Sykehusinnkjøp HF i henhold til vedlagte stiftelsesdokument, som omfatter styresammensetning, vedtekter og valg av revisor. Vedlagte foretaksavtale godkjennes. Det regionale helseforetakets administrerende direktør gis fullmakt til å signere dokumentene på vegne av styret.
2. Styret slutter seg til at hvert av de regionale helseforetakene skal ha en eierandel 25 prosent i Sykehusinnkjøp HF.
3. Som ledd i stiftelsen skal hver eier (de fire regionale helseforetak) skyte inn et innskudd på 1,25 millioner kroner. Som ledd i oppstart av driften i helseforetaket skal hver eier bidra med et lån på 0,5 millioner kroner.
4. Opprettelsen av Sykehusinnkjøp HF skjer i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene og i henhold til likelydende styrevedtak. Helseforetaket vil formelt være stiftet på det tidspunkt hvor samtlige av de fire likelydende styrevedtak er fattet.
5. Spørsmålet om ansattevalgtes deltakelse i styret fra stiftelsestidspunktet avklares og stadfester endelig i styremøte 17. desember 2015.

074-2015

STYRING AV DE REGIONALE HELSEFORETAKENES FELLES EIDE SELSKAPER

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Styret tar til etterretning prinsippene for organisering og styring av de felles eide selskapene.
2. Luftambulansetjenesten og Pasientreiser vurderes organisert som helseforetak.
3. Administrerende direktør har ansvar for at det er et samordnet system for styring, oppfølging og forankring av virksomheten i de felles eide selskapene.
4. Rapportering og planer for virksomheten i de felles eide selskapene innarbeides i økonomisk langtidsplan og behandles av RHF-styrene.
5. Eierstyringen og oppfølgingen av virksomheten i de felles eide selskapene ivaretas av de administrerende direktørene.

6. I samarbeid med de ansattes organisasjoner og vernetjenesten foretas en gjennomgang av hvordan samarbeidsordningene kan videreutvikles slik at de ansattes / tillitsvalgtes medvirkning i virksomheten til de regionale helseforetakenes felles eide selskap kan ivaretas på en god måte.

075-2015	BRUKERMEDVIRKNING I HELSEFORSKNING I NORGE – FORSLAG TIL RETNINGSLINJER OG TILTAK
----------	--

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret i Helse Sør-Øst RHF tar til orientering at rapporten *Brukermedvirkning i helseforskning i Norge og Endelige retningslinjer datert 26.02.15* vil være retningsgivende for økt grad av brukermedvirkning i forskningens ulike faser.

076-2015	STATUS PÅGÅENDE REVISJONER OG FORBEREDELSE REVISJONSPLAN 2016-2017 FOR KONSERNREVISJONEN HELSE SØR-ØST
----------	---

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar informasjonen om konsernrevisjonens pågående revisjoner til etterretning.

077-2015	ENDRET STYRESAMMENSETNING I SYKEHUSPARTNER HF
----------	--

Styrets enstemmige

V E D T A K

Det gjennomføres følgende endringer i styret for Sykehuspartner HF:
Thomas Bagley oppnevnes som ny styreleder og Marianne Andreassen som nytt styremedlem. Begge med funksjonstid fra 20. november 2015 til nytt styre oppnevnes i foretaksmøte i 2016.

078-2015

ORIENTERINGSSAK: STYRESAKER I HELSE SØR-ØST RHF – STATUS OG OPPFØLGING

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar den fremlagte oversikten over status og oppfølging av styrevedtak fram til november 2015 til orientering.

079-2015

ORIENTERINGSSAK: ÅRSPLAN STYRESAKER

Styrets enstemmige

V E D T A K

Årsplan styresaker tas til orientering.

ANDRE ORIENTERINGER

1. Styreleder orienterer
2. Driftsorienteringer fra administrerende direktør
3. Protokoll fra møte i revisjonsutvalget 21.oktober 2015
4. Protokoll fra møte i revisjonsutvalget 9. november 2015
5. Protokoll fra møte i brukerutvalget 13. og 14. oktober 2015

Temasak

- Sykehuset Østfold HF – Orientering om innflytting og ibruktakelse av nytt østfoldsykehus på Kalnes
v/administrerende direktør Just Ebbesen, Sykehuset Østfold HF og prosjektdirektør Dag Bøhler, Prosjekt nytt østfoldsykehus

Temasaker i styreseminar 18. november 2015

- Nasjonal og regional IKT-strategi
v/direktør teknologi og ehelse Thomas Bagley
- Styrets egnevaluering

