

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 13. februar 2015

Saksbehandler: Direksjonssekretær

Vedlegg: Sakliste

---

**SAK 1/2015      GODKJENNING AV INNKALLING OG SAKLISTE**

### **Forslag til vedtak:**

*Styret godkjenner innkalling og sakliste.*

Oslo, den 5. februar 2015

Stener Kvinnsland  
Sign.

# Oslo universitetssykehus HF

## Møteinnkalling

---

Møtenavn:	Styremøte 1/2015
Dato møte:	13. februar 2015
Møtetid:	Klokken 10.30 - 16.00
Møtested:	Clarion Hotell Oslo lufthavn, Gardermoen.

---

1/2015	Beslutning:	Godkjenning av innkalling og sakliste
2/2015	Beslutning:	Godkjenning av protokoll styremøte 18.12.2014
3/2015	Beslutning:	Ledelsens gjennomgang 3. tertial 2014
4/2015	Orientering:	Rapport per desember 2014
5/2015	Orientering:	Rapportering for 2015
6/2015	Beslutning:	Årlig melding 2014
7/2015	Beslutning:	Oppdrag og bestilling 2015
8/2015	Beslutning:	Budsjett 2015
9/2015	Beslutning:	Idéfase OUS – Campus Oslo
10/2015	Beslutning:	Legevakten i Oslo
11/2015	Orientering:	Status oppfølging av styresaker
12/2015	Orientering:	Plan for styret
13/2015	Orientering:	Administrerende direktørs orienteringer
14/2015	Beslutning:	Lønn til administrerende direktør

Stener Kvinnsland  
sign.

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 13. februar 2015  
Saksbehandler: Direksjonssekretær  
Vedlegg: Protokoll fra styremøte 18. desember 2014

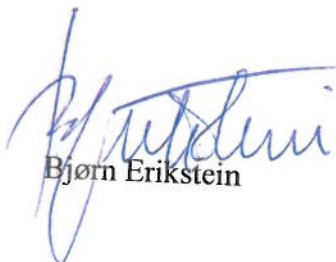
---

**SAK 2/2015      GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA  
STYREMØTE 18. DESEMBER 2014**

### Forslag til vedtak:

*Styret godkjenner protokoll fra styremøte 18. desember 2014.*

Oslo, den 5. februar 2015



Bjørn Erikstein

# Oslo universitetssykehus HF

## UTKAST

### Protokoll

---

Møtenavn:	<b>Styremøte</b>
Til:	Styrets medlemmer
Dato dok.:	18. desember 2014
Dato møte:	18. desember 2014 kl 800-1425 på Radiumhospitalet.
Offentlighet:	
Referent:	Jørgen Jansen

---

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

Forfall: Einar Enger deltok ikke under sakene 69/2014, 72/2014 og 75/2014.

Til stede fra administrasjon: Morten Reymert, Tove Strand, Kjell Magne Tveit, Rolv Økland, Eva Bjørstad, Erlend Smeland, Morten Meyer m.fl.

Tilstede ellers: observatører fra Brukerutvalget, konsernrevisjonen og publikum

### **Sak 63/2014 Godkjenning av innkalling og saksliste**

Enstemmig vedtak:

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

### **Sak 64/2014 Godkjenning av protokoll**

Enstemmig vedtak:

Styret godkjenner protokoll fra styremøte 30. oktober 2014.

## Sak 65/2014 Rapport per november 2014

Enstemmig vedtak:

Styret tar rapporteringen for november 2014 til orientering.

## Sak 66/2014 Budsjett 2015

Det ble opplyst om at forventet vedtak i foretaksmøte 19. desember 2014 vedrørende endringer i pensjon, isolert sett vil øke finanskostnadene i 2015 med om lag 11 millioner kroner. Dette vil bli innarbeidet i budsjettet for 2015.

Enstemmig vedtak:

1. Styret legger til grunn et positivt økonomisk resultat på 175 millioner kroner som økonomisk styringsmål for 2015.
2. Styret konstaterer at budsjettforutsetningene er endret og mer krevende med økt resultatrisiko. Styret ber administrerende direktør arbeide med å tilpasse driften til budsjettforutsetningene og komme tilbake med en nærmere redegjørelse til styret i neste møte.
3. Styret vedtar budsjett for Oslo universitetssykehus HF for 2015 slik det fremgår av tabellene 1, 2 og 3 i styresak 66/2014. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å disponere budsjettet i samsvar med beslutninger i foretaksmøte for Oslo universitetssykehus HF, vedtak i styret i Oslo universitetssykehus HF og gitte fullmakter.
4. Styret ber administrerende direktør legge områdeplanen for IKT til grunn for videre arbeid på IKT-området.
5. 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.
6. Styret ber om en nærmere redegjørelse av konsekvensen av leieavtalene for sykehusets drift.
7. Administrerende direktør gis sammen med styreleder fullmakt til å reinvestere pensjonsmidler i Statens pensjonskasse.
8. Styret påpeker viktigheten av at det videre arbeidet med budsjett 2015 er gjenstand for en bred prosess med god involvering av fagmiljø og tillitsvalgte helt ut i organisasjonen.

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

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

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

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

Sykehuset er i en vanskelig situasjon med en kombinasjon av økonomiske utfordringer, for lav kapasitet innen en rekke områder, og behov for store investeringer. Ansatterepresentantene stiller seg derfor tvilende til om sykehuset er i stand til å håndtere aktivitetsveksten innenfor budsjetttrammene. De fremlagte tiltakene vil kunne medføre ytterligere kapasitetsproblemer og flaskehalsproblematikk med økende ventetider og forringet kvalitet i pasientbehandlingen.

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

## **Sak 67/2014 Investeringstiltak i bygningsmassen til Oslo universitetssykehus**

Enstemmig vedtak:

1. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å søke et lån på inntil 1 265 millioner kroner for å understøtte investeringer i bygningsmassen for å lukke myndighetspålegg og sikre oppgraderinger slik at sikker drift kan opprettholdes.
2. Styret legger til grunn at egenandelen på 542 millioner kroner finansieres av Oslo universitetssykehus HF's egne midler.
3. Styret ber om at lånesøknaden fremmes til Helse- og omsorgsdepartementet via Helse Sør-Øst RHF.

## **Sak 68/2014 Status investeringer i samlokaliseringer**

Enstemmig vedtak:

Styret tar status og redegjørelse for omstillingsprosjekter til orientering.

## **Sak 69/2014 Idefase OUS – Campus Oslo**

Enstemmig vedtak:

1. Styret tar redegjørelsen om Idefase OUS-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.

### **Sak 70/2014 Salg av Josefinesgate 30 og Pilestredet 77/79**

Enstemmig vedtak:

1. Styret anbefaler salg av eiendommen Josefinesgate 30, gnr 214 bnr 176 i Oslo kommune.
2. Styret anbefaler salg av eiendommen Pilestredet 77/79, gnr 216 bnr 126 i Oslo kommune.
3. Styret ber administrerende direktør formidle salgsanbefalingene til Helse Sør-Øst RHF for vedtak i foretaksmøtet.

### **Sak 71/2014 Virksomhetsoverdragelse av stråleterapientheter fra Oslo universitetssykehus HF til Sørlandet sykehus HF og sykehuset innlandet HF**

Enstemmig vedtak:

1. Styret slutter seg til avtale om virksomhetsoverdragelse av stråleterapienthet i Kristiansand fra Oslo universitetssykehus HF til Sørlandet sykehus HF.
2. Styret slutter seg til avtale om virksomhetsoverdragelse av stråleterapienthet på Gjøvik fra Oslo universitetssykehus HF til Sykehuset Innlandet HF.
3. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å slutføre og signere avtalene om virksomhetsoverdragelse.

### **Sak 72/2014 Arbeid med pasientforløp – pakkeforløp for kreft**

Enstemmig vedtak:

Styret tar redegjørelse om arbeid med pasientforløp og pakkeforløp for kreft til orientering.

## **Sak 73/2014 Valg av ansattevalgte styremedlemmer – oppnevning av valgstyre**

Enstemmig vedtak:

Styret oppnevner følgende valgstyre til valget av styremedlemmer av og blant de ansatte:

1. Merete Skaug, vara Tone Hagedal Wright
2. Anette Emilie Røkholt, vara Mari Torset
3. Brynhild Asperud, vara Grunde Beisland
4. Veronica Kollevåg, vara Gry Renate Bergskaug
5. Kjersti Baksaas Aasen, vara Ruth Flenning
6. Tove Røsten, vara Roger Eriksen

## **Sak 74/2014 Plan for styrets arbeid**

Enstemmig vedtak:

Styret tar til saken til orientering.

## **Sak 75/2014 Administrerende direktørs orienteringer**

Enstemmig vedtak:

Styret tar til saken til orientering.

Stener Kvinnsland  
Styreleder

Anne Carine Tanum  
Nestleder

Berit Kjøll

Björg Månum Andersson

Ole Petter Ottersen

Einar Enger

Svein Erik Urstrømmen

Nina Bachke

Merete Norheim Morken





# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 13. februar 2015

Saksbehandler: Direktør for pasientsikkerhet og kvalitet

Vedlegg: 1. Risikovurdering med tiltaksplaner etter 3.tertial 2014  
2. Utvalgte områder og kommentarer fra 3. tertial 2014

---

### SAK 3/2014 LEDELSENS GJENNOMGANG 3. TERTIAL 2014

#### Forslag til vedtak:

*Styret tar ledelsens gjennomgang fra 3. tertial 2014 til etterretning.*

Oslo, den 5. februar 2015

  
Bjørn Erikstein

**Sammendrag**

Administrerende direktør har avholdt dialog- og oppfølgingsmøter (Ledelsens gjennomgang) med alle klinikkledere og deres avdelingsledere etter 3.tertial 2014 hvor klinikkens resultater og utfordringsbilde etter 3.tertial 2014 ble diskutert. Ledelsens gjennomgang må sees i sammenheng med de månedlige resultatrapporteringene til styret.

**Administrerende direktørs vurdering og anbefaling**

God virksomhetsstyring krever godt samspill mellom pasienter, ansatte og ledelse, systemer, rutiner og arbeidsprosesser. Oslo universitetssykehus er en kompleks organisasjon som skal tilby god pasientbehandling innen trygge rammer.

Intern styring og kontroll med fokus på systematisk forbedring utøves gjennom sykehusets etablerte kvalitetssystem.

Det er administrerende direktørs vurdering at de etablerte rutiner for god virksomhetsstyring gir innsikt og kunnskap om organisasjonen og de resultater sykehuset leverer. Oslo universitetssykehus skal bygge kultur for forbedring. Dette er en kontinuerlig prosess som utvikles over tid. I en stor og kompleks organisasjon som Oslo universitetssykehus er det fortsatt til dels stor variasjon i de ulike avdelingens integrasjon og implementering av kvalitetssystemet.

Med omfattende aktiviteter og tiltak er vurderingen at det er god bevissthet omkring det risikobildet sykehuset, har og at det arbeides systematisk på bred front.

**Faktabeskrivelse**

I 3. tertial fikk over 12 000 medarbeidere opplæring i forbindelse med nytt felles elektronisk pasientsystem PAS/EPJ. Fem år med ulike systemer er dermed over. Felles system gir sikrere pasientbehandling, bedre informasjonsflyt og samhandling mellom behandlere og er en milepæl i organisasjonen. Det betyr ikke at innføringen ikke samtidig har bydd på problemer for mange ansatte. Spesielt ansattes brukertilganger, som etter innføringen er i tråd med lovverket (Ref. Riksrevisjonen, dokument 3-214), har skapt betydelige vansker for mange. Gjennom avvikssystemet og andre kanaler blir dette fulgt opp og bedret fortløpende. Sykehusets ansatte har gjort en meget solid jobb men vil fortsatt måtte bruke tid på å tilpasse arbeidsrutiner og lære ny funksjonalitet.

I forbindelse med innføringen av det nye pasientadministrative systemet, sendes det nå elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger (PLO) til bydelene. Dette er innført med stor suksess, både sykehus og bydeler oppsummerer innføringen som en stor forbedring i samhandlingen mellom sykehus og kommunehelsetjeneste.

I oktober mottok sykehuset den første norske Ebola pasienten og det ble rettet stor oppmerksomhet mot behandling, kompetanse, beredskap og infrastruktur. Sykehuset fikk med denne pasienten testet i praksis det personalet er trent for. Sykehusets høysmitteisolat ble for første gang tatt i bruk siden åpningen i 2006. Sykehuset viste igjen den kompetanse og beredskap de ansatte har.

Oslo universitetssykehus er et flerkulturelt sykehus. God kommunikasjon og informasjon til pasienter og pårørende er en forutsetning for god behandling. I samarbeid med Akershus universitetssykehus HF (Ahus) og Sunnaas sykehus HF har Oslo universitetssykehus etablert Tolkesentral. Hensikten er å legge til rette for bedre tolketjenester ved sykehusene gjennom å benytte kvalifiserte tolker, tettere oppfølging

av bestillere og opplæring i kommunikasjon via tolk til helsepersonell. Bruk av kvalifiserte tolker og at helsepersonell kjenner til hvordan kommunisere med pasienter og pårørende via tolk er et viktig element i å ivareta pasientsikkerheten. Studier viser også at det bidrar til redusert liggetid og reduserte reinnleggelser. Erfaringer så langt tilsier at avdelingene er godt fornøyde med kvaliteten på tolkingen som formidles.

Sykehusets brukerundersøkelser er i 3. tertial oversatt til de 8 mest brukte språk blant sykehusets pasienter. Det er for tidlig å si noe om resultatene men det viktigste ved sykehusets interne brukerundersøkelse er å gi pasienter og pårørende en direkte tilbakemeldingskanal "on time" til den avdelingen der pasienten har vært. Det gir avdelingene en direkte mulighet til forbedring der det er nødvendig. Det ligger for øvrig mye motivasjon i alle de positive tilbakemeldingene noe som også er viktig å tilbakeføre til de ansatte.

Felles aldersgrense for overgang mellom barn og voksen på 18 år ble innført 3.tertial. Dette har gjennom lengre tid vært etterlyst gjennom pårørende foreninger og pasienter med spesielt sammensatte lidelser som krever ulike spesialiteter.

Tilpasset aktivitet og kompetanse (bemanning) 24/7 er krevende i et sammensatt og stort sykehus som Oslo universitetssykehus. Gjennom 3. tertial er aktiviteten noe lavere i de somatiske tjenestene enn måltallet, samtidig som antall årsverk har økt. Ulike fagområder som bla patologi, radiologi, nyfødtingensiv og AMK har fått økt bemanning uten at det har vært mulig med tilsvarende nedtrekk på andre områder. Dette er først og fremst begrunnet i å sikre forsvarlig behandling. En samtidig økning i AML-brudd begrunnes til dels med innføringen av PAS/EPJ og for å sikre forsvarlig drift gjennom døgnet. Arbeidstilsynet har tett oppfølging av sykehuset relatert til AML-bruddene med fast rapportering og kvartalsvise møter.

Øvrige tilsynsmyndigheter har 3. tertial hatt færre tilsyn sammenlignet med tilsvarende periode i 2013. Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap gjennomførte et oppfølgingstilsyn i oktober. I sin rapport viser de til at sykehuset har hatt god effekt og bedret sin kompetanse i elektromedisinsk utstyr blant klinisk personell. Dette har vært et nødvendig og viktig pasientsikkerhetstiltak. Sykehuset fikk igjen avvik innen elektroområdet med fare for at det gjenopprettes sanksjoner i form av tvangsmulkt. Rapport avventes. Det henvises for øvrig til vedlegg 2 side 11.

Som det fremgår av vedlegg 1 opprettholder Statens Helsetilsyn sin tvangsmulkt på 100 000 kroner i måneden frem til Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral når målet med en aksesetid på 90 % innen 10 sekunder og 100 % innen 20 sekunder. Det er iverksatt flere tiltak for å nå målet.

Det er fortsatt økende trend i antall meldte hendelser i tilknytning til pasientbehandlingen. En del av økningen forklares med innføring av PAS/EPJ. Antall meldinger sier ikke noe om forekomst men noe om meldekultur. Positiv trend er bra da det fortsatt er variasjon i avdelingenes meldekultur. Det er også stor variasjon mellom avdelinger på implementering av handlingsplan for pasientsikkerhetsprogrammet og undersøkelsen for pasientsikkerhetskultur. Resultater følges opp gjennom lederlinjen, i det sentrale kvalitetsutvalget og gjennom erfaringsutveksling i kvalitetsrådgivernetverket mellom klinikkene.

Antall alvorlige meldte hendelser er omtrent på samme nivå som tidligere. Hendelser uten konsekvens er over 50 %. Samme tendens ser vi innen HMS-avvik. Det er fortsatt ikke mulig å definere hva som vil være et reelt nivå for Oslo universitetssykehus, men det er viktig å følge innbyrdes fordeling av kategoriene over tid og sikre at hendelsene medfører læring og forbedring.

Tilbakemeldinger fra pasienter, brukere og samarbeidspartnere holder seg omtrent på samme nivå som foregående år.

Det er å merke seg at utbetalingene til Norsk Pasientskadeerstatning har økt for Oslo universitetssykehus i 2014. Det er fagområdene gastroenterologisk kirurgi, svulster og kreftsykdommer, føde og ortopedisk kirurgi som har medført de største erstatningssummene. Ved foreløpig gjennomgang kan det se ut som om antall saker ikke har økt men utbetalingene i enkeltsaker er større. De ulike fagmiljøer vil bli bedt om å analysere dette nærmere.

Antall saker avsluttet hos Fylkesmannen med brudd på helselovgivningen har økt markant i 3.tertial. Alle saker er gjennomgått i sykehusets ledergruppe og i tertialoppfølgingen med avdelinger og klinikker. Enkelte saker er av eldre dato og det er usikkert hva denne økningen beror på. Saken ble også diskutert i oppfølgingsmøte med Fylkesmannen i november uten at det er klar indikasjon på systematisk svikt. Administrerende direktør følger saken nøye og har styrket pasientsikkerhetsstaben som ledd i sin internkontroll. Det henvises for øvrig til vedlegg 2, side 30.

Det er en økende forekomst av pasienter med multiresistente bakterier i sykehuset. Det gjelder både meticillinresistente gule stafylokokker (MRSA), vankomycinresistente enterokokker (VRE) og multiresistente Gram negative stavbakterier. Dette er en nasjonal trend, men forekomsten er generelt signifikant høyere ved Oslo universitetssykehus HF enn nasjonalt, slik det er vist i vedlegg 2, tabell 7 og 8. Tallene for 2014 er ikke klare, men foreløpige tall viser en ytterligere økning. Handlingsplan for smittevern er nylig godkjent av administrerende direktør.

### **Risikovurdering etter 3. tertial**

Som ved tidligere tertial viser effektvurderingene av forbedringstiltak at de risikoområder som er definert krever til dels store endrings- og forbedringstiltak. Som det fremgår av risikokartene i vedlegg 1 er årsaken og sammenhengen mellom de mange områder delvis et resultat av sykehusets dårlige standard både mht bygg og infrastruktur. Det er derfor å forvente at kortsiktige tiltak ikke endrer risikobilde vesentlig.

### **Pasientbehandling**

Det er ingen større endringer i sykehusets risikobilde etter 3.tertial, men pågående tiltak endrer bildet noe i positiv retning. Nytt PAS/EPJ-system har en helt annen stabilitet og reduserer risikoen for uventet bortfall av sentrale kliniske systemer, samtidig som avviksregistreringer viser at det oppstår hendelser som kan bidra til forsinkelser/svikt.

I tillegg er det gjennom 2014 arbeidet systematisk med tilrettelegging av arealer, utstyr og rekruttering av personell innenfor områdene operasjon, intensiv, AMK og radiologi som bidrar til å bedre risikobildet noe mht kapasitet innen disse områdene. Flere tiltak forutsetter imidlertid komplekse og tidkrevende prosesser som ikke gir målbare effekter i et kortsiktig perspektiv, men som forventes større effekt i 2015

I tillegg er det fortsatt betydelige utfordringer i sykehuset både med utilfredsstillende arealer, manglende kapasitet, gammelt utstyr og mangel på kompetent personell. Dette arbeides det videre med.

Når det gjelder behandlingskapasitet, ventelister og fristbrudd, var risikobildet redusert tidlig på høsten etter en intens opprydding i ventelister, prosjekter for å redusere ventelister, avtaler med andre sykehus for å avhjelpe ventelister med mer. Overgangen til DIPS har dessverre fått negative konsekvenser for sykehusets ventelistebylde. Dette har nå stor oppmerksomhet. Sykehuset har utarbeidet flere pasientforløp og vil fortsette dette arbeidet. Et stort fokus mot slutten av året har vært forberedelse til innføringen av utredningspakker og pakkeforløp for kreft. Helsedirektoratet har utarbeidet fire pakkeforløp for de største kreftformene med implementering 1 januar 2015, og i løpet av 2015 vil 24 flere pakkeforløp bli ferdigstilt og implementert. Det innføres også en monitorering av forløpstider i pakkeforløpene. Etablering av forløpskoordinatorer er sentralt i dette arbeidet, samt etablering av tilstrekkelig utrednings- og behandlingskapasitet, ledelse og samhandling.

### **Arbeidsmiljø**

”Bygningsmassens tekniske standard” meldes som hovedutfordring og til tross for svært mange oppgraderinger og forbedringer for pasienter og ansatte vil dette vedvare inntil mer permanente løsninger er etablert. Bygningsmessige tiltak gjennomføres i henhold til prioriterte planer, og skal imøtekomme pålegg fra Arbeidstilsynet, Branntilsynet og El-tilsynet. Når det gjelder HMS-avvik er det ”Informasjon/samhandling” som er den største avviksgruppen i 3. tertial. Dette skyldes hovedsakelig DIPS-innføringen og manglende svar eller lang svartid i telefontiden på poliklinikkene. Innen psykososialt/ organisatorisk arbeidsmiljø er det ”arbeidsbelastning” og ”bedriftskultur” som er de største utfordringene. Når det gjelder arbeidsbelastning arbeides det bredt og systematisk i alle klinikkene med å redusere brudd på arbeidstidsbestemmelsene. Mange av tiltakene som OUS og enhetene har iverksatt er av langsiktig karakter. Etter 3. tertial iverksettes flere tiltak for å forsterke oppfølgingen av arbeidstidsbrudd i foretaket med særskilt oppfølging av utsatte enheter. Klinikkvise møter med alle avdelingsledere om arbeidstidsbestemmelsene og oppfølging av arbeidstidsbrudd er igangsatt, og skal gjennomføres i samtlige klinikker. I tillegg arbeider HR-staben med å forsterke kunnskapsgrunnlaget innen arbeidstidsbrudd og sikre erfaringsdeling fra enheter som har lyktes i å redusere arbeidstidsbrudd, samt gi veiledning til utsatte enheter om hvordan brudd kan unngås.

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

IKT-situasjonen for forskere har vært vanskelig over lang tid og har vært fulgt opp tett av sykehuset overfor Helse Sør-Øst. Det pågår et omfattende arbeid for å forbedre situasjonen, og sentralt i dette står to tiltak rettet mot forskning: 1) Prosjekt Regionale IKT-tjenester for forskning, 2) Etablering av Seksjon for Forskning og innovasjon i Sykehuspartner. I tillegg er modernisering av IKT-infrastrukturen til sykehuset en grunnleggende forutsetning for å tilby forbedrede tjenester. Oppgradering av nettverk skal skje fra og med våren 2015 og inn i 2016, noe som er nødvendig for å levere stabile og forbedrede tjenester.

Det er etablert et stort antall nasjonale, regionale og lokale kvalitetsregistre på sykehuset. Det regionale fagsenteret for nasjonale kvalitetsregistre i Helse Sør-Øst, som er lagt til Oslo universitetssykehus, har styrket sin registerkompetanse med to registerrådgivere fra høsten 2014, for å bistå de nasjonale kvalitetsregistrene med database- og rapporteringsstøtte. Manuelle uttrekk av data er fortsatt svært ressurs- og kompetansekrevede for klinikkene. Det planlegges en pilot for bedre elektroniske løsninger for datafangst i 2015.

Tilstrekkelig tid til forskning kombinert med klinisk virksomhet er fortsatt like krevende, gitt effektiviseringskravene klinikkene står overfor. Prioritering av mer tid til klinisk forskning er diskutert i ledermøtet i forbindelse med sak om sykehusets og klinikkens forskningsfinansiering. Det er også tatt opp som en særskilt problemstilling fra sykehusets eksterne Scientific Advisory Board på ledersamling januar 2015. Dette er en risiko som på sikt kan gå ut over faglig utvikling og kvalitet i pasientbehandling og diagnostikk. Det er påkrevd med høy bevissthet om dette i klinikkene og i deres planlegging av virksomheten. Det er fortsatt ikke god nok kapasitet og logistikk for kliniske studier. Det er et langsiktig arbeid å forbedre logistikk og infrastruktur for kliniske studier vesentlig.

Etterutdanningsaktiviteter, praksisplasser og veiledningskapasitet er for flere yrkesgrupper under sterkt press. Mangelfull veiledning dokumenteres også i evalueringer av spesialistutdanning for leger, som viser mange problemområder ved sykehuset. Klinikken har gjennom 2014 meldt om press på tid til fagutvikling og etterutdanning i sine risikovurderinger. Det er fortsatt stor mangel på utdannede spesialsykepleiere innen flere områder, jf. risikobildet for pasientbehandling. Flere utdanningstiltak er iverksatt for å bedre situasjonen.

### **Økonomi og infrastruktur**

Aktiviteten etter 3. tertial 2014 er noe lavere enn budsjett innenfor somatikken. Det er erfaringsmessig noe etterslep i registrering av medisinsk informasjon. Sykehusets økonomiske resultat avviker negativt med om lag 25 millioner kroner fra styringsmålet på rapporteringsdato for Helse Sør-Øst RHF den 20. januar. Resultatet er foreløpig, og det kan komme endringer før endelig resultat for 2014 rapporteres.

Problemerkene med for lav investeringsgrad og fornying av medisinsk-teknisk utstyr og utbedring av bygningsmassen er fremdeles til stede selv om foretaket har hatt ett høyere investeringsnivå i 2013 og 2014. I behandlingen av økonomisk langtidsplan for årene 2015-2018 ble det derfor lagt til grunn en forsert plan for investeringer i medisinsk teknisk utstyr og bygg. Finansiering av et høyere investeringsnivå for budsjett 2015 enn budsjett 2014 lot seg ikke realisere innenfor foretaksgruppens samlede likviditet. For å sikre en god plan for forvaltning av bygg er det for mellomlang sikt søkt om lånefinansiering for årene 2016-2019.

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

Det er et jevnt høyt antall kritiske feil i flere viktige IKT-applikasjoner. Dette vil først bedres når felles regionale prosjekter gjennomføres innen klinisk dokumentasjon og infrastruktur. Sykehusets hovedoperativ system (ikke servere) gikk ut av support fra Microsoft i april 2014, og det er en plan for utskifting i 2015.

Det rapporteres fortsatt om vedvarende problemer innen leveranser, gjennomføring og kommunikasjon med Sykehuspartner fra de fleste klinikkene. Denne problemstillingen følges tett opp fra sykehusets ledelse. Det er dialog med Sykehuspartner om å sette et antatt leveransetidspunkt for alle tjenesteendringer. Status følges opp løpende, blant annet på kvartalsvise kundemøter. Dette har foreløpig ikke gitt forventete resultater. Administrerende direktør følger opp videre.



# Ledelsens gjennomgang

Risikovurdering 3. tertial 2014

med plan for risikoreducerende tiltak

Vedlegg 1  
Styresak 3/2015



## Innholdsfortegnelse

<b>Risikovurdering .....</b>	<b>3</b>
Pasientbehandling.....	<b>Feil! Bokmerke er ikke definert.</b>
Arbeidsmiljø.....	<b>Feil! Bokmerke er ikke definert.</b>
Forskning, innovasjon og utdanning.....	<b>Feil! Bokmerke er ikke definert.</b>
Økonomi og infrastruktur.....	<b>Feil! Bokmerke er ikke definert.</b>
<b>Risikokart for sykehusnivået – 3. tertial 2014.....</b>	<b>6</b>
Risikovurdering av pasientbehandlingen .....	6
Risikovurdering av arbeidsmiljøet.....	7
Risikovurdering av forskning, innovasjon og utdanning .....	8
Risikovurdering av økonomi og infrastruktur .....	9
<b>Risikoreduserende tiltak.....</b>	<b>11</b>
Pasientbehandling.....	11
Arbeidsmiljø.....	17
Forskning, innovasjon og utdanning .....	19
Økonomi og infrastruktur.....	21

## Risikovurdering

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

Praksis følger av sykehusets *Retningslinje for risikovurdering og – styring*.

3. tertial er en oppdatering med utgangspunkt i risikovurderingene i årets to foregående tertial.

Gjennom de klinikkvise møtene for ledelsens gjennomgang er klinikkenes risikovurderinger diskutert. Risikovurderingen etter 3.tertial er revidert på sykehusnivå av direktørens stabsavdelinger.

Som ved tidligere tertial viser effektivitetene av forbedringstiltak at de risikoområder som er definert krever til dels store endrings- og forbedringstiltak. Som det fremgår av risikokartene i vedlegg 1 er årsaken og sammenhengen mellom de mange områder delvis et resultat av sykehusets dårlige standard både mht bygg og infrastruktur. Det er derfor å forvente at kortsiktige tiltak ikke endrer risikobilde vesentlig.

Med omfattende aktiviteter og tiltak er det administrerende direktørs vurdering at det er god bevissthet omkring det risikobilde sykehuset har og at det arbeides systematisk på bred front.

## Pasientbehandling

Det er ingen større endringer i sykehusets risikobilde etter 3.tertial, men pågående tiltak endrer bildet noe i positiv retning. Nytt PAS/EPJ-system har en helt annen stabilitet og reduserer risikoen for uventet bortfall av sentrale kliniske systemer, samtidig som avviksregistreringer viser at det oppstår hendelser som kan bidra til forsinkelser/svikt.

I tillegg er det gjennom 2014 arbeidet systematisk med tilrettelegging av arealer, utstyr og rekruttering av personell innenfor områdene operasjon, intensiv, AMK og radiologi som bidrar til å bedre risikobildet noe mht kapasitet innen disse områdene. Flere tiltak forutsetter imidlertid komplekse og tidkrevende prosesser som ikke gir målbare effekter i et kortsiktig perspektiv, men som forventes større effekt i 2015.

I tillegg er det fortsatt betydelige utfordringer i sykehuset både med utilfredsstillende arealer, manglende kapasitet, gammelt utstyr og mangel på kompetent personell. Dette arbeides det videre med.

Når det gjelder behandlingsskapasitet, ventelister og fristbrudd, var risikobildet redusert tidlig på høsten etter en intens opprydding i ventelister, prosjekter for å redusere ventelister, avtaler med andre sykehus for å avhjelpe ventelister med mer. Overgangen til DIPS har dessverre fått negative konsekvenser for sykehusets ventelistebylde. Dette har nå stor oppmerksomhet. Sykehuset har utarbeidet flere pasientforløp og vil fortsette dette arbeidet. Et stort fokus mot slutten av året har vært forberedelse til innføringen av utredningspakker og pakkeforløp for kreft. Helsedirektoratet har utarbeidet fire pakkeforløp for de største kreftformene med implementering 01.01.15, og i løpet av 2015 vil 24 flere pakkeforløp bli ferdigstilt og implementert. Det innføres også en monitorering av forløpstider i pakkeforløpene. Etablering av forløpskoordinatorer er sentralt i dette arbeidet, samt etablering av tilstrekkelig utrednings- og behandlingsskapasitet, ledelse og samhandling.

## **Arbeidsmiljø**

”Bygningsmassens tekniske standard” meldes som hovedutfordring og til tross for svært mange oppgraderinger og forbedringer for pasienter og ansatte vil dette vedvare inntil mer permanente løsninger er etablert. Bygningsmessige tiltak gjennomføres i henhold til prioriterte planer, og skal imøtekomme pålegg fra Arbeidstilsynet, Branntilsynet og El-tilsynet. Når det gjelder HMS-avvik er det ”Informasjon/samhandling” som er den største avviksgruppen i 3. tertial. Dette skyldes hovedsakelig DIPS-innføringen og manglende svar eller lang svartid i telefontiden på poliklinikkene. Innen psykososialt/ organisatorisk arbeidsmiljø er det ”arbeidsbelastning” og ”bedriftskultur” som er de største utfordringene. Når det gjelder arbeidsbelastning arbeides det bredt og systematisk i alle klinikkene med å redusere brudd på arbeidstidsbestemmelsene. Mange av tiltakene som OUS og enhetene har iverksatt er av langsiktig karakter. Etter 3. tertial iverksettes flere tiltak for å forsterke oppfølgingen av arbeidstidsbrudd i foretaket med særskilt oppfølging av utsatte enheter. Klinikkvise møter med alle avdelingsledere om arbeidstidsbestemmelsene og oppfølging av arbeidstidsbrudd er igangsatt, og skal gjennomføres i samtlige klinikker. I tillegg arbeider HR-staben med å forsterke kunnskapsgrunnlaget innen arbeidstidsbrudd og sikre erfaringsdeling fra enheter som har lyktes i å redusere arbeidstidsbrudd, samt gi veiledning til utsatte enheter om hvordan brudd kan unngås.

## **Forskning, innovasjon og utdanning**

IKT-situasjonen for forskere har vært vanskelig over lang tid og har vært fulgt opp tett av sykehuset overfor Helse Sør-Øst. Det pågår et omfattende arbeid for å forbedre situasjonen, og sentralt i dette står to tiltak rettet mot forskning: 1) Prosjekt Regionale IKT-tjenester for forskning, 2) Etablering av Seksjon for Forskning og innovasjon i Sykehuspartner. I tillegg er modernisering av IKT-infrastrukturen til sykehuset en grunnleggende forutsetning for å tilby forbedrede tjenester. Oppgradering av nettverk skal skje fra og med våren 2015 og inn i 2016, noe som er nødvendig for å levere stabile og forbedrede tjenester.

Det er etablert et stort antall nasjonale, regionale og lokale kvalitetsregistre på sykehuset. Det regionale fagsenteret for nasjonale kvalitetsregistre i Helse Sør-Øst, som er lagt til Oslo universitetssykehus, har styrket sin registerkompetanse med to registerrådgivere fra høsten 2014, for å bistå de nasjonale kvalitetsregistrene med database- og rapporteringsstøtte. Manuelle uttrekk av data er fortsatt svært ressurs- og kompetansekrevende for klinikkene. Det planlegges en pilot for bedre elektroniske løsninger for datafangst i 2015.

Tilstrekkelig tid til forskning kombinert med klinisk virksomhet er fortsatt like krevende, gitt effektiviseringskravene klinikkene står overfor. Prioritering av mer tid til klinisk forskning er diskutert i ledermøtet i forbindelse med sak om sykehusets og klinikkenes forskningsfinansiering. Det er også tatt opp som en særskilt problemstilling fra sykehusets eksterne Scientific Advisory Board på ledersamling januar 2015. Dette er en risiko som på sikt kan gå ut over faglig utvikling og kvalitet i pasientbehandling og diagnostikk. Det er påkrevd med høy bevissthet om dette i klinikkene og i deres planlegging av virksomheten. Det er fortsatt ikke god nok kapasitet og logistikk for kliniske studier. Det er et langsiktig arbeid å forbedre logistikk og infrastruktur for kliniske studier vesentlig.

Etterutdanningsaktiviteter, praksisplasser og veiledningskapasitet er for flere yrkesgrupper under sterkt press. Mangelfull veiledning dokumenteres også i evalueringer av spesialistutdanning for leger, som viser mange problemområder ved sykehuset. Klinikkkene har gjennom 2014

meldt om press på tid til fagutvikling og etterutdanning i sine risikovurderinger. Det er fortsatt stor mangel på utdannede spesialsykepleiere innen flere områder, jf. risikobildet for pasientbehandling. Flere utdanningstiltak er iverksatt for å bedre situasjonen.

## **Økonomi og infrastruktur**

Aktiviteten etter 3. tertial 2014 er noe lavere enn budsjett innenfor somatikken. Det er erfaringsmessig noe etterslep i registrering av medisinsk informasjon. Sykehusets økonomiske resultat avviker negativt med om lag 25 millioner kroner fra styringsmålet på rapporteringsdato for Helse Sør-Øst RHF den 20. januar. Resultatet er foreløpig, og det kan komme endringer før endelig resultat for 2014 rapporteres.

Problemene med for lav investeringsgrad og fornying av medisinsk-teknisk utstyr og utbedring av bygningsmassen er fremdeles til stede selv om foretaket har hatt ett høyere investeringsnivå i 2013 og 2014. I behandlingen av økonomisk langtidsplan for årene 2015-2018 ble det derfor lagt til grunn en forsert plan for investeringer i medisinsk teknisk utstyr og bygg. Finansiering av et høyere investeringsnivå for budsjett 2015 enn budsjett 2014 lot seg ikke realisere innenfor foretaksgruppens samlede likviditet. For å sikre en god plan for forvaltning av bygg er det for mellomlang sikt søkt om lånefinansiering for årene 2016-2019.

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

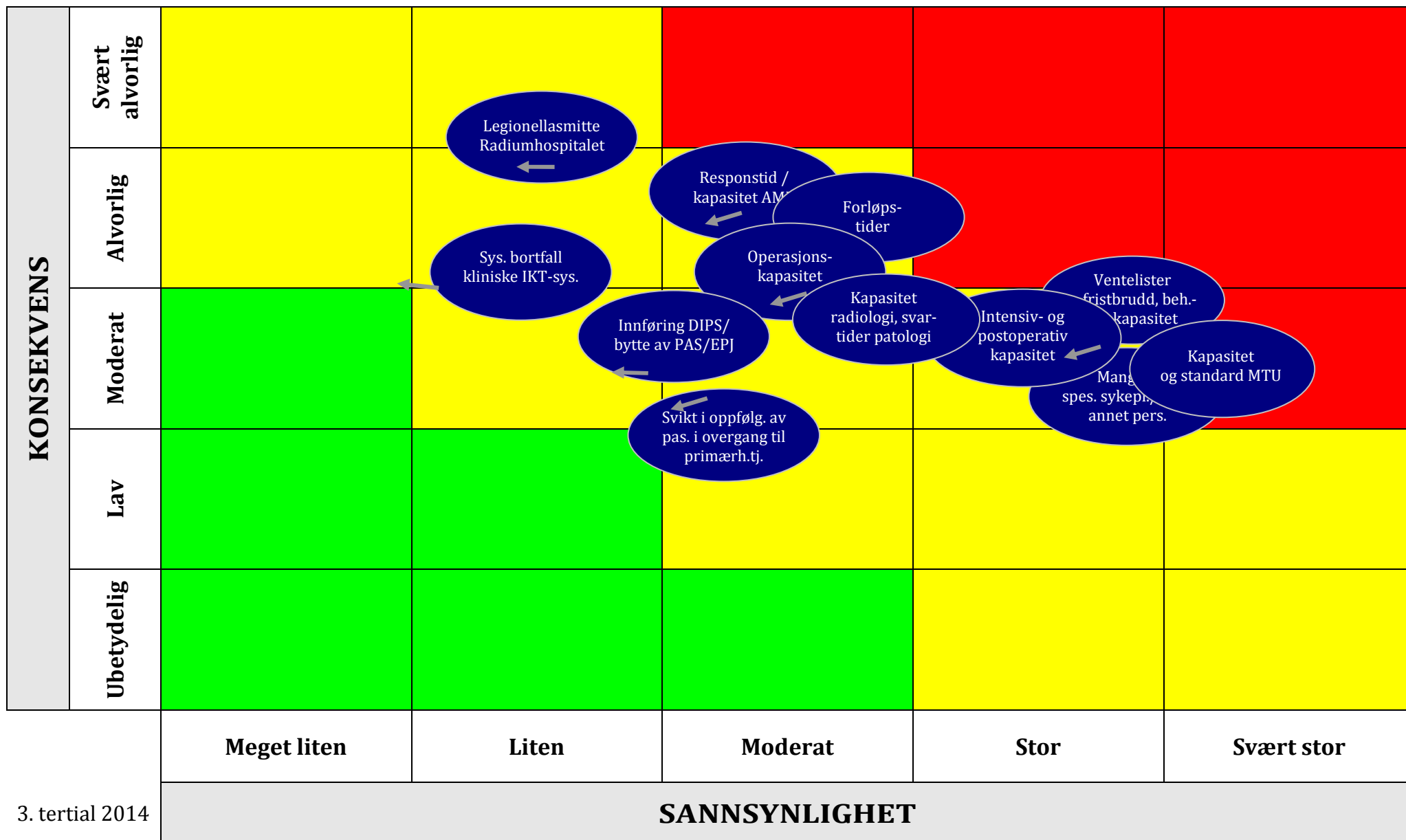
Det er et jevnt høyt antall kritiske feil i flere viktige IKT-applikasjoner. Dette vil først bedres når felles regionale prosjekter gjennomføres innen klinisk dokumentasjon og infrastruktur. Sykehusets hovedoperativ system (ikke servere) gikk ut av support fra Microsoft i april 2014, og det er en plan for utskifting i 2015.

Det rapporteres fortsatt om vedvarende problemer innen leveranser, gjennomføring og kommunikasjon med Sykehuspartner fra de fleste klinikkene. Denne problemstillingen følges tett opp fra sykehusets ledelse. Det er dialog med Sykehuspartner om å sette et antatt leveransetidspunkt for alle tjenesteendringer. Status følges opp løpende, blant annet på kvartalsvise kundemøter. Dette har foreløpig ikke gitt forventete resultater. Administrerende direktør følger opp videre.

# Risikokart for sykehusnivået – 3. tertial 2014

## Risikovurdering av pasientbehandlingen

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

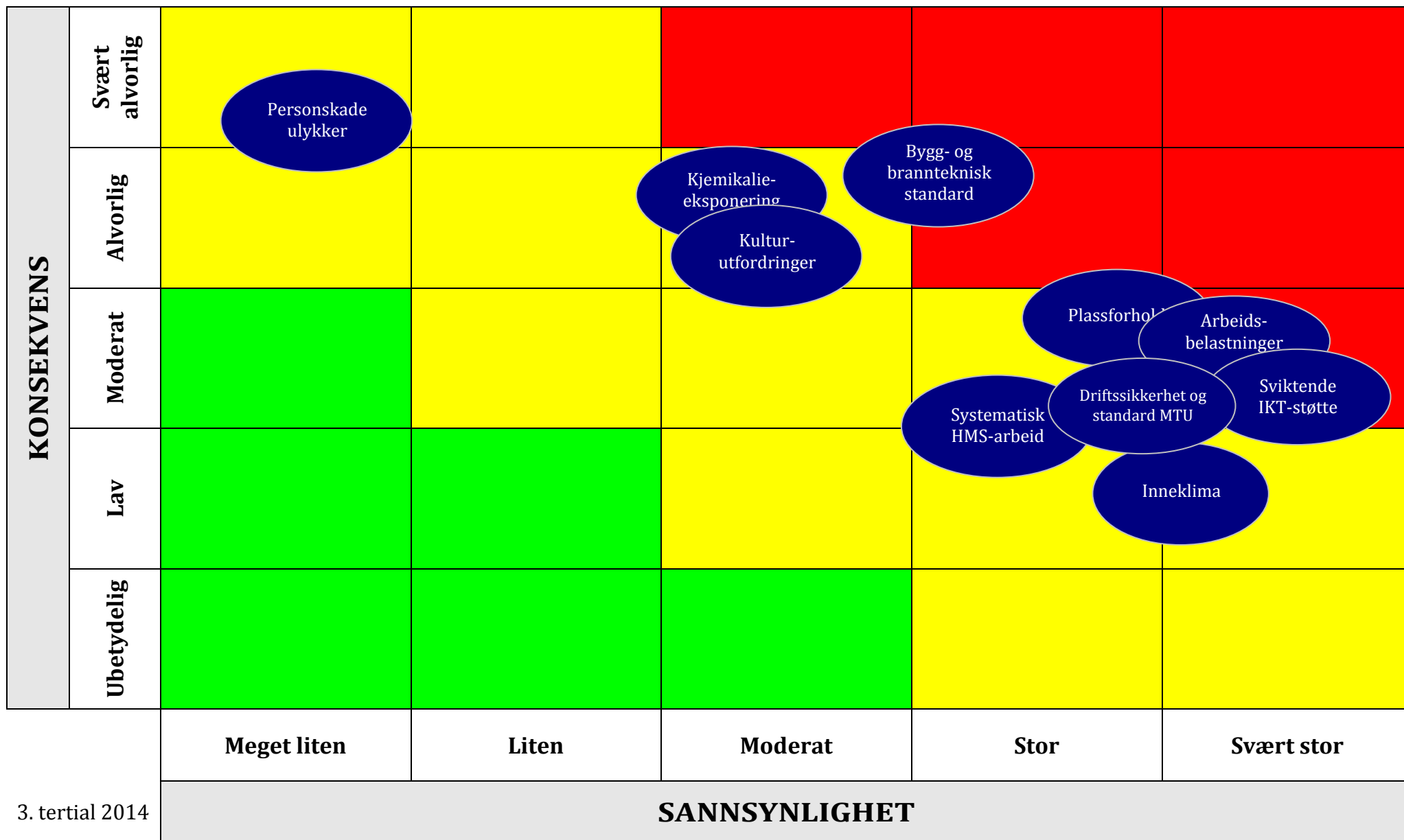


← Risikoer som er flyttet siden forrige tertial, er merket med pil for å angi endringens retning.

Risikokartet viser identifisert risiko før nye tiltak.