Møtet hevet kl. 14:25

Hamar, 19. november 2015

Per Anders Oksum
Styreleder

Sigrun E. Vågeng
nestleder

Eyolf Bakke

Kirsten Brubakk

Anne Cathrine Frøstrup

Terje Bjørn Keyn

Bernadette Kumar

Peer Jacob Svenkerud

Truls Velgaard

Svein Øverland

Tore Robertsen
styresekretær

PROTOKOLL

Møtetema: Brukerutvalgsmøte 23. november 2015
Til: Brukerutvalget ved OUS
Kopi: Kari Skredsvig, Tove Strand, Anne Margrethe Svanes
Dato dok: 26.11.2015
Dato møte: 23.11.2015
Referent: Stine Arntzen Selfors
Tilstede: Tove Nakken, Lilli-Ann Stensdal, Kim Fangen, Veslemøy Ruud, Kjell Silkoset, Tommy Sjøfjell, Ane Ringstad Næss, Twinkle Dawes, Stine Dybvig, Kristin Borg og Heine Århus. Kari Skredsvik og Stine Arntzen Selfors (Stab samhandling og internasjonalt samarbeid)
Forfall: Eli Rasmussen, Arne Olav Hope, Tayyab Chaudri

Saksliste (følgende saker ble drøftet/orientert om):

Sak nr	
053-15	Godkjenning av innkalling Vedtak Innkalling med saksliste godkjent.
054-15	Orienteringssaker <ul style="list-style-type: none">• Deltakelse i mastergradsoppgave om brukermedvirkning• Konferanse om brukermedvirkning i pasientforløp vår-16• Erfaringskonferanse rus og psykisk helse• Samhandlingskonferanse 1-2. desember• Arbeidsseminar om diagnostiske sentre• Eli Rasmussen har permisjon fra brukerutvalget
055-15	SMS-varsling Brukerutvalget har tidligere påpekt for styret at det er en utfordring at det i sms-varslingene ikke fremkommer hvilket sykehus pasientene skal møte opp på. Kommunikasjonsdirektør Annelene Foss Svingen informerte om at hun, sammen med personvernombudet jobber for å få til en endring av teksten som sendes ut og håper det foreligger en konkret plan som kan presenteres for styret 17. desember. Vedtak Brukerutvalget følger denne saken videre.

056-15	<p>Timeavtale på konsultasjoner frem i tid Brukerutvalget ønsker, i samråd med administrerende direktør, å se på hvordan de kan påvirke at pasienter kan få en timeavtale på timer langt frem i tid. Rådgiver Ulla Kiberg fra avdeling for kliniske systemer orienterte om dagens situasjon og om ulike hindringer for å få til en slik praksis.</p> <p>Vedtak Brukerutvalget følger denne saken videre i 2016</p>
057-15	<p>Konsultasjons- og liaisonteam Prosjektleder Roger Ottesen informerte om prosjektet og om foreløpig status. Konsultasjons- og liaisonteam er et supplerende tilbud til inneliggende pasienter i somatiske avdelinger, der det anses å være en sammenheng mellom pasientens skade/sykdom og høyt inntak av alkohol og/eller andre rusmidler. I prosjektperioden er dette et tilbud til enkelte avdelinger i medisinsk klinikk.</p> <p>Vedtak Brukerutvalget tar saken til orientering og vil ved behov støtte en videreføring av prosjektet.</p>
058-15	<p>Mål for brukerutvalget i 2016 Tove Nakken gjennomgikk hovedpunkter i den nasjonale helse- og sykehusplanen som et utgangspunkt for brukerutvalgets fokus i 2016.</p> <p>Vedtak Leder og koordinator utarbeider et utkast til mål for 2016, som sendes på høring til brukerutvalget og tas opp til beslutning på møtet 14. desember.</p>
059-15	<p>Eventuelt Brukerutvalget reagerer på mangel på reell brukermedvirkning i organisasjonsprosjektet og forventer at brukermedvirkning blir ivaretatt på en bedre måte i det videre arbeidet med organisasjonsutviklingen</p> <p>Vedtak: Brukerutvalget lager en uttalelse til Adm. direktør vedr. mangelfull brukerinvolvering i Organisasjonsprosjektet.</p>
060-15	<p>Om Aker helsearena med omvisning Spesialrådgiver Bente Berg presenterte Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring i Helse (NK LMH) Oslo universitetssykehus sin koordinator på Aker, Marie Hysten Klippenberg, ga en presentasjon av Aker Helsearena Brukerutvalget fikk en omvisning på sykehuset.</p>