# Risikovurdering av arbeidsmiljøet

Inkluderer også HMS-, HR- og personalarbeid

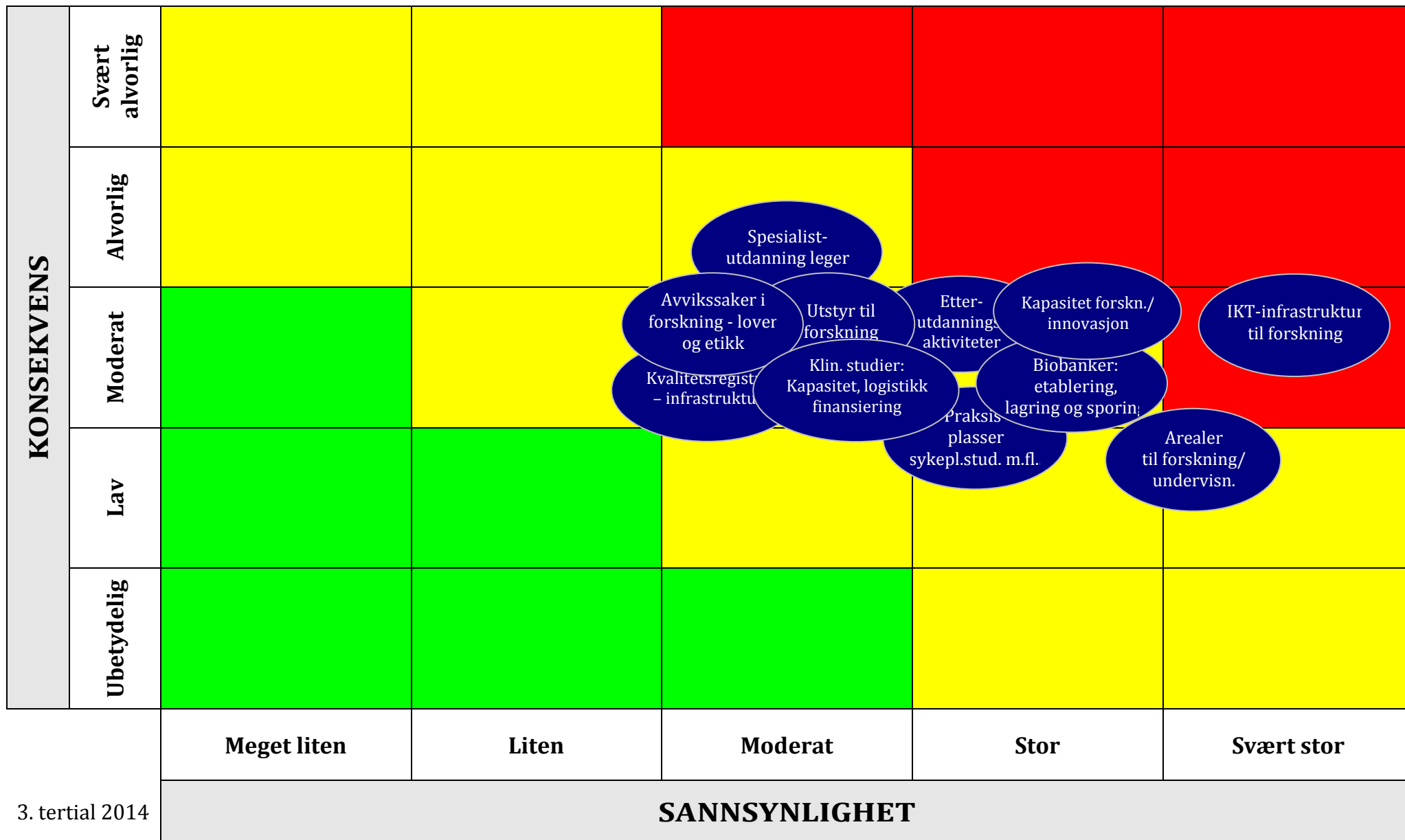


← Risikoer som er flyttet siden forrige tertial, er merket med pil for å angi endringens retning.

Risikokartet viser identifisert risiko før nye tiltak.

# Risikovurdering av forskning, innovasjon og utdanning

Inkluderer også fagutvikling, kompetanseutvikling og undervisning.



Risikokartet viser identifisert risiko før nye tiltak.

# Risikovurdering av økonomi og infrastruktur

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

<b>KONSEKVENNS</b>	<b>Svært alvorlig</b>									
	<b>Alvorlig</b>									
	<b>Moderat</b>									
	<b>Lav</b>									
	<b>Ubetydelig</b>									
		<b>Meget liten</b>	<b>Liten</b>	<b>Moderat</b>	<b>Stor</b>	<b>Svært stor</b>				
3. tertial 2014		<b>SANNSYNLIGHET</b>								

Vedlikeholds-  
etterslep  
bygn.massen

Økonomisk  
bærekraft

Manglende  
leveranser fra  
Sykehuspartner

Kritikkverdige  
handlinger

Kapasitet og  
standard MTU

IKT - klin.,  
forsk, samhandl,  
plattform

DIPS  
aktivitets-  
inntekter

Mangelfulle  
styringsdata





## Risikoreduserende tiltak

### Pasientbehandling

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

	Risiko	Tiltak
1.	<b>Kapasitet og standard - medisinsk-teknisk utstyr</b>	<p>Arbeidet med å etablere en områdeplan for utskiftning av medisinsk teknisk utstyr var ferdig høsten 2014. Planen fornyes årlig.</p> <p>Sykehuset vil benytte muligheten til å lease utstyr for å sikre tilstrekkelig kapasitet til diagnostikk og pasientbehandling.</p>
2.	<b>Ventelister / fristbrudd / behandlingskapasitet</b>	<p>Gjennomføringsprosjektet er avsluttet og handlingsplan for oppfølging følges opp. Tiltakene har redusert risikobildet betydelig høsten 2014, selv om akseptgrense ikke ble nådd. Overgangen til DIPS har fått negative konsekvenser for ventelistebylde. Risikoområdet kontinueres i videre risikostyringsarbeid. Det finnes nå gode planer, rutiner og brukerveiledninger for videre arbeid. Tiltaket videreføres.</p> <p>Opplæring og kompetanseheving fra ressurspersoner i direktørens stab tilbys og stort fokus på området i DIPS-opplæringen.</p> <p>Det er satset betydelig ressurser i opplæringen og kompetanseheving til innføring av DIPS. Særlig ble det lagt ned et stort arbeid i kvalitets-sikring av regionale prosedyrer og brukerveiledninger. Det satses videre i fase 2 for å sikre stabilisering og optimalisering. Tiltaket avsluttes.</p> <p>Kapasiteten er økt innen enkelte fagområder, både gjennom budsjettert aktivitetsøkning og for eksempel gjennom skjerming av elektiv drift og/eller prosjekter for reduksjon av ventelister og håndtering av fristbrudd.</p> <p>Det er etablert avtaler med andre sykehus innen enkelte fagområder for å avhjelpe med sykehusets ventelister. Arbeidet videreføres.</p> <p>Det er etablert midlertidige fagråd i regionen for å se på kapasiteten innen områder med kapasitetsutfordringer (nevrologi, ortopedi, ØNH, plastikk-kirurgi og øyesykdommer).</p> <p>Det pågår prosjekt for ombygging i Øyeavdelingen for etablering av økt kapasitet til AMD-pasienter. Arbeidet pågår fortsatt og forventes ferdigstilt medio mars 2015. Se ellers tiltak for bedring av operasjonskapasitet og postoperativ/ intensivkapasitet samt radiologikapasitet.</p> <p>Samarbeid med Helse Sør-Øst om gjennomgang av poliklinikkdrift ved enkelte avdelinger for bedre ressursutnyttelse, økt oppmøteandel og overføring av kontroller til samarbeidende sykehus og/eller primærhelsetjenesten.</p> <p>OUS deltar ikke i prosjektet, men vil gjennomføre føringer fra eier vedrørende krav til tilgjengelighet og økt effektivitet på poliklinikkene.</p>

	Risiko	Tiltak
3.	<b>Mangel på spesial-sykepleiere og annet personell</b>	<p>Det er etablert en samarbeidsgruppe bestående av HR-stab, stab MHU, stab FiU og OSS som ser på ulike tiltak for rekruttering inklusive stipendordning og utdanningsstillinger. Arbeidet videreføres.</p> <p>Det er etablert tettere samarbeid med høyskolene i form av blant annet fagråd og dialogmøter. Sykehusets behov for kompetanse, sykehusets kapasitet mht praksisplasser og høyskolenes utdanningstilbud og utdanningskapasitet koordineres.</p> <p>Det arbeides for å etablere flere praksisplasser ved sykehuset.</p> <p>Tiltakene videreføres.</p> <p>Flere tiltak for rekruttering videreføres.</p> <p>Flere tiltak for å beholde spesialsykepleiere videreføres.</p> <p>Ordningen med 100 utdanningsstillinger i spesialsykepleie videreføres med nye 100 utdanningsstillinger for aktuelle søkere med studiestart 2015-2016.</p> <p>Det planlegges og tilrettelegges for mer fokus på strategisk kompetanseutvikling. Tiltaket videreføres. Sykehuset har klinisk kompetanseprogram for sykepleie som benyttes av både sykepleiere og spesialsykepleiere.</p> <p>Oppgavedeling. Det er utviklet et prosjektdesign for å vurdere endret oppgavedeling og bemanning på operasjonsstuer. Prosjektet har som formål å frigi operasjonssykepleietid og øke operasjonskapasitet. Tiltaket videreføres.</p>
4.	<b>Responstid - kapasitet AMK</b>	<p>Det er etablert sammenhengende AMK-sentraler i Helse Sør-Øst som ser hverandres ressurser.</p> <p>AMIS til AMIS (Overføring av oppdrag mellom AMK sentralene) venter på leveranse fra Sykehuspartner. Det er startet et nasjonalt AMK-IKT prosjekt (hvor OUS deltar) som vil se på IT-programmer til AMK-sentralene. Med unntak av Sørlandet er det imidlertid gjort mulig for de andre foretakene med prehospitaltjenester å se hverandres ressurser.</p> <p>Øke bemanningen ved AMK inkl. to 50 % legestillinger, oppstart juli 2014. Innført operasjonsleder i AMK på alle vakter. Tiltaket avsluttes.</p> <p>Arbeider for å redusere svartid for innringere.</p> <p>Henvendelser settes nå raskere over til Oslo kommunale legevakt dersom de vurderes å ikke krever ambulanserespons. Det er målt en bedring i svartid fra ca. 63 % innen 10 sekunder i 2013 til en svartid på 87,7 % innen 10 sek. i 2014.</p> <p>Etablere IKT-verktøy for beslutningsstøtte og flåtestyring, inkl. web-basert ambulansebestilling.</p>

	Risiko	Tiltak
		<p>Det er et svært viktig tiltak for å redusere total responstid (fra 113-telefonen ringer til ambulanse er fremme hos pasienten). Dette blir en del av det nasjonale IKT-prosjektet, men OUS har et særskilt stort behov for dette og har meldt inn beslutningstøtte og flåtestyring som et høy prioriterte IKT-tiltak. Dette vil også redusere arbeidspresset på AMK, øke kvalitet og mulighet til å gi likeverdige helsetjenester. Tiltaket vil ha stor innvirkning på påsettingshastigheten og utnyttelsesgraden av ambulanser. Tiltaket videreføres.</p> <p>Overføre flere rene transportere til pasientreiser, tiltak iverksatt mars 2014.</p> <p>Sykehuset har introdusert hvite biler med tilbud om pasienttransport i segmentet mellom ambulanse i planlagt oppdrag og taxi /helsebuss.</p> <p>Web-bestilling av "grønne turer" er utarbeidet i Pasientreisere nasjonale IT-verktøy ("Nissy"), men mangler noen justeringer for å være sikkert nok til å tas i bruk.</p> <p>Av ca. 75000 telefoner/år vedrørende "grønne turer" er i underkant av 25000 overført Pasientreiser. Dette har foregått uten alvorlige avvik og det anses som forsvarlig at mesteparten av disse henvendelsene håndteres av Pasientreiser. Ytterligere overføring vil kreve utvidelse av lokalene på Lørenskog og flere ansatte. Lokaler kommer på plass når Reserve-AMK står klar på Lørenskog, vi vil da se på et bemanningssamarbeide med AMK for å utvide kapasiteten i Pasientreiser. Tiltaket videreføres.</p> <p>Etablere en sentral i Helse Sør-Øst som koordinerer ressursene i luftambulansen. Ansatt 6 personer som luftambulansesentraler.</p> <p>Sentral luftambulansesentral er vedtatt lagt til OUS AMK-sentral og dedikerte luftambulansesentraler er på plass (koordinerer p.t. våre to helikoptre på Lørenskog og redningshelikoptret på Rygge (medisinsk koordinering, ressursen disponeres av Hovedrednings-sentralen).</p> <p>Det er tentativt planlagt overtakelse av koordinering av helikoptrene på Ål og Dombås 15/1-15. Effektivisering vil skje når alle prosedyrer er godkjent av de respektive foretak. Tiltaket videreføres.</p>
5.	<b>Kapasitet radiologi og svartider patologi</b>	<p>Gjennomføre og monitorere vedtatte prioriteringer for bruk av radiologiske undersøkelser. Klinikene skal tydeliggjøre radiologisk prioritet innen egne pasientgrupper.</p> <p>Økt bruk av brukerstyrte slotter blir særlig aktuelt for pakkeforløp for kreft som nå er under etablering. Oppbemanning og derved kapasitetsøkning har gjort det lettere å etablere slotter. Vi utnytter kapasitet på tvers til en viss grad, men hemmes betydelig av at vi har ulike RIS/PACS på alle hus. Alle pakkeforløp skal på plass i løpet av 2015, og dette vil kreve reserverte timer til bildediagnostikk. RIS/PACS-løsningen på Rikshospitalet skal i løpet av første halvår 2015 breddes til Radiumhospitalet for å sikre forsvarlig drift der. Det vil øke mulighetene for å utnytte kapasitet på tvers mellom de to hus. Regional RIS/PACS-løsning skal senere innføres for hele OUS. Tiltaket videreføres.</p>

	Risiko	Tiltak
		<p>Prioritere medisinsk-teknisk utstyr som gir kapasitetsforbedringer.</p> <p>Det er anskaffet ny fremføringsmaskin til Patologisk avd.</p> <p>Ny MR til RH er på plass, men RH var uten en av sine 4 MR-maskiner fra april til desember. Ny MR har lokalt stor effekt for MR-kapasiteten, men andre MTU-enheter står i fare for å havarere. Erstatning av allerede havarert utstyr er ikke innfridd pga. manglende investeringsmidler.</p>
		<p>Øke bemanningen innen radiologi. Oppbemanningen forventes å få stor effekt i 2015 under forutsetning av MTU fungerer. Tiltaket avsluttes.</p>
		<p>Sammen med Helse Sør-Øst vurdere behovet for radiologiske tjenester som del av diagnostikk/ behandling i primærhelsetjenesten.</p> <p>Tiltaket har hatt stor effekt for brystdiagnostikk. Primærhelsetjenesten har direkte kontakt med Brystdiagnostiske senter (BDS), og det er etablert gode rutiner om samarbeid med fastlegene og også med to private røntgeninstitutt (HSØ-avtale). Effekten er sterkt redusert ventetid for pasientene (fra ca. 5 mnd. til ca. 3 uker).</p> <p>Sykehuset vil fortsette med å bidra til å vurdere behovet for kjøp av bildediagnostikk hos private i Helse Sør-Øst.</p>
		<p>Arbeide for felles regionale prosedyrer og protokoller innen radiologi slik at antall reundersøkelser og regranskninger reduseres. Dette har vært en del av oppdraget til Prostatasenteret på Aker. Det er arbeidet med felles protokoller for MR prostata i Helse Sør-Øst, og arbeidet vil fortsette i 2015.</p>
		<p>Samarbeidet med Aleris og Unilabs om brystdiagnostikk har også medført en kvalitetsøkning hos disse ved at de har innført sykehusets protokoller. Teleradiologisk samarbeid med Unilabs har dessuten ført til en harmonisering av kontroll av cancer testis med MR.</p>
		<p>Harmonisering av protokoller i regionen vil også være en del av arbeidet med regional RIS/PACS-løsning som skal implementeres i de kommende årene. Tiltaket videreføres.</p>
		<p>Omstrukturere og bedre logistikk og arbeidsflyt knyttet til patologiske undersøkelser og svar. Arbeidet videreføres i forbindelse med pakkeforløp og pasientforløp.</p>

	Risiko	Tiltak
6.	<b>Operasjonskapasitet</b>	<p>Rikshospitalet har økt operasjonskapasiteten innen gastrokir / transpl.kir gjennom ferdigstillelse av en ny operasjonsstue. Situasjonen forbedres ytterligere ved ferdigstillelse av opr. stue nr. 2 (februar 2015). Da vil en opr.stue i opr.gang 3 fristilles midlertidig som planlegges benyttet til ØNH- og plastikk.kir fram til innflytting av karkirurgi.</p> <p>Det planlegges flere "langdager" ved operasjonsstuene for å utnytte eksisterende anlegg i større grad.</p> <p>Operasjonsstuene i akuttbygget Ullevål tas i bruk når PO-arealene er ferdigstilt.</p> <p>Oppgraderingen av operasjonsstuene ved legevakta planlegges ferdigstilt ila høst(?) 2015. Operasjonsaktiviteten som i dag foregår på Aker, vil da flyttes tilbake. Bruk av operasjonsstuene på Aker vil deretter kunne anvendes alternativt i forhold til sykehusets behov.</p> <p>Tiltak innen kompetanseutvikling og rekruttering, spesielt knyttet til spesialsykepleiere. Sykehuset har opprettet 100 nye utdanningsstillinger innen spesialsykepleie. Tiltaket videreføres.</p> <p>Turnusløsninger vurderes som tiltak for å beholde allerede tilsatte operasjonssykepleiere.</p> <p>Systematisk kartlegging av sykehusets utstyr; standard og servicebehov foregår årlig i et samarbeid mellom klinikkene og MTV.</p>
7.	<b>Intensiv- og postoperativ kapasitet</b>	<p>Øke antall intensivsenger ved Ullevål med 2 buffersenger.</p> <p>Arealene i bygg 17 + bygg 4 medfører samlet en økning i intensiv- og po-senger. Ny PO åpner 2.febr. 2015. Manglende bemanning vil kunne begrense full utnyttelse. Tiltak videreføres.</p> <p>Prosjekt for omgjøring av sengesentral til intensivplasser.</p> <p>Prosjektet har utløst nye arealer til 4 PO-plasser som er flyttet + 2 ny-opprettede plasser. Tiltaket er ferdigstilt.</p> <p>Bemanningen ved gen. intensiv 2 ved Rikshospitalet er økt.</p> <p>Sykehuset har ikke lyktes med å rekruttere intensivsykepleiere. Det er isteden utviklet et trainè-program hvor ordinære sykepleiere deltar i en intern opplæring på 6-8 mnd. Tiltaket videreføres.</p> <p>Bemanningen ved thoraxintensiv ved Rikshospitalet er økt. Avdelingen har rekruttert til de nye stillingene, men samtidig har de mistet andre intensivspl. Effekten er derfor liten. Tiltaket videreføres.</p> <p>Prosjekt vedrørende kartlegging og utvidelse av intermediærsenger som på sikt vil kunne avlaste intensiv er i slutfasen. Tiltaket videreføres.</p> <p>Bemanningen ved nyfødtintensiv ved Rikshospitalet og Ullevål er økt. Rekruttering er ferdig, opplæring pågår. Tiltaket videreføres.</p>
8.	<b>Legionellasmitte i drikkevannet ved Radiumhospitalet</b>	<p>Det påvises fortsatt Legionella i små mengder i enkelte deler av rørsystemet. Systematisk overvåking og filtrering av vannet på tappepunktene må derfor inntil videre opprettholdes.</p>

	Risiko	Tiltak
9.	<b>Forløpstider</b>	<p>Etablere og kvalitetssikre flere pasientforløp for kreftpasienter.</p> <p>Sykehuset har utarbeidet flere pasientforløp og vil fortsette dette arbeidet. Det pågår et arbeid i sykehuset for å samkjøre pasientforløpsarbeidet med metodikk for kontinuerlig forbedring</p> <p>Sykehuset arbeider med å forberede pakkeforløp for alle kreftsykdommer som vil bli innført nasjonalt 2015, med nasjonal norm for sykdomsspesifikke forløpstider.</p>
10.	<b>Sys. bortfall kliniske IKT-systemer.</b> Ved systembortfall vil helsepersonell ikke ha tilgang til nødvendig pasientinformasjon	<p>Det komplekse systembildet for EPJ er nå betydelig forenklet og forbedret, og det gjør overvåkning og vedlikehold av drift enklere. Risiko for bortfall av kliniske IKT-systemer vil aldri bli null, og er avhengig av en pågående prosess for overvåkning, analyse og tilpasning.</p> <p>Sykehuspartner arbeider systematisk med å holde risiko for systemsvikt på et minimum, og har fått gode virkemidler for å gjennomføre dette arbeidet.</p> <p>DIPS fase 2 vil optimalisere systemene ytterligere.</p>
11.	<b>Svikt i oppfølging av pasienter i overgang til primær-helse-tjenesten</b>	<p>Det er stort fokus på å sikre at epikriser og labsvar kommer frem til korrekt mottaker. Utsendelsene monitoreres gjennom systemet MTM. Innføringen av DIPS har gitt utfordringer knyttet til nytt adresseregister (NHN), men det arbeides meget aktivt for å redusere brukerfeil og evt. bedre tekniske muligheter for å redusere feilutsendelser fra OUS. Sykehuset har aktiv, løpende dialog med primærhelsetjenesten for å løse problemer og feil i nåværende fase. Tiltaket videreføres.</p> <p>Ny funksjon som koordinator er testet i en egen pilot. Det vil bli arbeidet med videre implementering. Tiltaket videreføres.</p> <p>Sykehuset fortsetter aktiv opplæring av klinikkens ansatte i forhold til nivå 1-prosedyre - utskrivningsklare pasienter med behov for kommunale tjenester. Innføringen av elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger (PLO) til kommunehelsetjenesten går bra og sykehusets samhandlingsparter gir positive tilbakemeldinger. Arbeidet med videreutvikling fortsetter.</p> <p>Det arbeides med å sikre at OUS ulike samhandlingsparter deltar i pasientforløpsarbeidet fra "hjem til hjem". Dette arbeidet prioriteres i 2015. De inngåtte Samarbeidsavtalene skal brukes aktivt i dette arbeidet. Arbeidet videreføres.</p>
12.	<b>Innføring DIPS – bytte av PAS/EPJ</b>	<p>Innføringen av DIPS er gjennomført. Overgangen gikk i det store hele bra, til tross for tekniske problemer med tynnklienter, selv om overgangen var en påkjenning for OUS, og til tross for at personellet fortsatt vil måtte bruke tid på å tilpasse arbeidsrutiner og lære DIPS-funksjonalitet en god stund fremover. Tiltaket videreføres i EPJ-prosjektets fase 2.</p>

## Arbeidsmiljø

Inkluderer også HMS-, HR- og personalarbeid

	Risiko	Tiltak – pågående fra tidligere rapportering
1.	<b>Bygg-/brannteknisk standard</b>	Branngjennomgang: Kartlegging av omfang og utarbeidelse av tiltaksplan med hensyn til oppgradering av sprinkler- og brannalarmanlegg.
		Branntetting og brannseksjonering.
		Oppfølging av prosjekter og oppgradering av brann-dokumentasjon.
		Lukking av avvik vedrørende spesialventilasjon, generell ventilasjon, sikring av fasader/tak og oppgradering av generell slitasje.
		Gjennomgang av kritisk bygningsflate.
2.	<b>Arbeidsbelastning</b>	Mål: God bemanningsstyring og realistiske planer med utgangspunkt i aktivitetsplanen ved den enkelte avdeling.
		Opplæringstiltak om arbeidstid og ressursplanlegging, herunder målrettet gjennomgang av ressursplanlegging og oppfølging av arbeidstidsbestemmelsene, i tillegg til kurs rettet mot ledere som arbeider med turnus og dagarbeidstid.
		Det er utarbeidet en ny retningslinje for ressurs og arbeidstidsplanlegging. Det planlegges opplæring i denne retningslinjen for HR i alle klinikker i første omgang, som så kan bistå lederne i sin klinikk.
		Kompetanseheving, særlig for leger (GAT) og tillitsvalgte og korrekt registrering i Gat. Obligatoriske kurs for ledere i arbeidstidsbestemmelsene Retningslinjer for utarbeidelse av turnus Økt kontroll av bruk av ønsketurnus og frivillig bytte av vakter som generer brudd
3.	<b>Sviktende IKT-støtte medfører vanskelig arbeidssituasjon for ansatte</b>	Gjennomføre planlagte og vedtatte tiltak. Løpende dialog med leverandør for å utbedre sviktende IKT-støtte både på systemnivå og utførelsen av kundestøttetjenester. Det arbeides med revisjon av SLA.
4.	<b>Plassforhold</b>	Nybygging/ombygging/leie av lokaler. Fokus på å få avklart flyttinger slik at enheter som hører sammen blir fysisk samlet. God planlegging og medvirkning ved samlokalisering. Flytting av klinikkstaber og støttefunksjoner for å frigi plass til klinisk virksomhet er påbegynt.
5.	<b>Driftssikkerhet og standard - medisinsk-teknisk utstyr</b>	Oppfølging av 3 årsplan for utskiftning av medisinsk teknisk utstyr.
		Systematisk kartlegging av sykehusets utstyr; standard og servicebehov i et samarbeid mellom klinikkene og MTV.
		Utvikle gode businesscase med forpliktende effektivisering.
		Informasjon til ansatte.
6.	<b>Kulturutfordringer</b>	Lederutviklingsprogrammene ved OUS er revidert og starter opp i ny drakt januar 2015. Verdibasert ledelse er enda tydeligere i lederutviklingsprogrammene. Alle nye ledere vil nå gå gjennom et



	Risiko	Tiltak - pågående fra tidligere rapportering
		program for lederopplæring og lederutvikling der blant annet evnen til kulturbygging belyses og der lederne trenes og utfordres på dette. Områder som belyser kulturbygging i medarbeiderundersøkelsen er hentet ut spesielt og det er laget egne rapporter på dette som er sendt ut til klinikkene. I regi av HR-stab er det arrangert et eget seminar der alle som arbeider innen HR deltok. Temaet var å belyse kulturbyggingsarbeidet i klinikkene og dele erfaring på tvers av klinikkene. Kulturbyggingsprosjekt med målsetning om "et arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt" er igangsatt.
7.	<b>Systematisk HMS-arbeid</b>	Ta i bruk eHMS i alle avdelinger. Økt fokus på opplæring, spesielt at alle ledere gjennomfører obligatorisk HMS-opplæring. Det blir igangsatt nytt obligatorisk lederopplæringskurs inklusive HMS fra 2015. Sikre at det opprettes HMS-grupper alle steder.
8.	<b>Kjemikalie-eksponering</b>	Vurderer substitusjon i alle avdelinger. Oppdatering av stoffkartotek pågår. Gjennomgå og gi opplæring i rutinene for håndtering av kjemikalier.
9.	<b>Inneklima</b>	Oppgradere ventilasjonsanlegg
10.	<b>Personskade</b>	Avdelingsvis gjennomgang av HMS-avvik Initiere forebyggende tiltak.

## Forskning, innovasjon og utdanning

Inkluderer også fagutvikling, kompetanseutvikling og undervisning.

	Risiko	Tiltak
1.	<b>IKT-infrastruktur til forskning:</b> Manglende brukerstøtte, ulikt tilbud i organisasjonen, manglende mulighet for sikker lagring av store datamengder.	Følge opp Helse Sør-Østs foranalyse om IKT for forskning - deltakelse i arbeidsgruppe med Helse Sør-Øst.
2.	<b>Kvalitetsregistre - infrastruktur</b>	Videreføre modell i OUS med søknadsbaserte sentrale forskningsmidler til kvalitetsregistre. Etablere en strategi for datafangst til registre i samarbeid med andre stabsenheter ved OUS.
3.	<b>Kapasitet - forskning og innovasjon</b> - herunder begrensede karriereveier og ansettelsesmuligheter innen forskning	Følge opp hvordan klinikkene arbeider med å implementere sine handlingsplaner for forskning. Dialog med forskningslederne i Forskningslederforum. Arbeide med insentiver og støtteordning som gir økt omfang av og bedre kvalitet på klinikkens søknader om ekstern finansiering. Gradvis implementering av felles ordning med reservert tid for prof II/førstaman. til forskning og utdanning (jf avtale om kombinerte stillinger).
4.	<b>Biobanksfasiliteter: Etablering, lagring og sporing</b>	Prosess for rydding og oppgradering ved Stab FIU og OSS følges opp. Sporingløsningen eBiobank er nå i pilotfasen og vil bli tilgjengelig for forskere i 2015.
5.	<b>Utstyr forskning:</b> Mangel på oppdatert utstyr pga manglende investeringsmidler	Styrket samordning og finansiering av kjernefasiliteter, flere og mer samordnede søknader om eksternt finansierte midler til stort utstyr (NFR), mer sambruk og strategisk koordinering med UiO og mellom miljøer. Etter anbefaling fra det nyopprettede Fagråd for MTU forskning, bør det planlegges og gjennomføres en kartlegging av forskningsutstyr ved OUS for å komplettere utstyrsdatabasen MERIDA med det som pr i dag ikke inngår i denne (herunder tilgjengelig utstyr ved OUS som er eid av UiO og andre). Forbedret oversikt skal gi et bedre prioriteringsgrunnlag og bedre oversikt for forskere over tilgjengelig utstyr med mer.
6.	<b>Kliniske studier,</b> herunder oppdragsforskning: For dårlig infrastruktur, <b>logistikk, kapasitet og finansiering</b> for kliniske studier.	Styrke samarbeidet med Inven2 og industri vedrørende kliniske studier. Følge opp treårsprosjekt med særskilt finansiering til støttefunksjoner fra Helse Sør-Øst fra og med 2013, herunder internt nettverk av prosjektkoordinatorer/ studiesykepleiere.

	Risiko	Tiltak
7.	<b>Avvikssaker i forskning - lover og etikk</b>	Bidra til at internkontrollsystemer blir tilstrekkelig kjent og forstått i klinikkene, på alle nivåer, herunder gjennom interne kurs og gjennom diskusjoner av enkeltsaker og eksempler med forskningslederne. Tett samarbeid med OUS' tilsyns-koordinator. Jevnlig diskusjonstema med klinikkens forskningsledere. Obligatorisk kurs for gruppeledere i OUS vurderes.
8.	<b>Etterutdannings-aktivitet og veilednings-kapasitet</b>	Arbeide systematisk med tiltak i Handlingsplan for utdanning og bistår med oppfølgingen av klinikkvise utdanningsplaner.
9.	<b>Spesialistutdanning leger:</b> Problemer knyttet til antall hjemler i enkelte fag, mangelfull veiledning og systematisk oppfølging, mangelfull nasjonal rapportering	Arbeide systematisk med tiltak for LIS-kandidater nedfelt i handlingsplan for utdanning, herunder styrke kontakten med utdanningsutvalgene for spesialistutdanning i avdelingene og delta i evalueringsmøter med spesialitetskomiteer. Følge opp anbefalinger fra komiteene.
10.	<b>Arealer:</b> utilstrekkelige/for lite arealer <b>til forskning og undervisning</b> i flere klinikker, ev. manglende ressurser til oppgradering av lokaler.	Bidra i arbeidet med tilstrekkelige arealer til forskning og undervisning f.eks. strategisk arealplanlegging, og i forbindelse med store forskningssøknader. Bidra etter behov i arealkartlegging i regi av UiO, Det medisinske fakultet, vedrørende bruk av arealer fakultetet benytter seg av ved Rikshospitalet.
11.	<b>Praksisplasser for sykepleierstudenter m.fl.</b>	Vurdere om det er ubenyttet kapasitet i OUS og om poliklinikker og dageshøst kan benyttes i større grad ved å forsterke oppfølgingen av studenter fra høgskolenes side og stimulere med insentivmidler fra Helse Sør-Øst . Antall praksisplasser innen operasjonssykepleie må økes, da utdanningsinstitusjonene har imøtekommet helseforetakenes behov for denne kompetansen. Det lages en plan for dette sammen med involverte klinikker.

## Økonomi og infrastruktur

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

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

	Risiko	Tiltak
6.	<b>DIPS - manglende aktivitetsinntekter</b>	Det gjennomføres særskilt oppfølging av koding med jevnlig rapportering til ledermøtene etter innføring av DIPS. I januar 2015 sendes daglige rapporter for manglende ferdigstilling av koding. Oppfølging etableres som fast sak i OUS Ledermøte. Etter 3. tertial rapportering den 4 februar vil ytterligere tiltak vurderes.
7.	<b>Kritikkverdige handlinger</b>	Etablere et helhetlig system for internkontroll innenfor økonomiområdet i helseforetaket (beskrivende dokument). Gjennomføre sykehusets overordnede plan for kontrollhandlinger.
8.	<b>Mangelfulle styringsdata</b>	Videreutvikle LIS og tilrettelegge for gode styringsdata for lederne.

Målgruppe: Foretaksstyret

Faglig ansvarlig: Stabsdirektør Eva Bjørstad, Stab pasientsikkerhet og kvalitet

Dato: 04.02.2015



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

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



# Ledelsens gjennomgang

## Utvalgte områder og kommentarer

3. tertial 2014

Vedlegg 2  
Styresak 3/2015

## Innholdsfortegnelse

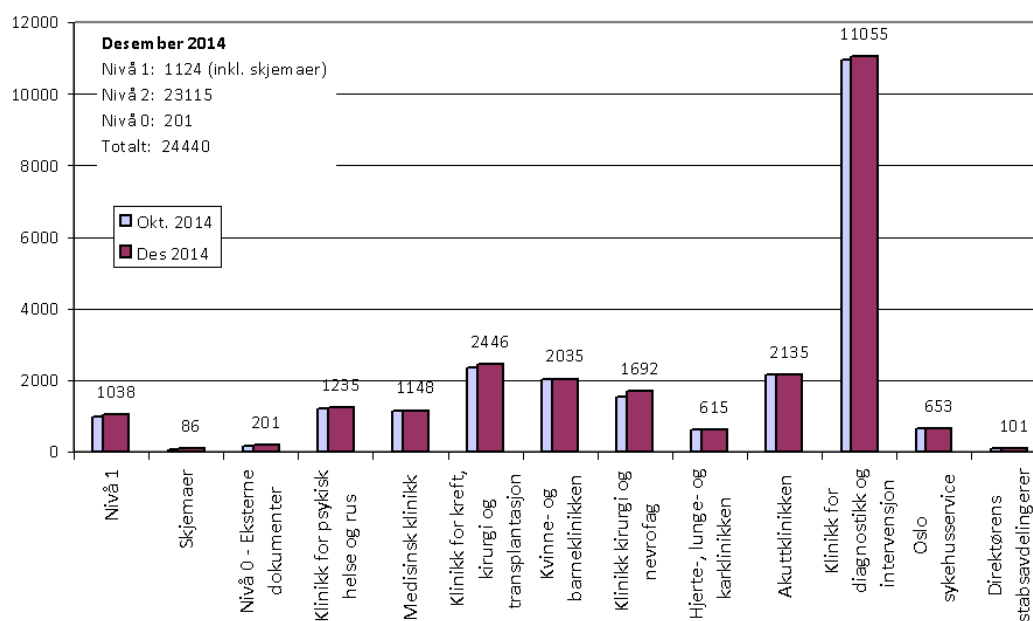
<b>1. Virksomhetsstyring, intern styring og kontroll .....</b>	<b>3</b>
1.1 Styrende dokumentasjon som ledd i god intern styring og kontroll.....	3
1.2 Hendelsesregistrering og avvikshåndtering .....	5
1.3 Kontrolltiltak.....	8
1.4 Juridiske forhold .....	12
<b>2. Brukermedvirkning .....</b>	<b>15</b>
2.1 Brukermedvirkning .....	15
2.2 Brukertilbakemeldinger .....	16
<b>3. Pasientbehandling med fokus på pasientsikkerhet og samhandling.....</b>	<b>20</b>
3.1 Uønskede pasienthendelser .....	20
3.2 Sykehusinfeksjoner.....	23
3.3 Sykehusobduksjon .....	24
3.4 Melding til Kunnskapscenteret etter Spesialisthelsetjenestelovens § 3-3.....	25
3.5 Varsel til Statens helsetilsyn etter Spesialisthelsetjenestelovens § 3-3a.....	25
3.6 Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) .....	25
3.7 Pasientsikkerhetsprogrammet .....	27
3.8 Dr Foster Global Comparators Programme .....	27
3.9 Pasientsikkerhetsvisitter .....	28
3.10 Publisering av uønskede hendelser på nett.....	29
3.11 Klager fra pasienter og deres representanter .....	30
3.12 Metodevurdering.....	32
3.13 Pasientforløpsarbeidet.....	32
3.14 Samhandling .....	33
3.15 Likeverd .....	42
3.16 Internasjonalt samarbeid.....	44
<b>4. Opplæring av pasienter og pårørende.....</b>	<b>48</b>
4.1 Læringstilbud til pasienter og pårørende .....	48
4.2 Barn som pårørende .....	49
<b>5. Utdanning av helsepersonell.....</b>	<b>51</b>
<b>6. Forskning og utvikling.....</b>	<b>53</b>
6.1 Forskning.....	53
6.2 Innovasjon .....	56
<b>7. Arbeidsmiljø (Helse Miljø Sikkerhet) .....</b>	<b>58</b>
7.1 Brudd på arbeidstidsbestemmelser .....	58
7.2 Helse Miljø Sikkerhet (HMS) avvik .....	60
<b>8. Kommunikasjon og omdømme .....</b>	<b>68</b>
<b>9. Referansetabeller.....</b>	<b>73</b>
9.1 Eksterne tilsyn gjennomført i 3. tertial 2014.....	73
9.2 Eksterne tilsyn fra tidligere perioder - fortsatt under arbeid.....	74

# 1. Virksomhetsstyring, intern styring og kontroll

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

For å sikre god virksomhetsstyring og internkontroll er det nødvendig at alle styrende dokumenter (instruks, prosedyrer, retningslinjer og tilsvarende) styres og er tilgjengelig for alle medarbeiderne. Gjennom sykehusets dokumentstyringsystem, sikrer lederne at nødvendige dokumenter blir utarbeidet/oppdatert og tilgjengeliggjort.

Antallet styrende dokumenter er ved utgangen av året 24 440 (23 886 etter 2 tertial 2014). Økningen er lavere enn tidligere perioder.

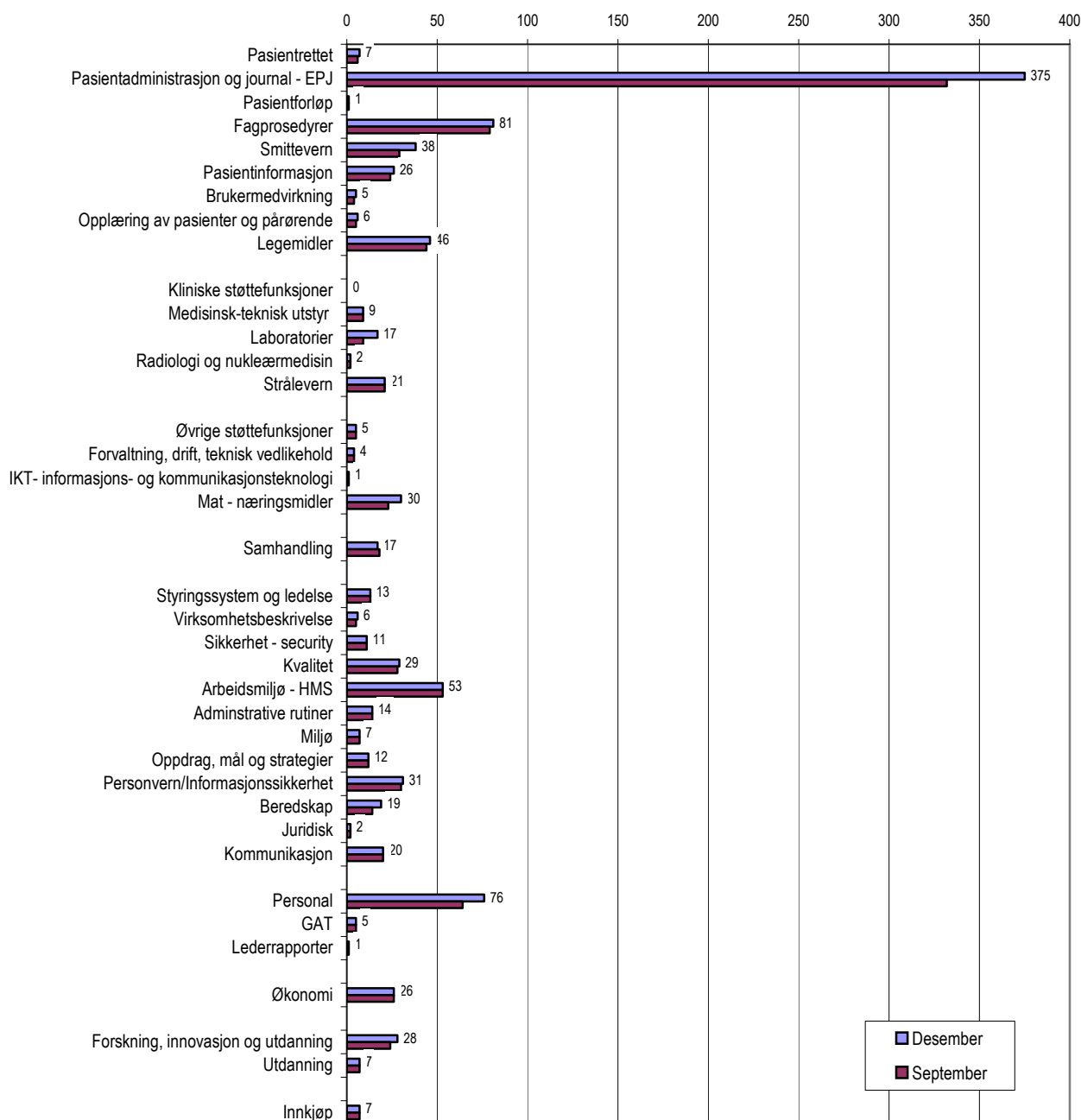


Figur 1. Antall styrende dokumenter fordelt per område/klinikk. Kilde: eHåndbok

Det er sykehusets krav at alle dokumenter revideres regelmessig og senest hvert tredje år. Gjennom 3.tertial er en mengde dokumenter (40-50 pr. dag) revidert. Målet er å øke kvaliteten på de enkelte dokumentene.

I Figur 2 er fordelingen av styrende dokumenter vist på "Nivå 1" (virksomhetsomfattende dokumenter) innen de ulike områder. Det er utarbeidet mange dokumenter knyttet til pasientadministrasjon og elektronisk pasientjournal. Mange av disse dokumentene ble utarbeidet av DIPS-prosjektet for å sikre innføring og bruk av DIPS i sykehuset.





Figur 2. Fordeling av styrende dokumenter på nivå 1 (virksomhetsomfattende dokumenter) innen de ulike områder. Vesentlige områder er beskrevet med nødvendig styringsdokumenter. Kilde: eHåndbok.

Utarbeidelsen av DIPS-dokumentene og øvrige nye dokumenter på nivå 1 har medført en økning i antall dokumenter på ca. 10 %. Andelsmessig har økningen i klinikkens dokumentasjon vært på noe over 2 %. Dette er en ønsket utvikling. Sykehuset vil videre prøve å samordne relativt liklydende dokumenter i de ulike klinikker og avdelinger ved å erstatte disse med ett felles dokument på overordnet nivå. Dette vil redusere antallet dokumenter og sikre mer standardiserte dokumenter med høyere kvalitet.

### **1.1.1 Kunnskapsbaserte fagprosedyrer**

Sykehuset har 52 kunnskapsbaserte fagprosedyrer. Det ble ikke prioritert å lage flere høsten 2014 grunnet arbeidet med implementering av pakkeforløp og på innføring av kunnskapsbaserte behandlingsplaner i DIPS.

Det er under utarbeidelse en plan for å sikre rydding i fagprosedyrer. Dette omfatter også utarbeiding og oppdatering av fagprosedyrer, inkludert det å gjøre dem kunnskapsbaserte. Sykehuset ønsker videre at alle kliniske avdelinger i 2015 skal videreutvikle minst en av sine viktigste faglige prosedyrer eller retningslinjer for kunnskapsbasert praksis, samt planlegge for et tilsvarende arbeid i 2016. Hvis dette lykkes vil sykehuset få tilgjengelig langt flere kunnskapsbaserte fagprosedyrer de neste to årene.

Klinikkene oppretter nå flerfaglige fagråd med kompetanse i kunnskapsbasert praksis. Noen avdelinger oppretter også fagråd lokalt. Fagrådernes mandat er å koordinere pasientforløp, fagprosedyrer, pasientinformasjon og mini-metodevurderinger i klinikken. Med dette får sykehuset sikret erfaringsutveksling og økt kvalitet på arbeidet.

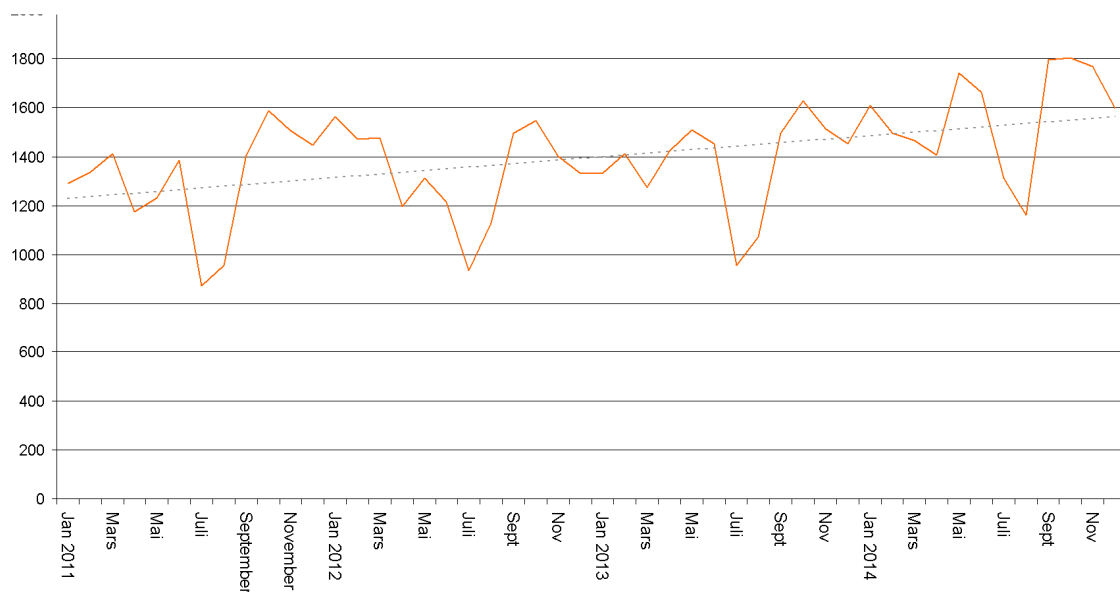
## **1.2 Hendelsesregistrering og avvikshåndtering**

Registreringsaktiviteten i sykehuset hendelsesregistrering og avvikssystem "Achilles" i tredje tertial 2014 viser fremdeles en liten økning i antallet registreringer fra 2013 (Figur 3). Dette er en ønsket utvikling da antallet alvorlige og katastrofale hendelser ikke stiger i samme omfang. Økningen gir derved sykehuset en økt mulighet til å iverksette forebyggende tiltak for å forhindre mer alvorlige hendelser.

Achilles er, som andre hendelsesregistreringssystemer, egnet til å evaluere "meldekultur", medarbeideres forhold til verktøyet (nyttig, lett å bruke, skaper endring etc.) og til å avdekke konkret risiko og tiltak for å redusere risiko.

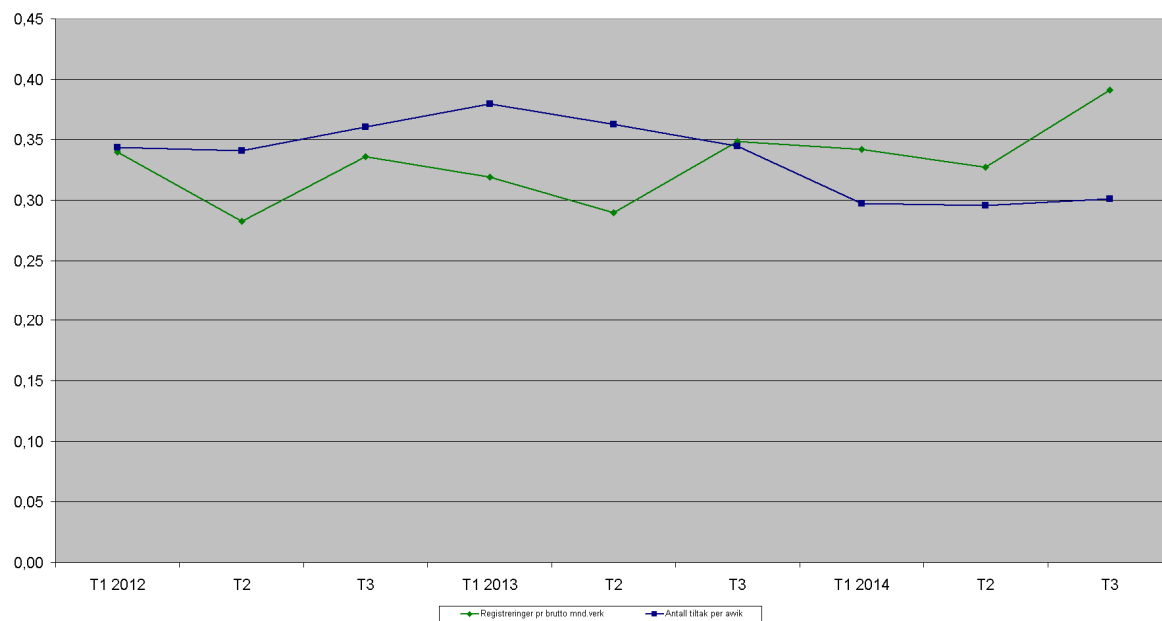
Achilles er derimot ikke egnet til å:

- Måle faktisk sikkerhet eller hendelsesforekomst
- "Benchmark" virksomheter eller aktiviteter
- Måle endringer over tid (ingen fast ratio mellom registrerte og faktiske hendelser)
- Utarbeide aggregerte rapporter (med noen få unntak)



Figur 3. Registrerte uønskede hendelser og risikoforhold i Achilles per måned. Alle typer registreringer. Kilde: Achilles

Ledere har i sin saksbehandling registrert 2105 forbedringstiltak i perioden. Målt mot 6995 avviksregistreringer, er tiltaksindikatoren 0,30 tiltak per avvik. Fordelingen av hendelser er tilnærmet likt med forrige tertial (Figur 4).

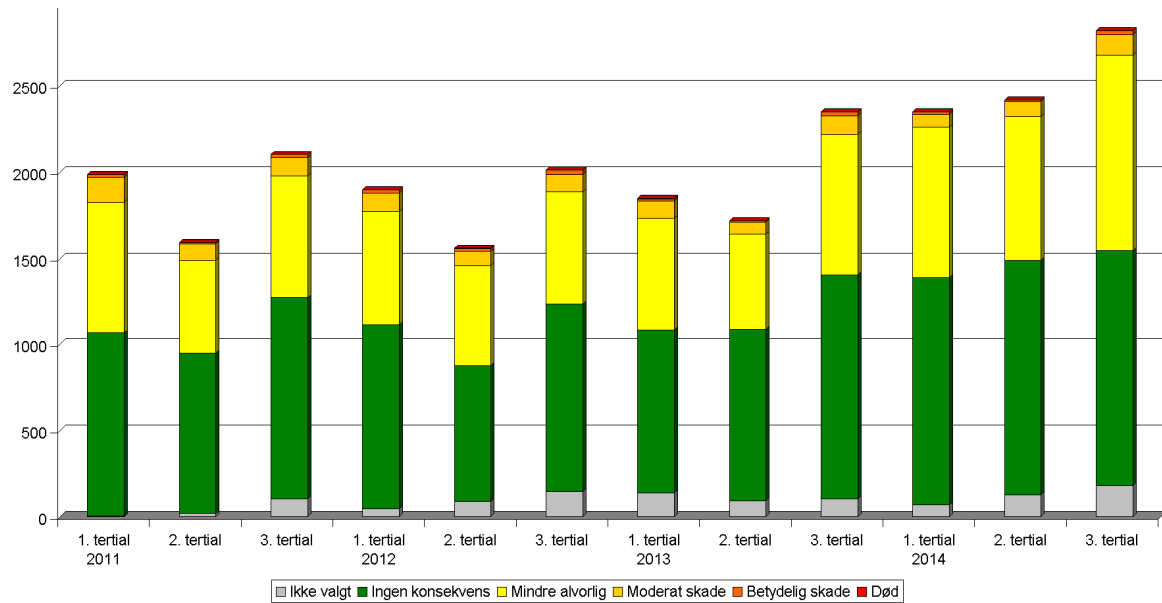


Figur 4. Aktivitetsindikator avviksbehandling per tertial. Antall registrerte saker/ansatt og dokumenterte forbedringstiltak/avvik. Kilde: Achilles.

### 1.2.1 Andre avvik og forbedringsforslag

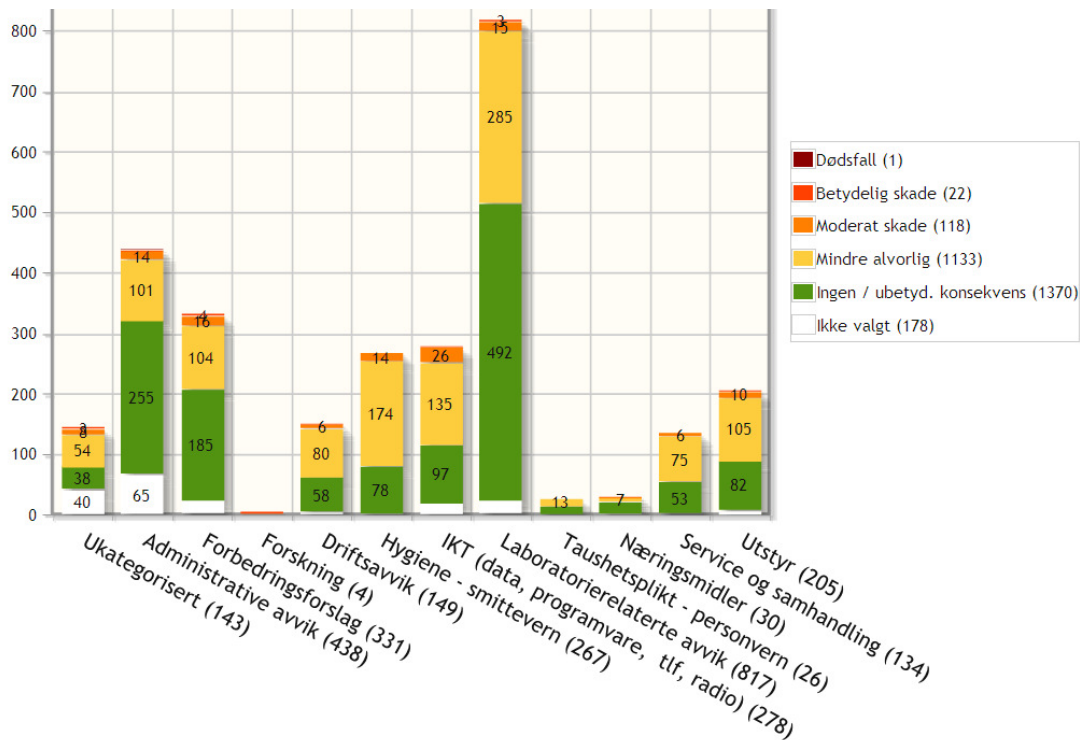
Alle registreringer i Achilles kategoriseres i hovedkategoriene "Pasienthendelse", HMS hendelse" eller "Andre avvik og forbedringsforslag".

Registreringene (Figur 5) viser at antall registreringer (2822) i hovedkategorien "andre avvik og forbedringsforslag" øker noe i forhold til tidligere tertialer.



Figur 5. Antall registreringer i hovedkategorien "Andre avvik og forbedringsforslag" fordelt på faktisk konsekvens. Kilde: Achilles.

29 % av registreringene er laboratorierelaterte avvik, i all hovedsak med ingen eller mindre alvorlig konsekvens. Fordelingen av saker har liknende profil som tidligere, men med en økning innen kategoriene IKT og Hygiene. IKT-økningen settes i sammenheng med innføring av DIPS, til en viss grad en forventet økning i antall ved et prosjekt av så stort omfang (Figur 6).



Figur 6. Registreringer i hovedkategorien "Andre avvik og forbedringsforslag" 3. tertial 2015 fordelt på hovedgrupper. Kilde: Achilles.

## 1.3 Kontrolltiltak

### 1.3.1 Revisjoner

Revisjoner skal undersøke om intern styring og kontroll på utvalgte områder fungerer som forutsatt, og skal bidra til læring og forbedringer i organisasjonen.

Oslo universitetssykehus HF har etablert et system for internkontroll i henhold til "Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten" der det påpekes at det "skal være oppfølging og kontroll av internkontrollen".

Den lokale leder har et selvstendig ansvar for å utøve internkontroll i eget ansvarsområde. Noen av klinikkene har etablert praksis med interne revisjoner (egenrevisjoner).

Foretaksrevisjonen (Seksjon for interne revisjoner i Direktørens stab) ved Oslo universitetssykehus HF skal på vegne av Administrerende direktør være et ledd i internkontrollansvaret; se etter om det er etablert og gjennomført tilfredsstillende intern styring og kontroll.

Revisjonsområdene blir valgt ut på bakgrunn av risikoanalyser og aktualitet (Styresak 28/2014).

Foretaksrevisjonen understøtter også klinikkens arbeid med å etablere, gjennomføre og følge opp arbeidet med intern styring og kontroll.

Foretaksrevisjonen samhandler med og benytter også andre eksterne aktører i sitt arbeid, for eksempel ved kjøp av eksterne revisjonstjenester.

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

### **Samhandling mellom foretaksrevisjonen og Konsernrevisjonen**

Det har siden 2010 vært et praktisk samarbeid mellom sykehuset og Konsernrevisjonen. Det er gjennomført regelmessige møter mellom Konsernrevisjonen og Foretaksrevisjonen (månedlig), og med administrerende direktør (tertialvis).

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

## Revisjoner utført av foretaksrevisjonen

Styresak 28/2014 anbefalte at revisjonsaktiviteten høsten 2014 skulle ta hensyn til at regional EPJ (DIPS) skulle innføres ved sykehuset, og at drift skulle skjermes i størst mulig grad. Det er derfor kun gjennomført opplærende revisjonsaktiviteter i tertialet.

- Opplæring og bistand i revisjonsarbeid for Klinikk for diagnostikk og intervensjon

Klinikken har mange sertifiserte og akkrediterte enheter som hver utfører egenrevisjoner. Inneværende tertial er det nedsatt en ressursgruppe som samler revisjonsarbeidet i klinikken, og det ble gjennomført et 3 dagers bedriftsinternt grunnkurs i revisjonsteknikk. De 20 kursdeltakerne skal være observatører i revisjoner i klinikken, og deretter få en "mester/svenn" læring i klinikkens egenrevisjoner. Klinikken har egen revisjonsplan for 2015

## Oppfølging fra tidligere interne revisjoner

- Gjennomføringsprosjektet

Medio januar 2014 ble det gjennomført 7 punktrevisjoner i alle aktuelle klinikker. Funnene viste behov for videre forbedringsarbeid og implementering av tiltak basert på sentrale føringer fra Gjennomføringsprosjektet.

Klinikklederne har fulgt opp funn og forbedringsarbeid og i egen klinikk. Før regional EPJ ble innført, var det ekstra fokus på disse funnene og forbedringsarbeidet. "Råd for henvisninger, ventelister og fristbrudd" har hatt månedlige møter med gjennomgang av ventelistedata. Rådets medlemmer er med i planleggingen av 8 nye punktrevisjoner som skal utføres i 1.tertial 2015. Målet er å identifisere flest mulig forbedringspunkter slik at sykehuset skal ha gode pasientadministrative rutiner knyttet til registrering og oppfølging av ventelistedata, samt "flyt" i alle behandlingstilbud som inngår i et pasientforløp.

- Intern styring og kontroll innen personvern og informasjonssikkerhet i forskning

Styret er informert om revisjonen utført ved Kreft, kirurgi og transplantasjonsklinikken/Avdeling for urologi, med fokusområdet "*Register og biobank for urologiske sykdommer*", herunder "*Register for radikal prostatektomi*" og "*Prostatabiobanken*".

Avviket som omfatter manglende samtykke vil håndteres i tråd med en anbefaling som både sykehusets personvernombud og Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) har gitt sin tilslutning til.

Når pasienter som er i live er tilskrevet, vil avviket lukkes.

## Revisjoner utført av Konsernrevisjonen

Det er ikke utført revisjoner av Konsernrevisjonen i 3.tertial 2014.

## Revisjonsrapporter fra Konsernrevisjonen som har vært styrebehandlet i perioden

Revisjonsrapport "Intern styring og kontroll av hjerte-lungeklinikken" ble styrebehandlet på styremøte 25. september 2014 (styresak 46/2014).

Styrevedtaket er tredelt;

- *Styret tar Konsernrevisjonens rapport 1/2014 til etterretning*
- *Styret ber om å bli orientert om hvordan revisjonsfunnene i Hjerte-, lunge- og karklinikken følges opp*
- *Styret ber om å bli forelagt en plan for hvordan funnene i revisjonen kan benyttes i forbedringsarbeidet i øvrige klinikker i helseforetaket*

Det arbeides med oppfølging av handlingsplanene i klinikken. Klinikkleder har faste oppfølgingsmøter med sine avdelingsledere vedrørende planene. Det blir utført punktrevisjoner innen temaene forskning og pasientforløp i 1. tertial 2015. Styringshjulet er under ferdigstilling (tema virksomhetsstyring). Det har vært gjennomgang av alle stillinger i forbindelse med budsjett 2015.

Det arbeides med å utarbeide en plan for hvordan hele organisasjonen kan lære av funnene. I planen inngår blant annet lederutvikling og kompetansebygging innen virksomhetsstyring.

Administrerende direktør følger opp forbedringsarbeidet – både innen de ulike virksomhetsområdene, og samlet sett gjennom de tertialvise oppfølgingsmøtene.

#### Oppfølgingsmøte med foretaket i forbindelse med konsernrevisjonens årsrapport

Konsernrevisjonen hadde i desember et utvidet oppfølgingsmøte med Oslo universitetssykehus HF hvor fokus var status i handlingsplanarbeidet etter de siste gjennomførte revisjoner. Det er mottatt tilbakemelding på følgende:

1. Revisjon av intern styring og kontroll som del av virksomhetsstyringen gjennomført i Hjerte-Lunge-Karklinikken (sak 46/2014).  
Det er utarbeidet handlingsplaner i Hjerte-, lunge- og kar-klinikken for de ulike områdene som inngikk i revisjonen, samt en handlingsplan for sentral stab. Tiltakene ble risikovurdert og dannet grunnlag for prioritering og fastsettelse av tidsfrister for ferdigstilling av hvert tiltak. Tiltakene følges opp internt både i klinikken, av klinikkleder, sentral stab og administrerende direktør. Plan for bredding av forbedringsarbeidet til øvrige klinikker er under arbeid og planlegges ferdigstilt våren 2015.
2. Revisjon intern styring og kontroll i det pasientadministrative arbeidet, ventelistebehandling og fristbruddpasienter ved Oslo universitetssykehus HF (rapport 4/2012 og 6/2012).  
Helseforetaket har iverksatt en rekke tiltak og det har vært løpende oppfølging av disse i helseforetaket og i styret i Oslo universitetssykehus HF. Resultatene viser at det har skjedd store forbedringer på sentrale områder, samt at det på noen områder gjenstår et arbeid før helseforetaket er i mål. Arbeidet som er nedlagt i Gjennomføringsprosjektet og i EPJ- prosjektet vil videreføres i fase 2 av EPJ- prosjektet. Flere tiltakspunkter i dette prosjektet er innlemmet i administrerende direktørs ordinære oppfølginger i helseforetaket og opp mot styret.
3. Revisjon (ad hoc) som gjaldt: Gjennomgang av rutiner for utsendelse og mottakelse av henvisninger mellom Ringerike sykehus v/Vestre Viken HF og Oslo universitetssykehus HF.  
Status viser at alle tiltak som er beskrevet i handlingsplanen er gjennomført og

vurdert effekt er tilfredsstillende. Helseforetakets interne oppfølging av handlingsplanen ble avsluttet i 2014.

Flere av tiltakene i denne revisjonen er sammenfattende med revisjonen beskrevet over. Konsernrevisjonen avslutter konkret oppfølging av denne i revisjonen, men enkeltområder vil kunne inngå i oppfølging av handlingsplaner de andre revisjonene

### **1.3.2 Eksterne tilsyn**

Tilsynsaktiviteten i 3. tertial har vært lavere enn i samme periode i 2013.

Sykehuset har i perioden hatt 13 tilsynsbesøk:

- Mattilsynet (4)
- Det lokale El-tilsynet (3)
- Helsedirektoratet (2)
- Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (1)
- Oslo brann- og redningsetat (1)
- Arbeidstilsynet (1)
- Statens legemiddelverk (1).

Det er gitt avvik ved ni av tilsynene med til sammen 28 avvik. Tre tilsyn er nå avsluttet. Det er utarbeidet og oversendt to handlingsplaner for lukking av til sammen 10 avvik. De øvrige 6 avvikene er under arbeid og vil bli besvart innen de frister som er satt.

I kapittel 9.1 ligger en mer detaljert oversikt over alle tilsynsavvik der det også angitt hvordan alle avvikene vurderes opp mot generelle krav til internkontroll. Oversikten viser at over halvparten av avvikene knytter seg til mangler ved bygg og utstyr. Flere avvik er også knyttet til forhold til å tilrettelegge, avdekke og forebygge svikt i tjenester.

I perioden har de fleste tilsyn vært mindre rettet mot sykehusomfattende systemer, og flere kan beskrives som relativt begrensede kontroller. Det er bare ett tilsyn som det er grunn til å kommentere:

- Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap – oppfølging av tilsyn i 2012 og 2013  
Fokus for tilsynet var kompetansen til brukere av elektromedisinsk utstyr, rutiner for sikring av elektriske installasjoner og elektrisk utstyr.  
Hensikten var å vurdere om de tiltak som er iverksatt har hatt ønsket effekt.  
Tilsynet viste at tiltakene sykehuset har gjennomført med sikring av personalets kompetanse og dokumentasjon av dette har gitt effekt. Dette er gledelig.

Men, det ble gitt 9 nye avvik og 4 anmerkninger, - alle innen elektroområdet. De alvorligste avvikene gjaldt manglende kontroll av medisinske gruppe 2-rom ved Ullevål sykehus og at to nødstrømsaggregat ved Ullevål ikke blir testet. Et avvik gjaldt mangel på analyse og læring av registrerte feil i elektriske anlegg. De øvrige avvikene og anmerkningene var knyttet til befaringer og avdekkende mangler ved installasjoner og utstyr. Ett av avvikene fra 2012 resulterte i tvangsmulkt, men som på bakgrunn av handlingsplaner ble avsluttet i april 2014. Nye avvik etter tilsynet 3. tertial er således



forbundet med risiko for ny tvangsmulkt. Oslo sykehussevice arbeider med en handlingsplan for å lukke avvikene. Planen skal oversendes innen 1. april 2015.

## **Tidligere tilsyn – pågående prosess**

Det er syv tidligere tilsyn som ikke er avsluttet pr.01.01.2015.  
(se Tabell 33, kapittel 9.2)

Flere av disse er oppfølging av avvik hvor tiltak er iverksatt og hvor tilsynsmyndigheten ønsker evaluering eller beskrivelse av status. På enkelte områder kan det ta lengre tid å gjennomføre endringer. En del slike langsiktige prosesser følges opp gjennom dialogmøter med Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap, Arbeidstilsynet og Oslo Brann- og redningsetat.

## **1.4 Juridiske forhold**

### **1.4.1 Rettstvister**

Rettssaker – endringer siden forrige tertial

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

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

#### Arbeidsrettssakene – individuelle saker:

- Krav om ekstraferie for arbeidstakere over 60 år – ”stråleferie”. Sykehuset ble stevnet av 12 ansatte som mente å ha rett til 6 virkedager ekstra ferie fra det året de fyller 60 år. Saken gjaldt spørsmål om en gruppe arbeidstakere som har en individuell avtale om seks uker ferie, også har krav på 6 ekstra virkedager ferie i henhold til ferieloven fra det året de fyller 60. Ordningen var opprinnelig en utvidet ferie begrunnet i vernehensyn for denne gruppen som arbeider med ioniserende stråling. Ordningen er avvirket. Sykehuset ble av Oslo tingrett frifunnet. Retten kom til at saksøkerne ikke har krav på mer enn 6 uker ferie etter fylte 60 år, med andre ord ingen 7 ekstra uke. De ansatte har anket saken til Lagmannsretten og saken er berammet til 28. – 30. april 2015. Status siden sist er uendret - en avventer lagmannsrettsbehandlingen.
- Lønnskrav – etterbetaling. En ansatt har tatt ut forliksklage mot sykehuset. Saken gjelder påstand om urettmessig lønnstrekk og knytter seg til konvertering av lønnsmodell som Oslo universitets-sykehus HF gjennomførte i 2011, i avtale mellom Oslo universitetssykehus HF og Den

Norske legeforening.

Siden siste rapportering har saken blitt behandlet i Forliksrådet 20. november og Forliksrådet kom til at det ikke var tilstrekkelig grunnlag til å avgjøre saken. Saken ble innstilt.

#### Erstatningskrav i kontraktsforhold.

- Oslo universitetssykehus HF har mottatt stevning fra NP Bygg AS. Tvisten gjelder et beløp knyttet til sluttoppgjør i entreprise – rehabilitering og ombygging av et bygg på Ullevål område. Bakgrunnen for kravet er merkostnader knyttet til endringsmeldinger, påstander om forseringskostnader og påstander om økt rigg- og driftskostnader. Sammen med stevningen er det mottatt et forlikstilbud. Siden siste rapportering har partene kommet til enighet i saken gjennom rettsmekling.

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

Saken kan resultere i en rettslig prosess. Foretaket vil før en rettslig prosess vurdere alternative løsninger sett hen til foretakets juridiske og økonomiske posisjon, risiko og policy. En vil også se hen til omdømme.

- Kontraktsforhold: Uenighet om provisjonskrav knyttet til eiendomssalg. Sykehuset har mottatt skriftlig krav med budskap om videre rettslig prosess. Status uendret.
- Kontraktsforhold: Uenighet med leverandør om det foreligger mangel på medisinsk teknisk utstyr. Sykehuset mener det er grunnlag for å rette krav mot leverandør (erstatning og heving av kontrakt). Det er diskusjon mellom partene med det formål å få saken løst. Siden siste rapportering er partene i ferd med å komme til enighet.
- Kontraktsforhold: Uenighet med leverandør om feil og mangler i forhold til medisinsk teknisk utstyr som ikke blir utbedret. Stor sannsynlighet for heving og med risiko for rettslig prosess.
- Kontraktsforhold: Reklamasjonssak med leverandør om utbedring av kontormøbler som er levert.
- Arbeidsforhold: Pengekrav for urettmessige forhold oppstått i tidligere arbeidsforhold.
- Arbeidsforhold: Diskusjon om endringsoppsigelse for ansatt.

#### **1.4.3 Straffbare forhold:**

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

- Rekruttering av spesialsykepleiere til arbeid. Sykehuset har vært tiltalt for brudd på utlendingsloven (§ 108, tredje ledd bokstav b, jfr. straffeloven § 48 a) for medvirkning til utilbørlig utnyttelse av tre sykepleiere. Dom ble avsagt 6. desember med frifinnelse. Påtalemyndigheten har 2. januar anket

saken til lagmannsretten og saken er sluppet inn og henvist til ankeforhandling. Ankeforhandling pågår i tiden 20. januar til 12. februar 2015.

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

- Foretaket er innklaget av en leverandør i sak som gjelder ferdig anbudskonkurranse og inngåelse av kontrakt med valgt tilbyder av sikkerhetssystemer. Foretaket har forberedt og avgitt skriftlig tilsvaer. Saken er til behandling i KOFA. Status siden siste rapportering er at KOFA har kommet med en avgjørelse der det konstateres at foretaket for to forhold ikke har overholdt anskaffelsesregelverket. Imidlertid gjelder dette forhold av mindre betydning. Avgjørelsen har ingen konsekvenser for gjennomført konkurranse eller inngått kontrakt.
- I perioden er foretaket innklaget av en tilbyder i sak som gjelder avlysning av konkurranse om innsamling, transport og sluttbehandling av smitte/risikoavfall. Foretaket har forberedt og avgitt skriftlig tilsvaer. Saken har vært til behandling i KOFA. KOFA har behandlet saken og avvist klagen. Påstanden til klager har ikke ført fram.

## 2. Brukermedvirkning

### 2.1 Brukermedvirkning

Etterspørselen av brukerrepresentanter til prosjekter, råd og utvalg er fortsatt høy, og medlemmer av ungdomsrådet og brukerutvalget benyttes både internt og eksternt.

I perioden har representanter fra brukerutvalget blitt oppnevnt til å delta i "Prosjekt gjennomgang og utvikling av organiseringen av Oslo universitetssykehus HF", "Fagrådet i forskning" og ulike prosjekter i Akuttklinikken.

Som oppfølging av tiltak i handlingsplan for brukermedvirkning 2014-2016 er retningslinjen for godtgjøring av brukerrepresentanter ved Oslo universitetssykehus HF revidert.

#### Brukerutvalget

Brukerutvalget har avholdt fire møter i perioden. Som oppfølging av tiltak i handlingsplan for brukermedvirkning har utvalget deltatt på seminar om læringstilbud for pasienter og pårørende ved sykehuset. Brukerutvalget har levert høringsuttalelser til "*Idéfaserapport – Idéfase Oslo universitetssykehus HF*" og Helsedirektoratets veileder om "Pasienter, brukere og pårørendes rett til informasjon ved alvorlige hendelser", samt sykehusets pasientbrosjyre "*Vi tar vare på deg*".

Utvalget har møtt styret. Utvalget har hatt besøk av kontaktperson fra regionalt brukerutvalg for å opprettholde dialog og samarbeid. Representanter fra brukerutvalget har deltatt på den årlige regionale brukerutvalgskonferansen i regi av Helse Sør-Øst RHF for å bidra til å styrke samarbeidet om brukermedvirkning i regionen.

#### Ungdomsrådet

Det er oppnevnt nytt ungdomsråd for perioden 2014-2016 med ungdom fra 13-25 år, helsepersonell fra aktuelle klinikker og med representanter som utgjør en stor bredde i brukererfaringer og fagkompetanse. Det er i perioden avholdt to møter.

Som oppfølging av tiltak i handlingsplan for brukermedvirkning 2014-2016 har ungdomsrådet vært deltakende i utarbeidelsen av prosedyren "*Ungdom i sykehus og overføring til voksenavdeling*" sammen med Kvinne- og barneklivnikken, inkludert klinikkens brukerråd. Rådet er også involvert i forberedende arbeid med å evaluere arbeidet med innføring av 18-års aldersgrense i barneavdelinger, med fokus på brukertilfredshet. Ungdomsrådet samarbeider også med Kvinne- og barneklivnikken om tilrettelegging for ungdom på barneavdelinger.

Ungdomsrådet er trukket inn i kommunikasjonsstabens arbeid med å gjøre forbedringer på sykehusets hjemmesider for barn og ungdom, og arbeidet med ungdoms kommunikasjonsbehov med sykehuset generelt. Dette samarbeidet følger opp tiltak i handlingsplan for brukermedvirkning.

Ungdomsrådet har i perioden gitt innspill til "Idéfaserapport – Idéfase Oslo universitetssykehus HF" sammen med det sentrale brukerutvalget ved sykehuset. Rådet har hatt besøk av rektor ved Sykehusskolen og ønsker å komme med innspill til utvikling av skoletilbudet som gis av Sykehusskolen. I perioden har ungdomsrådet sammen med Barne- og ungdomsprogrammet ved sykehuset, startet planlegging av et større arrangement for ungdom på sykehuset.

## 2.2 Brukertilbakemeldinger

I 3. tertial er det kommet 572 tilbakemeldinger fordelt på 98 sengeposter og poliklinikker i Oslo universitetssykehus HF. I forrige tertial ble det mottatt 957 tilbakemeldinger. Nedgangen antas å skyldes at invitasjoner ikke blir delt ut i like stor grad som tidligere. Det pågår et arbeid for å erstatte manuell utdeling av papirinvitasjoner med automatiserte invitasjoner pr SMS til utskrevne pasienter. Dette vil sterkt øke antallet pasienter som inviteres til å gi sin mening.

Alle tall i %	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Ikke aktuelt	Ubesvart
Snakket behandlerne til deg slik at du forsto dem?	1	2	4	24	66	1	2
Har du tillit til behandlernes faglige dyktighet?	1	1	4	22	69	0	2
Har du tillit til det øvrige personalets faglige dyktighet?	1	2	7	32	54	2	3
Fikk du tilstrekkelig informasjon om din diagnose / dine plager?	2	4	11	32	46	3	2
Opplvde du at behandlingen var tilpasset din situasjon?	3	2	7	26	57	3	2
Var du involvert i avgjørelser som angikk din behandling?	5	9	16	23	32	12	3
Opplvde du at institusjonens arbeid var godt organisert?	4	5	11	32	45	1	2
Fikk du inntrykk av at institusjonens utstyr var i god stand?	1	2	12	39	40	3	3
Var hjelpen og behandlingen du fikk på institusjonen, alt i alt, tilfredsstillende?	3	2	7	23	62	1	3
Hvilket utbytte har du hatt, alt i alt, av behandlingen på institusjonen?	2	3	9	30	47	7	3

Tabell 1. Svarfordeling på spørsmål i brukertilbakemeldingene i prosent. Kilde: Achilles

Alle tall i %	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Ikke aktuelt	Ubesvart
Mener du at du på noen måte ble feilbehandlet (etter det du selv kan bedømme)?	75	9	4	2	2	6	3

Tabell 2. Svarfordeling på spørsmål i brukertilbakemeldingene i prosent. Kilde: Achilles

Alle tall i %	Nei	Ja, men ikke lenge	Ja, ganske lenge	Ja, altfor lenge	Ubesvart
Måtte du vente for å få tilbud ved institusjonen?	44	33	15	5	3

Tabell 3. Svarfordeling på spørsmål i brukertilbakemeldingene i prosent. Kilde: Achilles

Svarfordelingen på spørsmålene har generelt utviklet seg noe i positiv retning siste tertial, unntatt på spørsmål om involvering i avgjørelser. Det lave svarantallet sammenliknet med antall pasienter gjør at resultatene ikke er et pålitelig uttrykk for hva den samlede pasientgruppen mener. Likevel er det verdifulle tilbakemeldinger.

I hele 57 % av tilbakemeldingene er det av pasientene skrevet en kommentar. Et utvalg av disse er gjengitt nedenfor:

- *De vi traff, virket svært profesjonelle. De var i tillegg helt spesielt hyggelige, Vi opplevde hele kulturen som positiv. Som vi sier i Østfold: Makalaust!*
- *Individene jeg møtte er fantastiske. De fremstår som kunnskapsrike, informative og interesserte. MEN med min ingeniørbakgrunn anser jeg meg (spissformulert) som et produkt som skal oppholde seg kortest mulig tid i prosessen. I så måte kan nok arbeidsprosessene forbedres, eller kanskje til og med re-engineeres.*
- *Tilbudet svært vesentlig for meg og familien videre, viktig at både de ytre vilkår - beliggenhet, bygninger, lunsj, parkering etc OG arbeidet med et helt team av personell over såvidt lang tid og såvidt intensivt, men allikevel med pauser (for det er ekstremt slitsomt arbeid for oss som pasienter) blir opprettholdt. Fantastisk hvordan dere har klart å samarbeide med private behandlere som skal følge oss videre, det tror vi er sjelden at gjøres så godt fra spesialisthelsetjenesten. Dermed ble det virkelig en opplevelse av å være "i sentrum" for sykehusets interesse.*
- *Det eneste jeg har å utsette på, er at epikrisenes behandlingstid er "under all kritikk" - står ikke i forhold til behandlingen ellers!!!*
- *Det er helt hårreisende at det har vært en sykepleier som har gjort at min kreftsyke mor følte seg overgrepet og mishandlet, og har gjort et eller trygt menneske til redd og engstelig for å være alene igjen på sykehuset. I tillegg kan det ta 15-20 min før noen kommer når man trekker i snora fordi man trenger hjelp. Det er altfor underbemannet her- og opplysninger kommer i liten grad videre til neste skift. De aller fleste sykepleiere her er utrolig søte, men et par stykker burde aldri kommet borti pasienter. Spesielt ikke de som har fått utdelt en dødsdom. Generelt ser jeg ekstremt forbedringspotensialet i å få flere ansatte på jobb, og at noen har ansvar for å drive stedet best mulig i forhold til pasientene.*
- *Vært der flere ganger for forskjellige ting. Alltid utmerket service!*
- *Førsteklasses behandling fra A til Å.*
- *Behandling og informasjon vedrørende operasjon var bra! Det kritikkverdige dreier seg om pasientbehandling i form av holdning og uttrykksmåte. Opplevelsen er at legene fokuserer kun på magen og innvollene, de ser ikke meg, hører ikke på det jeg sier og virker arrogant og uinteressert. Dette bør forbedres hos de gjeldene leger. Kan det være fornuftig med en endring i arbeidsmåte/struktur på sykehuset? Hvis legene ikke har tid (eller evner) - la legene ta den "tekniske" undersøkelsen og slipp deretter sykepleierne til - det virker som de er bedre rustet til å ivareta hele mennesket. Kanskje*

kan sykepleierne spesialiseres på kunnskap om plager/bivirkninger som kan oppstå etter store operasjoner og være en samtalepartner som er lydhør og ivaretaende. Tror ikke kostnadene ved sykehuset vil nødvendigvis vil øke med et slikt tiltak, imidlertid vil samfunnsøkonomien bedres. Takk for muligheten til å formulere meninger i denne "brukerundersøkelsen". Jeg har lenge ønsket å 'si i fra', men har ikke helt vist hvor og hvordan.

- Gikk fastende i 14 timer for så å få beskjed om at det ikke ble tid til meg.
- Både i mai i år og i dag (sept) møtte jeg svært profesjonelle og imøtekommende mennesker som gjorde den i utgangspunktet noe ubehagelige opplevelsen (operasjonen) til noe hyggelig! Jeg føler meg heldig som får så god pleie i det norske helsevesenet. Tusen takk!!!
- Overlege \*\*\*\*\* bør kurses i hvordan man snakker med folk og få lagt av seg den brutale fysiske undersøkelses håndteringen.
- Alt for lang ventetid, mye rot med papirer der ingen påtar seg ansvaret for blant annet å rote bort mr henvisning. Føler meg som en kasteball der ingen egentlig bryr seg om meg som pasient. Nedslitt avdeling, ille at man må trille over grus i gangen på veg til operasjon fordi det ikke er penger til å fikse gulvet.
- Det er for dårlig at det ikke er tilgang til trådløst nett på avdelingen. Vi er i 2014!!! Få det på plass!!
- Generelt for dårlige måltider. Kunne godt vært mer barnevennlig middag.
- Utsendt informasjon var meget mangelfull. Ingen opplysninger om når inngrep skulle finne sted. Kun informasjon om innleggelse. Uklare opplysninger om fasting. Uklare og mangelfulle opplysninger om hva som skulle skje når.
- Førsteklasses personell, lege og alle andre jeg var i kontakt med.
- Jeg ble akuttinnlagt og operert samme ettermiddag. Ble møtt av profesjonelt og hyggelig personale i alle ledd. Stor takk til alle ansatte ved Ullevåls øyeavdeling fra en meget fornøyd pasient
- Stor takk for en meget god behandling og opphold etter akuttinnleggelse og påfølgende kirurgi. Stor takk og dyp respekt for avdelingen og hyggelige og dyktig personell. Som leder selv virket "atmosfæren mellom ansatte / profesjonsgrupper svært godt. Tar med en kommentar om god forpleining i matvegen og stort utvalg.
- Operasjonen ble avlyst/utsatt, to timer etter at pre-medikasjon (og mye annet) var gitt. Mangel på anestesileger. Dette skjer visst jevnlig, ble det meg fortalt. Stor systemsvikt! Ny innleggelse 9 dager senere.
- Jeg er svært godt fornøyd med all medisinsk behandling og dyktige medarbeidere. Det hadde vært ønskelig med enda mer veiledning m.h.t. kosthold og ernæring.
- Jeg har ingenting å utsette på personale eller deres faglige kompetanse, alle jeg har vært i kontakt med har vært helt strålende. Det jeg har hatt av negative opplevelser går på administrasjon; lang ventetid fordi legen faktisk ikke visste at jeg hadde time, faktura i posten etter behandling enda jeg har registrert frikort i avdelingen. Jeg er absolutt ingen krevende pasient, men jeg har opplevd ganske mye rart i fbm. mine sykehusopphold, og alt går på administrasjon, kommunikasjon og tydelig dårlige IT-systemer. Jeg ser at alle som jobber der gjør så godt de kan og ofte mer enn det, men de kunne nok fått en mye enklere hverdag om de slapp å rydde opp i slike "småting" hele tiden.
- Jeg finner ingen grunn til klage på en institusjon som fungerer så bra. Det ville i så fall bare være flisespikkeri.

Alle tilbakemeldinger tilbakeføres automatisk til avdelingen der pasienten var innlagt, og blir der vurdert av leder med tanke på forbedringspotensialer gjennom Achilles.

Resultater fra brukerundersøkelsen publiseres på Oslo universitetssykehus HF sine nettsider under fanen "Pasienterfaringer" hvert tertial.



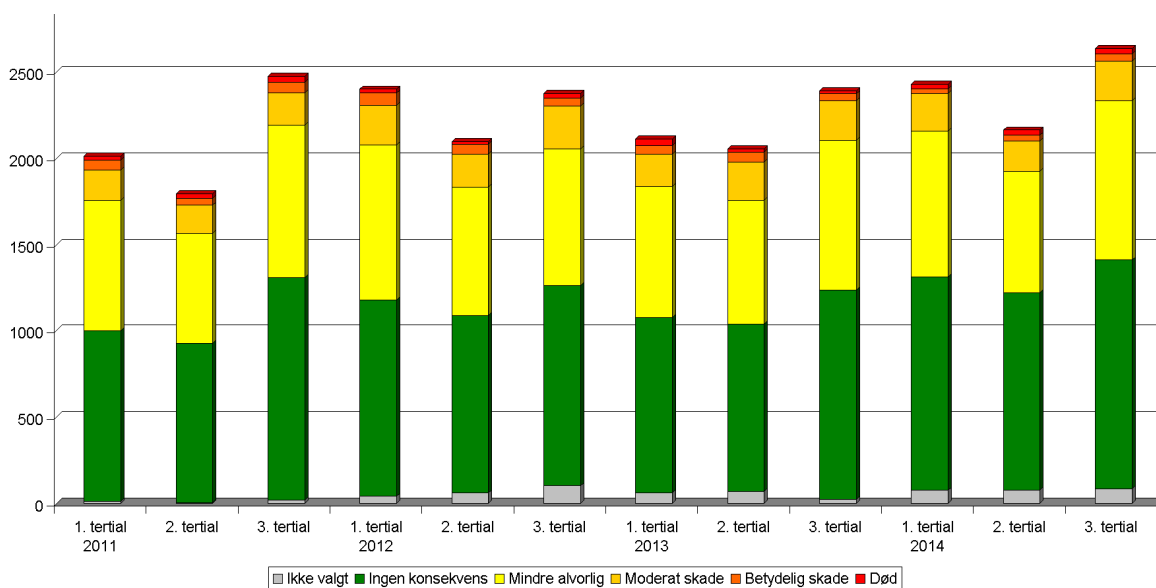
### 3. Pasientbehandling med fokus på pasientsikkerhet og samhandling

*Mennesker gjør feil fordi de systemer, oppgaver og prosesser som de arbeider med er dårlig utformet.*

Professor Lucian Leape, Harvard School of Public Health

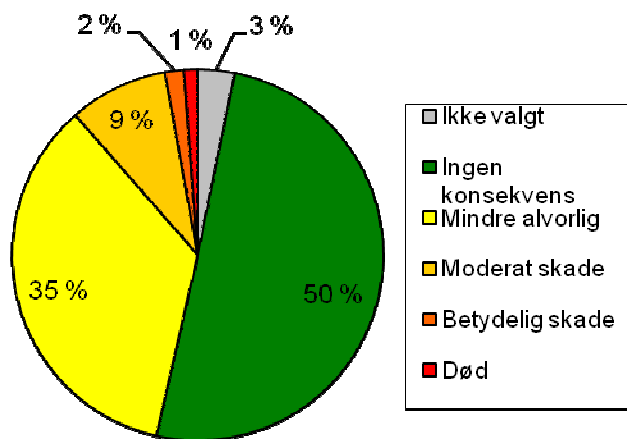
#### 3.1 Uønskede pasienthendelser

Antallet registrerte uønskede hendelser og risikoforhold i pasientrettet aktivitet er 10 % høyere enn i samme periode 2013.



Figur 7. Antall pasientrelaterte hendelser og risikoforhold per tertial. Inndelt i faktisk konsekvens. Kilde: Achilles.

Fordelingen av faktisk alvorlighet i registreringene er stabil:



Figur 8. Fordeling av faktisk konsekvens i pasientrelaterte hendelser og risikoforhold 3. tertial 2014. Kilde: Achilles

Omtrent halvparten av sakene har ikke medført en faktisk konsekvens for pasientene (nesten uhell). Det er positivt fordi dette indikerer at terskelen for å benytte Achilles er lav. Registrering av nesten-uhell er også viktig fordi man kan iverksette forbedringstiltak som på et senere tidspunkt kan forhindre tilsvarende hendelser med større faktisk konsekvens.

Andelen "unaturlig dødsfall/katastrofal" skade (ca 1 % av registreringene) betyr ikke at sykehuset har begått et tilsvarende antall feil, men at terskelen for å registrere dødsfall som oppfattes som uventede eller uavklarte er lav. De fleste dødsfall ved sykehuset er ikke uventede eller forbundet med feilbehandling.

Det er i 3. tertial 2014 registrert 31 hendelser i forbindelse med dødsfall. I Tabell 4 er hendelsene fordelt på 5 kategorier slik de er vurdert etter leders vurdering av forebyggbarhet:

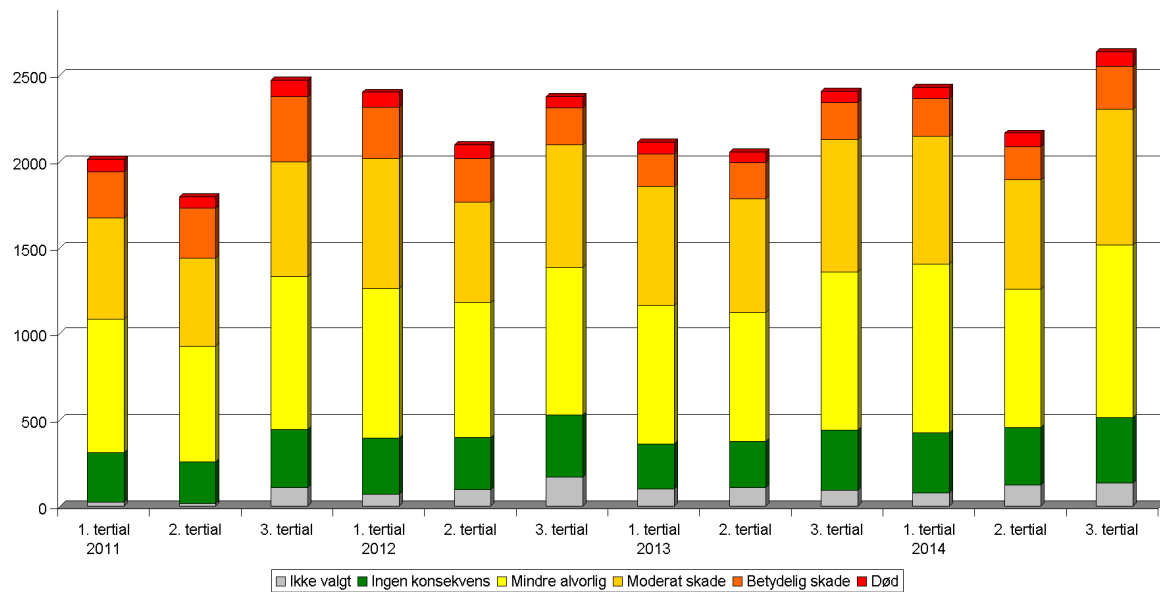
Forebyggbarhet	Antall
0. Ikke valgt / ikke ferdig behandlet	2
1. Ganske sikkert ikke forebyggbar	8
2. Sannsynligvis ikke forebyggbar	16
3. Sannsynligvis forebyggbar	4
4. Ganske sikkert forebyggbar	1
Totalt	31

Tabell 4. Vurdering av forebyggbarhet av dødsfall, 3 tertial 2015. Kilde: Achilles.

De dødsfall som ble klassifisert med "Ganske sikker" og "Sannsynligvis" forebyggbar, omhandlet:

- Helsepersonell på stedet startet ikke hjerte-lunge redning.
- Prosedyre ikke fulgt ved utredning av lav oksygenmetning påvist ved rutinescreening på Vanskelig diagnostikk
- Sannsynlig blødning etter operativt inngrep, ikke godt nok fulgt opp med hensyn til blodfortynnende og hemoglobinnivå.
- Pasient ikke operert på indikasjon i helg. Pasienten var kritisk syk og muligheten for å overleve en operativ behandling er vanskelig å uttale seg om.
- Anastomoselekkasje etter operasjon for tarmslyng.

Ved vurdering av de potensielle konsekvenser (Figur 9) og fordeling på årsakskategorier ser man også at mønsteret fra tidligere tertial gjentar seg.



Figur 9. Antall pasientrelaterte hendelser og risikoforhold per tertial. Inndelt i potensiell konsekvens. Kilde: Achilles.

#### Fordeling per typer:

	Totalt	Ingen konsekvens	Mindre alvorlig	Moderat skade	Betydelig skade	Død	Ikke valgt	
Pasienthendelse	2636	1328	923	227	43	31	84	
Diagnostikk, behandling og pleie	861	355	342	99	24	17	24	33 %
Dokumentasjon	199	121	51	20	0	0	7	8 %
Ernæring	9	7	0	0	0	0	2	0 %
Fall og andre ulykker	149	76	58	12	1	1	1	6 %
Legemidler og blodprodukter	459	302	123	23	6	1	4	17 %
Medisinsk utstyr	154	68	62	14	2	1	7	6 %
Pasientadferd	62	22	20	9	5	6	0	2 %
Pasientadministrasjon / samhandling	509	269	191	27	2	2	18	19 %
Sykehusinfeksjon	22	13	8	0	0	1	0	1 %
Ikke kategorisert	212	95	68	23	3	2	21	8 %

Tabell 5. Fordeling av pasienthendelser i hovedkategorier. Kilde: Achilles.

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

Eksempler på uønskede pasienthendelser fra tertialet i kategoriene moderat og betydelig reell skade:

- Manglende tilbud om trykkammerbehandling grunnet teknisk tilstand
- Pasient falt ut av venteliste i DIPS pga feilregistrering/standardvalg
- Gjentakende feil med scoop/hjerteovervåkning
- Henvisninger brukte lang tid fra mottak til de sendes videre til avdelingene
- Forsinket tilgang til pasienter etter innføring av DIPS, risiko for fristbrudd.

- Reoperasjon pga blødning fordi antikoagulerende behandling var gitt for tidlig etter operasjonen.
- Forsinket behandlingsforløp fordi pasienten ble henvist tilbake til lokalsykehus

### 3.2 Sykehusinfeksjoner

#### Helsetjenesteassosierte infeksjoner

Prevalensandelen av helsetjenesteassosierte infeksjoner i 3. tertial var 5,1 % og gjennomsnittet hittil i 2014 er 4,8 % (Tabell 6).

Resultatene fra siste måling (25. november 2014) er foreløpig ikke ferdige. Dette omfatter de infeksjonstypene som skal rapporteres til Nasjonalt folkehelseinstitutt (urinveisinfeksjoner, nedre luftveisinfeksjoner, blodbaneinfeksjoner og infeksjoner i operasjonsområde).

Tallene inkluderer sykehusinfeksjoner hos pasienter overført fra andre sykehus.

År	Prevalensandel av helsetjenesteassosierte infeksjoner årlig gjennomsnitt (%) av 4 målinger*	Daglig gjennomsnittlig antall helsetjenesteassosierte infeksjoner blant heldøgns pasienter
2014*	4,8	67
2013	4,6	64
2012	5,6	75

Tabell 6. Prevalens av helsetjenesteassosierte infeksjoner ved OUS i 2012 – 2014.

\* Omfatter de 3 første registreringene i 2014. Resultatene for siste registrering er ikke ferdige per 16. januar 2015.

Det er en økende forekomst av pasienter med multiresistente bakterier i sykehuset. Det gjelder både meticillinresistente gule stafylokokker (MRSA), vankomycinresistente enterokokker (VRE) og multiresistente Gram negative stavbakterier. Dette er en nasjonal trend, men forekomsten er generelt signifikant høyere ved Oslo universitetssykehus HF enn nasjonalt, slik det er vist i Tabell 7 og Tabell 8. Tall for 2014 er ikke klare, men foreløpige tall viser en ytterligere økning.

	Oslo universitetssykehus HF	Nasjonalt
Andel MRSA i blodkultur	2,4 %	0,3 %
Andel MRSA i sår/puss	1,4 %	1,2 %

Tabell 7. Forekomst av MRSA i blodkultur og i sår/puss ved Oslo universitetssykehus HF og nasjonalt i 2013

	E. coli		Klebsiella	
	Urin	Blodkultur	Urin	Blodkultur
Nasjonalt	2,1 %	5,0 %	1,7 %	2,8 %
Ullevål	5,0 %	6,0 %	9,1 %	7,1 %
Rikshospitalet	4,3 %	15,6 %	13,8 %	12,5 %

Tabell 8. Forekomst av ESBL hos E. coli og Klebsiella i urin og blodkultur i 2013

Den økende forekomsten av resistente bakterier forsterker det generelle behovet for enerom og isolater. Mangel på enerom og isolater øker risikoen for smittespredning og reduserer kapasiteten på diagnostikk og behandling. Flersengsrom må i noen tilfeller bare brukes til en pasient. Det har i 2014 vært to mindre utbrudd med vankomycinresistente enterokokker (henholdsvis 4 og 6 smittede pasienter), og flere tilfeller av kryssmitte med ESBL-produserende Gram negative stavbakterier.

Legionellasituasjonen ved Radiumhospitalet er fortsatt krevende, og det påvises fortsatt Legionella i små mengder i enkelte deler av rørsystemet. I 3. tertial er det påvist Legionella anisa i 5,3 % av 768 vannprøver, men det er ikke påvist Legionella micdadei siden uke 36. Legionella micdadei er den legionella-arten som opprinnelig ble påvist, og som førte til infeksjoner hos 5 pasienter i 2012 -2013. Det er imidlertid påvist Legionella micdadei i noen prøver fra Ullevål i 3. tertial, og det er satt i gang forebyggende tiltak.

I ledermøtet for Oslo universitetssykehus 28. oktober 2014 ble det vedtatt et nytt sykehusomfattende infeksjonskontrollprogram, strategi for forebygging og kontroll av helsetjenesteassosierte infeksjoner for 2014 - 2018 og handlingsplan for smittevern for 2014 - 2018.

### 3.3 Sykehusobduksjon

Ved alle store norske sykehus observeres en nedadgående tendens i obduksjonsvirksomhet. (Kilde "Obduksjon som hjelp i kvalitetssikring av medisinsk behandling" GC Alfsen, SN Andersen, JE Kristoffersen).

Ved Oslo universitetssykehus HF gjennomføres ca. 500 obduksjoner pr år. Halvparten gjelder voksne avdøde og obduksjonsantallet utgjør ca 20 % av de totalt ca 1200 sykehusdødsfallene ved sykehuset pr. år.

	1. tertial 2013	1. tertial 2014	2. tertial 2013	2. tertial 2014	3. tertial 2013	3. tertial 2014
Obduksjoner	113	101	85	85	75	89
Obduksjoner på foster	67	72	51	54	66	46
Sum	180	173	136	139	141	135

Tabell 9. Utførte obduksjoner i Oslo universitetssykehus HF. Kilde: Patstat.

Avdeling for patologi har i utgangspunktet kapasitet til å obdusere alle pasienter det sendes begjæring om per i dag. Det er en utfordring at obduksjonsbegjæringen noen ganger ikke kommer avdelingen i hende før avdøde er hentet av begravellesbyrået eller at obduksjonsbegjæringen ikke er adekvat utfylt, slik at obduksjon blir forhindret. Avdeling for patologi har kun begrenset mulighet å følge opp dette så lenge ikke elektronisk rekvirering av obduksjoner er innført.

Det har i 3. tertial vært gjennomført egenrevisjon av obduksjonsenheten av Klinikk for diagnostikk og intervensjon. I revisjonen ble det blant annet påpekt et generelt behov for oppgradering av utstyr og innredning, inklusive IT-systemer.

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

Oslo universitetssykehus HF sender meldepliktige hendelser som registreres i Achilles til Kunnskapssenteret i henhold til Spesialisthelsetjenestelovens § 3-3. Det er i 3.tertial meldt 442 hendelser, mot 413 i samme tertial 2013.

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

I 3.tertial 2014 er det etter Spesialisthelsetjenestelovens § 3-3a sendt 25 varsler til Statens helsetilsyn fra Oslo universitetssykehus HF. Varslene medførte tilsynsmessig oppfølging i 15 av sakene.

	2. tertial 2013	3. tertial 2013	1. tertial 2014	2. tertial 2014	3. tertial 2014
Ordinær varselhåndtering (ingen tilsyn)	9	9	6	8	10
Oppfølging - anmodning om redegjørelse	1	2	1	2	6
Tilsynsmessig oppfølging hos fylkesmannen	7	3	4	5	7
Skriftlig tilsyn v/Statens helsetilsyn	-	2	1	0	0
Stedlig tilsyn v/Statens helsetilsyn	2	2	1	2	2
Totalt	19	18	13	17	25

Tabell 10. Antall varsler til Statens helsetilsyn med påfølgende oppfølging

### 3.6 Norsk Pasientskadeerstatning (NPE)

Det er lite endringer i andel saker som er ferdigbehandlet med medhold/erstatning fra Norsk Pasientskadeerstatning i perioden (Tabell 11). Utbetalt erstatning fra Norsk Pasientskadeerstatning var på 158 millioner kroner i 2014, hvorav sykehusets egenandel var på 8.1 million kroner (Tabell 12). Dette er en økning i utbetaling sammenlignet med tidligere år.

År	Tertial	Totalt antall	Avslag / avvist	Medhold	Medhold %
2011	SUM	437	310	127	29 %
2012	1. tertial	140	113	27	19 %
	2. tertial	143	115	28	20 %
	3. tertial	185	139	46	25 %
	SUM	468	367	101	21 %
2013	1. tertial	137	105	29	22 %
	2. tertial	124	93	31	25 %
	3. tertial	166	131	35	21 %
	SUM	427	329	95	22 %
2014	1. tertial	144	105	39	27 %
	2. tertial	154	121	34	22 %
	3. tertial	176	137	39	22 %
	SUM	474	363	112	24 %

Tabell 11. Behandlede NPE-saker, utvikling over tid. Kilde: Norsk Pasientskadeerstatning.

År	Kvartal	Erstatning	Egenandel
2011	1. kvartal	42 295 879	940 669
	2. kvartal	35 539 907	229 509
	3. kvartal	12 859 645	2 931 601
	4. kvartal	31 531 771	1 434 648
	SUM	122 227 202	5 536 427
2012	1. kvartal	36 607 273	328 024
	2. kvartal	11 808 220	2 120 886
	3. kvartal	29 271 449	916 507
	4. kvartal	29 265 547	1 215 224
	SUM	106 952 489	4 580 641
2013	1. kvartal	11 531 116	365 504
	2. kvartal	25 957 279	2 299 013
	3. kvartal	35 593 642	1 349 683
	4. kvartal	33 651 541	131 303
	SUM	106 733 578	4 145 503
2014	1. kvartal	36 751 054	2 759 327
	2. kvartal	39 145 962	1 608 579
	3. kvartal	46 705 074	2 450 894
	4. kvartal	35 423 926	1 338 269
	SUM	158 026 016	8 157 069

Tabell 12. Erstatningsutbetalinger per kvartal – Norsk Pasientskadeerstatning for Oslo universitetssykehus HF. Kilde: Norsk Pasientskadeerstatning.

Det er fagområdene Gastroenterologisk kirurgi, Svulster og kreftsykdommer, Føde og Ortopedisk kirurgi som har medført de største erstatningssummene (Tabell 13).

De fagområdene som har størst utbetaling er:

Fagområde	Erstatning	Egenandel
Gastroenterologisk kirurgi	26 996 800	465 828
Svulster og kreftsykdommer	24 971 192	1 235 408
Føde	18 217 112	505 930
Ortopedisk kirurgi	12 997 014	1 361 394
Anestesiologi	11 097 290	329 444
Nyfødtmedisin	8 263 564	224 852
Hjertesykdommer	7 580 680	754 180
Nevrologi	7 568 363	232 256
Immunologi	6 725 000	0
Nevrokirurgi	5 489 913	657 240
Fødselshjelp og kvinnesykdommer	4 736 084	303 483
Endokrinologi og metabolske forstyrrelse	3 813 493	206 503
Revmatologi	2 845 960	168 096
Øyesykdommer	2 684 360	109 733
Infeksjonssykdommer og venerologi	2 580 000	174 933
Urologi	2 087 196	100 000
Lungesykdommer	1 550 000	0
Ortopedisk	1 531 960	151 794
Karsykdommer	1 282 000	265 522

Fagområde	Erstatning	Egenandel
Fordøyelsesykdommer	1 249 960	155 000
Generell kirurgi	1 072 575	210 200

Tabell 13. Utbetaling per fagområde der erstatningssum overstiger 1 million kroner.

Oslo universitetssykehus HF - 2014.

Kilde: Norsk Pasientskadeerstatning.

### 3.7 Pasientsikkerhetsprogrammet

Pasientsikkerhetsprogrammet følges opp i sykehuset som en integrert del av sykehusets "Handlingsplan for pasientsikkerhet 2014". Arbeidet vil bli videreført i "Handlingsplan pasientsikkerhet 2015-2016", som nå er under utarbeidelse med innspill fra klinikk, tillitsvalgtapparat, vernetjeneste og brukere.

Oppsummeringsmessig har sykehuset ikke innført noen tiltakspakker fullt og helt, men er i ferd med å innføre samtlige. Tiltakspakke "behandling av hjerneslag" er tatt ut av handlingsplanen, og følges opp i andre prosesser i sykehuset.

Innsatsområde	Antall relevante enheter	Antall enheter som har implementert tiltakene	Prosentvis mål på spredning
Trygg kirurgi	51	37	72.5 %
Samstemming av legemiddellister	97	64	65.9 %
Infeksjon ved SVK	66	48	72.7 %
Trykksår	72	40	55.5 %
Fall	72	44	61.1 %
Urinveisinfeksjoner	72	42	58.3 %
Forebygging av selvmord	31	25	80.6 %
Forebygging av overdosedødsfall	17	11	64.7 %

Tabell 14. Aggregert oversikt over avdelingenes egenrapportering av hvor langt de har kommet med å innføre de enkelte tiltakspakkene i enheten. Kilde: Kvalitetsweb

Antall enheter der leder har drøftet resultatene i pasientsikkerhetskulturundersøkelsen med de ansatte i egen enhet er 37 av 136 (registrerte) enheter. Dette tilsvarer 27 %. Dette er hentet fra sykehusets rapporteringsløsning, og det antas at det reelle tallet er noe høyere. Tallet er dog bekymringsfullt lavt og diskutert med klinikkene i tertialmøtene.

### 3.8 Dr Foster Global Comparators Programme

Oslo universitetssykehus HF har siden 2013 deltatt i dette internasjonale programmet som en prøveordning, med aktiv deltakelse kun innen ortopedi. Programmet leverer kvalitetsindikatorer basert på anonymiserte NPR-data for sammenligning med medlemssykehus med tanke på forbedringsprosjekter.

De fleste engelske sykehus deltar, samt en rekke amerikanske, australske og andre europeiske med stadig økning i medlemstallet. Alle sykehus får tilgang til egne data i tillegg til aggregerte data fra de andre medlemssykehusene med tanke på 30 dagers dødelighet i sykehus, liggetid og 30 dagers reinnleggelse. En rekke forbedringsprosjekter, GOALS, er



allerede etablert, og alle følges opp under felles halvårlige møter, både enkeltvis og i plenumssesjoner. I tillegg har deltakere kontinuerlig kontakt om egne prosjekter, oftest gjennom ukentlige nettmøter. På de halvårlige møtene deltar medlemssykehusenes ledelse i tillegg til fagfolk innen aktuelle prosjekter.

En introduksjon til metoden ble holdt i Kristiansand 20.-21. august med deltakelse fra fag- og kvalitetsledere fra alle sykehus i regionen. En stor norsk delegasjon deltok på det halvårlige møtet i London 16.-18. november med fagdirektør Ole Tjomsland fra Helse Sør-Øst RHF i spissen. Fra Oslo universitetssykehus HF deltok to fra Stab pasientsikkerhet og kvalitet i tillegg til professor Lars Nordsletten fra Ortopedisk avdeling og overlege Ole H. Sjø fra Avdeling for Gastro og barnekirurgi. På bakgrunn av den store norske deltakelsen, vil det halvårlig møtet våren 2015 foregå i Oslo. Høstens møte planlegges i Kina, der et stort sykehus i Shanghai har meldt sin interesse.

Det ble i 2014 besluttet at alle sykehus i Helse Sør-Øst skal delta.

### **3.9 Pasientsikkerhetsvisitter**

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

Administrerende direktør har i tredje tertial gjennomført pasientsikkerhetsvisitter på følgende enheter:

- Barnepost 3, Rikshospitalet (Kvinne- og barneklirikken)
- Barnemottaket, Ullevål (Kvinne- og barneklirikken)
- Hjertemedisinsk intensiv og overvåkning, Ullevål (Medisinsk klinikk)
- Hjertemedisinsk sengepost, Ullevål (Medisinsk klinikk)

Totalt 21 tiltak er planlagt i forhold til følgende (grovdefinerte) problemområder:

- Gjennomgang av intern organisering for bedret utnyttelse av ressursene og økt fokus på tverrfaglighet, samarbeid og kommunikasjon
- Vurdere behov for ekstra bemanning ved høy aktivitet
- Utrede etablering for intermediærsenger tilknyttet de barnemedisinske sengepostene på RH
- Utrede økt sikkerhet ved oppvåkning fra narkose og økt oppvåkningskapasitet ved Barnemedisin RH
- Nytt utstyr
- Bedret renhold og smittevask
- Bedret tilgang på senger som fungerer og arbeidstøy
- Avklaring av romkapasitet og behov for areal og vedlikehold av bygningsmasse

Administrerende direktør har gjennomført 12 pasientsikkerhetsvisitter i 2014 med totalt 51 oppfølgingspunkter. En del av oppfølgingspunktene er gjennomført, men mange tiltak gjenstår fortsatt å fullføre.

Det er også gjennomført 20 – 30 pasientsikkerhetsvisitter av klinikkledere i egne klinikker i 2014 (Hjerte-, lunge- og kar-klinikken, Kvinne- og barne-klinikken og Klinikk for kirurgi- og nevrofag).

### 3.10 Publisering av uønskede hendelser på nett

I oppdragsdokumentet for 2014 ble helseforetakene bedt om å publisere innholdet i de såkalte "§3-3" meldinger til Kunnskapscenteret på sine hjemmesider.

Dette oppdraget har blitt løst på ulike måter i helseforetakene. For å oppnå en mer ensartet praksis har Helse Sør-Øst RHF i samarbeid med det regionale brukerutvalget, lokale brukerrepresentanter og representanter for helseforetakene utarbeidet et anbefalingsdokument om åpenhet om uønskede hendelser på foretakenes nettsider.

De viktigste anbefalingene er:

1. Helseforetakene skal publisere alvorlige pasienthendelser og hendelser med sammensatte årsaker eller systemårsaker på sine eksterne nettsider og egne intranettsider i omfang og format som reflekterer helseforetakets størrelse og prioriteringer.
2. Helseforetakene skal i så stor grad som praktisk mulig redegjøre for årsaker, læring og tiltak i forbindelse med hendelsene, og gjerne bruke hendelsene til en generell drøfting og fremstilling der det er naturlig.
3. Uønskede hendelser skal presenteres på en enhetlig, lett tilgjengelig og søkbar måte, og i et språk som er tilpasset brukere og samfunnet for øvrig.
4. Helseforetakene skal etablere egne nivå 1 veiledende dokumenter for publisering av hendelser for å sikre hensynene til taushetsplikt, personvern, arbeidsmiljø.

Et sentralt tema som er drøftet i dokumentet er avveiningen mellom å legge ut mange hendelser og hvor grundige og detaljerte hendelsene er beskrevet, særlig når det gjelder årsaker og tiltak. Arbeidet med å publisere slike hendelser er ressurskrevende og denne avveiningen må gjøres i det enkelte foretak.

For Oslo universitetssykehus HF betyr anbefalingene at arbeidet med å publisere hendelser på nettet må prioriteres sterkere.

Sykehuset har så langt lagt ut 20 hendelser, derunder 3 nye i perioden:

<http://www.oslo-universitetssykehus.no/fagfolk/kvalitet/pasientsikkerhet/uonskede-hendelser/Sider/side.aspx>

Av de tre nye publiserte hendelsene i perioden omhandler;

- To hendelser med læring i forbindelse med svikt i behandlingen ved overtidige svangerskap
- En hendelse med læring i forbindelse med svikt i antikoagulasjonsbehandling under intervensjon

### 3.11 Klager fra pasienter og deres representanter

Sykehuset registrerer og følger opp alle mottatte henvendelser der pasient eller pårørende klager på behandling via Pasientombudet eller Fylkesmannen/Statens helsetilsyn - eller etterspør mer informasjon i forbindelse med et behandlingsforløp.

	2012	2013			2014		
	T3	T1	T2	T3	T1	T2	T3
Fra Fylkesmannen/Statens Helsetilsyn	51	57	70	50	33	57	45
Fra Pasientombud	17	42	43	21	26	19	26
SUM	68	99	113	71	59	76	71

Tabell 15. Nye klager og klagerelaterte saker. Kilde: Avvikssystemet Achilles.

Endringene i antall saker er ikke vesentlige. Hovedmengden av sakene handler om klage vedrørende informasjon/kommunikasjon og ventetid.

Sykehuset har kategorisert Fylkesmannens/SHT konklusjoner i tilsynssaker som er registrert som avsluttet i Achilles i perioden:

	2013		2014					
	T3		T1		T2		T3	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Avsluttet uten anmerkning	16	47 %	10	48 %	9	50 %	13	33 %
Avsluttet med anmerking	4	12 %	3	14 %	1	6 %	3	8 %
Brudd på informasjonsplikt	1	3 %	1	5 %	0	0 %	1	3 %
Brudd på pasientrettigheter	1	3 %	0	0 %	0	0 %	1	3 %
Brudd på krav til journalføring	2	6 %	2	10 %	1	6 %	1	3 %
Brudd på forsvarlighet	9	26 %	5	24 %	7	39 %	21	53 %
Brudd på taushetsplikt	1	3 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
SUM	34	100 %	21	100 %	18	100 %	40	100 %

Tabell 16. Fylkesmannens/Statens Helsetilsyns konklusjoner i avsluttede klagesaker.

Sykehuset har mottatt 24 avsluttede tilsynssaker fra Fylkesmannen i Oslo og Akershus eller Statens helsetilsyn med brudd på helselovgivningen i tredje tertial. 21 av disse gjaldt brudd på forsvarlighetskravet, mens en var brudd på pasient- og brukerrettighetsloven, en var brudd på taushetsplikten og en var brudd på kravet til journalføring. Dette er langt flere enn sykehuset har mottatt i løpet av et tertial tidligere.

Sakene har til dels lang saksbehandlingstid. Sykehuset har gjennomgått og analysert alle sakene med forsvarlighetsbrudd i forhold til årsaksfaktorer og presentert dem på sykehusets ledermøte i høst.

- En pasient som fikk cellegift og reiste hjem, ble dårlig og døde i løpet av kort tid. De pårørende opplevde at det var vanskelig å få pasienten tilbake til avdelingen selv om de hadde fått beskjed om at det bare var å ta kontakt.
- En handler om manglende diagnostikk, behandling og koordinering av et barns ernæringsproblemer.
- En pasient fikk ikke informasjon om at man hadde oppdaget en hjernetumor.
- To saker dreier seg om for lang ventetid på kreftutredning.
- En handler om manglende kapasitet på operasjonsstuen pinseften 2013.

- En pasient fikk ikke omsorgsfull transport hjem etter operasjon.
- En pasient med en kronisk tilstand i akutt forverring ble sendt hjem i påvente av operasjon, men fikk en akutt blødning og døde hjemme.
- En dreier seg om mangelfull rettighetsvurdering av henvisning.
- En handler om forsinket diagnostikk av hjerneabscess, med bakgrunn i MR kapasitet og samarbeidsrutiner med ett annet sykehus.
- En sak gjaldt utlevering av feil journal fra skadelegevakten i en barnevernssak.
- En sak omhandler en gjenglemt tampong som ble funnet seks uker etter fødsel.
- En pasient som fikk komplikasjoner i forbindelse med in vitro fertiliseringsbehandlingen, og ikke ble godt nok fulgt opp av behandlende avdeling
- En omhandler en tumor på lungene som ble oversett.
- En sak handler om forsinket diagnostikk av abdominalt aortaaneurisme på Rikshospitalet som ble sendt fra Ullevål til RH og tilbake til Ullevål og døde der.
- En handler om en pasient som ble operert i brystregionen og døde av en komplikasjon. Det ble gitt kritikk for mangelfull journalføring.
- En der man unnlot å sørge for å undersøke en pasient for blod i urinen i flere år mens han gikk til diabetespoliklinikken. Han fikk påvist kreft og døde. Det ble gitt advarsel fordi det ikke var sørget for at pasienten ble utredet for dette.
- En handler om en pasient som ble innlagt med spørsmål om tarmslyng på gastrokirurgisk avdeling, ble besluttet overført til nyremedisinsk avdeling, men fordi det ikke var plass tilbød man plass på infeksjonsmedisinsk avdeling. Pasienten fikk ikke tilsyn av nyremedisiner, fikk heller ikke god og omsorgsfull pleie, og døde. Dette representerer brudd på forsvarlighetskravet fordi virksomheten ikke er organisert slik at helsepersonell kan utføre sine oppgaver på en forsvarlig måte.
- En sak dreier seg om en pasient som hadde tent på seg selv, og som fikk tilgang til fyrstikker etter innleggelse og tente på egne klær igjen.
- En pasient begikk selvmord etter utskrivelse fra en avdeling for rusavhengige. Fylkeslegen gir kritikk for manglende oppfølging av selvmordsrisiko, for manglende kontakt med lege de første to ukene etter innleggelse og for manglende kontakt med førstelinjen i forbindelsen med at pasienten skrev seg ut og trengte videre oppfølging.
- En sak gjelder et selvmord fire uker etter utskrivelse fra akuttpsykiatrisk avdeling, der pårørende klager over at overføringen til distriktpsykiatrisk senter ikke var god nok. Fylkesmannen gir kritikk for manglende oppfølging av suicidalrisikoen.
- To saker omhandler lang svartid på prøver fra Patologisk avdeling.

Det synes som om temaene ansvar, organisering, arbeidsmengde, ressurser, kommunikasjon og prosedyrer er gjennomgående årsaker. Flere av disse sakene er ikke registrert av ansatte som uønskede hendelser i Achilles.

Sakene er grundig gjennomgått i sykehusets ledermøte med hensyn til forbedringsområder.

Gjennomgangen viser at sykehuset må arbeide mer med årsaksanalyser og styrke sin internkontroll gjennom hele lederlinjen. Systematisk gjennomgang av dødsfallene i 2015 – ledermøte sak 307/2014 vil være ett av flere virkemidler for mer systematisk vurdering av årsaker i de alvorligste tilfellene. Gode årsaksanalyser vil bidra til mer korrekte tiltak, mer effekt, bedre resultater.

### 3.12 Metodevurdering

*En mini-metodevurdering er en forenklet metodevurdering, som utføres lokalt på sykehusene.*

*Mini-metodevurderinger kan benyttes for medisinsk utstyr og prosedyrerelatert diagnostikk og behandling, og utføres lokalt på sykehuset av de ansatte.*

*Mini-metodevurdering utføres når det er klinisk relevant usikkerhet eller faglig uenighet vedrørende effekt eller sikkerhet ved en ny metode, eller når innføring av metoden reiser etiske spørsmål.*

*Formålet med mini-metodevurderinger er å gi et bedre grunnlag for riktige beslutninger vedrørende innføring av nye metoder på et sykehus.*

Kilde: Helsedirektoratet

Oslo universitetssykehus HF er ledende innen mini-metodevurdering i Norge. Sykehusets råd for metodevurdering samarbeider tett med Kunnskapscenteret.

Råd for metodevurdering i Oslo universitetssykehus HF har publisert 1 ny metodevurdering siden oktober og det er 13 under utarbeidelse. Rådet får stadig bedre erfaring med saksgang. Utfordringen er at vurderingene er tidkrevende for fagpersoner og økonomer, noe som har gitt lengre saksbehandlingstid enn ønsket.

Oslo universitetssykehus HF har på oppdrag fra Helse Sør-Øst RHF opprettet regional kompetansetjeneste for metodevurdering. Det opprettes en regional referansegruppe for arbeidet. Kompetanseheving og veiledning av andre helseforetak i regionen vil denne våren være prioritert.

### 3.13 Pasientforløpsarbeidet

Fokus mot slutten av 2014 har vært å forberede innføring av utredningspakker og pakkeforløp for kreft. Helsedirektoratet har utarbeidet fire pakkeforløp for de største kreftformene med implementering fra 1. januar 2015. I i løpet av 2015 vil 24 flere pakkeforløp bli ferdigstilt og implementert.

Sykehuset har gjort en kartlegging av de eksisterende pasientforløpene for pasienter med tykk- og endetarmskreft, prostatakreft, lungekreft, brystkreft, hode-halskreft (ØNH-kreft) og eggstokkreft. Det er kartlagt hvilke flaskehalsar og andre utfordringer som finnes for å kunne redusere ventetider og etablere mer optimale forløp.

Mange av forløpene er komplekse og involverer flere kliniske avdelinger og medisinske støtteavdelinger ved de fire lokalisasjonene Aker sykehus, Radiumhospitalet, Rikshospitalet og Ullevål sykehus. Det dreier seg i prinsippet om to grupper av pasienter:

- Pasienter med mistanke om kreft eller påvist kreft innen opptaksområdet for Oslo universitetssykehus HF. Disse vil i sin helhet bli utredet ved sykehuset i forhold til kreftdiagnose og kartlegging av sykdomsutbredelse, og behandlingen vil bli gitt ved sykehuset. Det kan dreie seg om kirurgisk behandling, strålebehandling, medikamentell behandling, symptomlindrende behandling eller overvåking uten behandling.

- Pasienter som viderehenvises fra andre sykehus. Dette er pasienter der Oslo universitetssykehus HF som regionsykehus og områdesykehus ivaretar deler av utredningen og/eller behandlingen i et tett samarbeid med andre sykehus, i hovedsak i helseregion Sør-Øst. For noen mindre grupper av kreftpasienter har Oslo universitetssykehus HF en nasjonal funksjon.

De påviste utfordringer ble oppsummert i et notat som ble behandlet i sykehusets ledermøte 4. november 2014. I budsjettprosessen ble det avsatt midler til etablering av stillinger som forløpskoordinatorer i sykehuset. Orientering om pasientforløp/pakkeforløp ble gitt Styret 18. desember 2014. Pakkeforløpene er nå i ferd med å innføres, med involvering av mange klinikker, avdelinger og seksjoner. System for ledelse av pakkeforløpene vil bli utredet og fremlagt for sykehusets ledermøte 10. februar 2015.

Arbeidet med andre pasientforløp pågår parallelt og veiledningsvirksomheten skal nå overføres til klinikkene. Målet for 2015 er å få godkjent flere påbegynte pasientforløp og få oppdatert de som trenger det.

For behandling av hjerneslag er det lagt tilrette for oppstart av et samarbeid med Helsedirektoratet, og Kunnskapscenteret som oppdaterer den nasjonale retningslinjen. Parallelt kobles den nasjonale retningslinjen med nødvendige kunnskapsbaserte prosedyrer. På denne måten kan en få erfaring med å forbedre logistikk i sykehusets pasientforløp for hjerneslag og samtidig få pasientforløpet i tråd med nasjonale retningslinjer, og oppdatert god forskning til bruk i direkte arbeid med pasientene.

Det pågår også et arbeid i sykehuset med å samkjøre pasientforløpsarbeidet med metodikk for kontinuerlig forbedring.

Det innføres også en monitorering av forløp opp mot utarbeidete forløpsspesifikke forløpstider. Etablering av forløpskoordinatorer er sentralt i dette arbeidet, samt etablering av tilstrekkelig utrednings- og behandlingsskapasitet, ledelse og samhandling.

Informasjon om pakkeforløpene for brystkreft, prostatakreft, tarmkreft og lungekreft i Oslo universitetssykehus HF ble i desember 2014 publisert på sykehusets nettsider.

Pasient- og pårørendeopplæring inngår som en integrert del av pasientforløpsarbeidet. Informasjon og opplæring skal synliggjøres i pasientenes behandling og i pasientenes rehabiliterings- /habiliteringsprosess.

### **3.14 Samhandling**

#### ***3.14.1 Tjenesteavtaler***

Etter innføringen av samhandlingsreformen i 2012 ble det utarbeidet felles samarbeidsavtaler - tjenesteavtaler for alle bydeler og alle sykehus i Oslo. Det viste seg nå at det innenfor noen områder er behov for underavtaler og retningslinjer tilpasset hver sykehussektor. Samarbeidsutvalget (SU) fikk ansvaret for å følge opp og ha oversikt over alle avtaler, underavtaler og retningslinjer.

Siden avtalene ble inngått i 2012 har det vært et mål å ha avtalelighet i hele Oslo. Dette er viktig fordi flere bydeler forholder seg til flere sykehus avhengig av pasientens diagnose og alder (eks: Pasienter fra Diakonhjemmet sektor henvises til Oslo universitetssykehus HF/Aker for urologiske problemstillinger). Flere sykehus har ulike sektorgrenser innen ulike fagområder. Samtidig skal avtalene være funksjonelle. For enkelte fagområder kan det være formålstjenlig med større grad av lokal tilpasning slik at avtalene dekker de reelle behovene i aktuell sektor.

Det vurderes også om avtalene fremover bør sikre tydeligere utviklingsfokus knyttet til pasientforløpsarbeidet enn bare å beskrive det rutinemessige samarbeidet. På denne måten vil avtalene i større grad kunne benyttes som strategiske virkemiddel i samhandlingen.

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

Det har over lang tid pågått et samarbeid mellom Oslo universitetssykehus HF og primærhelsetjenesten for å lage en underavtale som skal sikre *"Samhandling om pasienter med psykisk lidelse og/ eller avhengighetslidelse og som har behov for tjenester fra bydel og spesialisthelsetjenesten"*.

Avtalen skal bidra til en omforent forståelse av ansvarsforhold og roller mellom bydeler og sykehus for den definerte målgruppen ved innleggelse, under oppholdet og ved utskrivelse fra institusjon. Avtalen har ikke omfattet barn/unge med psykisk lidelse eller avhengighetslidelse.

Arbeidet med underavtalen har pågått siden november 2013, og et utkast ble forelagt Oslo universitetssykehus HF i sektordirektørmøte i desember 2014. Sektordirektørmøte består av 6 bydelsdirektører fra Oslo universitetssykehus HF sine lokalsykehusområder og ledere for helseetaten, sykehjemsetaten og velferdsetaten. For sykehuset møter klinikkleder for Medisinsk klinikk, Klinikk for psykisk helse og avhengighet, og viseadministrerende direktør Tove Strand. Sektordirektørmøtet var tydelig på at avtalen skal omfatte barn og unge. De ønsket også en tydeligere ansvarsfordeling mellom sykehus og kommune for mennesker med avhengighetslidelser. Forslag til endringer blir lagt frem i neste sektordirektørmøte.

En arbeidsgruppe har utarbeidet et forslag til forpliktende samarbeidsavtale mellom Oslo kommune og sykehuset om svangerskaps, fødsels og barselomsorg. Arbeidet har tatt utgangspunkt i *"Områdeplan for Oslo universitetssykehus HF opptaksområde 2013- 2017"*. Representantene i arbeidsgruppen har bestått av jordmødre, helsesøstre, fastlege, leder fra Kvinne barn klinikken og fra sentral samhandlingsstab. Utkast til avtale ble ferdigstilt før jul 2014 og skal nå ut til høring før den tas videre til Direktørmøte.

Også i 2014 satt Oslo kommune og Helse Sør-Øst RHF av midler til samhandlingsprosjekter, der Oslo universitetssykehus HF sammen med ulike samhandlingsparter ble tildelt midler til 4 prosjekter. Søknadene ble spesielt vurdert opp mot kravene om plan for implementering og evaluering. Det ble dessuten oppfordret til å beskrive metode for kost/nytte - analyse/målinger for aktuelt prosjekt.

### **3.14.2 Status for pågående samhandlingsprosjekt**

#### Akutt og subakutt funksjonssvikt hos eldre

Prosjektet er avsluttet.

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

Det ble utarbeidet en egen protokoll for kartleggingsverktøyet SAFE som skulle gi grunnlag for en videre validering av verktøyet. Det vil bli søkt egne forskningsmidler til å gjennomføre valideringen. Helseetaten har i samarbeid med de tre deltakerbydelene i prosjektet, sykehuset, fastlegene og Utviklingscenter for hjemmetjenester satt i gang et arbeid for å utrede nærmere om det er ønskelig å videreføre SAFE som et standardisert samhandlings- og kvalitetsforbedrende verktøy for alle bydeler i Oslo kommune. Dette arbeidet vil pågå frem til sommeren 2015.

#### Ambulerende palliativt team

Samarbeid med Bydel Østensjø. Prosjektet ble formelt avsluttet i juni 2014 og sluttrapport er levert. Imidlertid har spesielt fastlegene i bydel Østensjø uttrykt et sterkt ønske om videreføring av det gode arbeidet som har vært nedlagt i prosjektperioden. Prosjektet er derfor videreført i et samarbeid med fastlegene og bydelsoverlegen i bydel Østensjø.

Det foreslås at det fokuseres på implementering av det nasjonale handlingsprogrammet med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen og dens krav til kunnskaper for leger nivå B. I dette ligger at det lages en forelesningsserie og en modell for dette. Forelesningsserien er utarbeidet og fastleger, sykehjemsleger og leger ved Akutt kommunal døgnenhet (KAD) er invitert til å delta. Dersom dette opplegget blir vellykket, er det ønskelig å tilby samme opplegg for alle sykehusets områdebydeler.

#### Sammen får vi til mer for livsstilsykdommene

Deltakere er sykehuset og tre bydeler i Oslo.

Prosjektet har som mål å utvikle en modell for samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten som kan være en støtte og drivkraft i forbedring av behandling og pasientforløp for personer med livsstilsrelaterte sykdommer.

Modellen skal utvikles i tett samarbeid med brukerne og den skal omfatte både sykehus og kommunehelsetjeneste samt samspeillet mellom disse. Prosjektet følger oppsatt plan og er i rute. Det er stor oppslutning i deltagende bydeler, også fra fastlegene. Det er nå utformet meritterende emnekurs for de aktuelle fastlegene innen diabetes og KOLS.

Prosjektet er tildelt samhandlingsmidler til videreutvikling og implementering også i 2014. Pasienter med hjertelidelser skal inkluderes i prosjektet i tillegg til pasienter med diabetes og KOLS.



Pasienter med hjertelidelser er fra 2015 også inkludert i prosjektet. Prosjektet skal avsluttes juni 2015.

Hovedtrekkene i aktiviteter i prosjektet:

- Kompetanseoverføring med kurs for fastleger og opplæring av utvalgte representanter fra bydelene er gjennomført.
- Bydelene er i ferd med å utvikle tiltak innen mestringskurs, fysisk aktivitet og kostholdsveiledning.
- Samarbeid med Landsforeningen for hjerte og lungesyke (LHL) og Diabetesforbundet er konkretisert. De arbeider med å starte mosjonsgrupper drevet av frivillige i bydelene Bjerke og Østensjø.
- Det ble søkt Samarbeidsutvalget om midler til implementering. Dette ble innvilget.

Status for prosjektet, lærdom og utfordringer i forhold til det videre arbeid:

- Alle kurs ble planlagt i samarbeid med de som skulle motta kompetansen – fastlegene i prosjektgruppen var delaktige i forberedelsen av kursene for fastlegene i KOLS og diabetes 2 og de som representerer bydelene deltok i utviklingen av kursene i KOLS og diabetes 2.
- Alle kursene var på 6 timer. Legeforeningen godkjente de som poenggivende både innen etter- og videreutdanning. Sykepleierforbundet godkjente kursene som de bydelsansatte deltok på. Fysioterapiforbundet godkjenner kurs når et medlem søker om spesialisering.
- De sykehusansatte hadde lagt mye arbeid i å tilpasse kursene og forberedt seg godt.
- Alle kursene fikk svært god evaluering.
- Fastlegene er viktige samarbeidspartnere for at tiltakene skal forankres, implementeres og utvikle seg til å bli et fast tilbud i de tre bydelene.
- Det er en utfordring å gjøre tiltakene så godt kjent at den enkelte fastlege velger å anbefale aktuelle pasienter til å benytte seg av dem.
- I tillegg er det viktig at tiltakene presenteres på en slik måte at fastlegene opplever tiltakene som relevante og med høy faglighet.

### Kompetanseoverføring fra sykehus til sykehjem

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

Prosjektet har som mål å overføre kompetanse fra sykepleiere i sykehus til sykepleiere i sykehjem for at pasienten skal kunne behandles på laveste effektive omsorgsnivå og for å bedre behandlingstilbudet til eldre i sykehjem. Dette innebærer for eksempel at sykepleiere i sykehjem bør kunne gi intravenøs behandling, benytte sug og ta EKG.

Prosjektet ønsket å bidra til at pasienter ikke overflyttes fra sykehjem til sykehus for å få behandling som kunne vært gitt i sykehjemmet. Sykepleiere i sykehus og sykehjem øker sin forståelse for pasientforløpet i samhandlingen mellom primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste. Dette kan gi høy kost- nytte på sikt, dersom sykepleiere trygges og evner å lære opp de øvrige ansatte i sykehjemmene.

Prosjektet har ført til økt samhandling på ulike nivå. At representanter fra ledelsen i Sykehjemsetaten og sykehuset har samarbeidet, og sittet sammen i styringsgruppen, har vært avgjørende for at prosjektet har latt seg gjennomføre.

Implementering og videreføring av prosjektet:

- Det jobber mange sykepleiere i sykehjem, og det er kun en liten andel av disse sykepleierne som har deltatt i prosjektet. Det har hele tiden vært formidlet at sykepleierne som har deltatt i prosjektet blir "ressurssykepleiere" i sitt sykehjem med ansvar for å videreføre ny kunnskap til andre sykepleiere.
- Det har i styringsgruppen vært ønske om å videreføre prosjektet ved at fagsykepleiere fra sykehus drar ut i sykehjemmene for å bistå ressurssykepleierne med å undervise andre sykepleiere i praktiske sykepleieprosedyrer. Det ble derfor søkt om nye prosjektmidler til implementering av prosjektet i 2015, og samhandlingsmidler ble innvilget. Prosjektet videreføres derfor i 2015. Da vil det også etableres et fagnettverk av sykepleiere fra sykehus og sykehjem.

### Tverrfaglig Familiestøtte

Prosjekt har som mål å styrke tilbudet til sårbare familier gjennom å etablere et lavterskeltiltak til gravide og småbarnsfamilier der foreldrene har psykiske og/eller rusrelaterte vansker. Prosjektet er et samhandlingsprosjekt mellom bydel Sagene og Oslo universitetssykehus HF.

Mennesker med rusproblemer skal og bør få hjelp innenfor det ordinære hjelpeapparatet. Kvinner og familier med rusproblemer er ofte særskilt sårbare og har behov for tilbud som er spesielt tilrettelagt for at de skal få et godt hjelpetilbud uavhengig av sosial status og livssituasjon.

Det er en særlig utfordring å sikre at denne pasientgruppen blir behandlet med respekt og en ikke-dømmende holdning.

Tverrfaglig Familiestøtte er et lavterskel tilbud, som blant annet skal tilby:

- Direkte hjelp uten henvisning, venting og lang saksbehandlingstid
- Tilgjengelig for alle innenfor målgruppen i bydel Sagene
- Høy grad av brukerinvolvering og aksept for brukernes ønsker/behov

Hjelpen fra Tverrfaglig Familiestøtte består i:

- Rådgivning
- Praktisk bistand
- Samtaler
- Oppsøkende funksjon (herunder bruk av SMS)
- Mellomledd til andre tjenester
- Kompetanse på svangerskap, rusmiddelavhengighet og psykisk helse

Tverrfaglig familiestøtte skal være et tilnærmet ideelt behandlingsforløp fra den gravide fanges opp på helsestasjon/i spesialisthelsetjenesten/rusomsorgen via svangerskap, fødsel og barseltid frem til barnet er 6 år. Det skal legges vekt på nødvendig samarbeid mellom ulike etater og institusjoner med vekt på familiens behov, og forsøk på å identifisere risiko for svikt i ulike faser av behandlingsforløpet. Målet er å etablere et forpliktende behandlingsforløp.

Tverrfaglig familiestøtte skal ikke erstatte, men være et supplement i tett samarbeid med andre som bistår familien. Teamet vil få ansvar for veiledning og kompetanseheving overfor andre samarbeidspartnere.

En viktig strategi i implementeringen er å inkludere ledere og ressurspersoner på et tidlig stadium. Utvalgte og opplærte ressurspersoner vil ha en nøkkelrolle for implementeringsarbeidet.

For å sikre god kunnskapsdeling skal det etableres et forum for erfaringsutveksling og ideutvikling bant annet med fellesundervisning og temadager.

Prosjektet er tildelt samhandlingsmidler for 2014/2015 og er i oppstartsfasen.

### Raskere behandling - Styrket samhandling

Prosjektet er et samhandlingsprosjekt mellom bydel Søndre Nordstrand og Oslo universitetssykehus HF. Prosjektet skal sikre at pasienter med psykiske lidelser får rask og god behandling på riktig nivå i helsetjenesten, redusere ventetid og optimalisere ressursbruk.

Samhandlingsprosjektet har som målsetting å styrke primærhelsetjenesten ved å inngå et forpliktende samarbeid mellom behandlere i DPS Oslo sør og Bydel Søndre Nordstrand. Ved å styrke dette samarbeidet er det ønskelig at fastleger, bydelspsykologer og helsearbeidere i bydel på sikt kan forestå nødvendig oppfølging for en større andel pasienter med psykiske lidelser. Ved å oppdage forverring tidlig, kan man sammen sette inn tiltak som forhindrer utvikling i mer alvorlig retning.

Prosjektet skal samtidig sikre at pasienter, som er i behov av spesialisthelsetjenester innen psykisk helsevern, skal få et slikt tilbud i løpet av kort tid. Bedre rutiner for samarbeid og informasjonsutveksling er også forventede effekter av prosjektet.

En klar målsetting for prosjektet blir å klargjøre grensesnittet, ansvarsfordeling og rutiner for samarbeid, mellom bydelens psykologtjeneste (rask psykisk helsehjelp for personer med lett/moderat grad av angst og depresjon), vedtaksbaserte oppfølgingstjenester i bydelens enhet for psykisk helse, fastleger og DPS, i forhold til behandlingstilbud for mennesker med psykiske lidelser.

Prosjektet er tildelt samhandlingsmidler for 2014/2015 og har oppstart i januar 2015.

### **3.14.3 Praksiskonsulentordningen**

Praksiskonsulentordningen ved Oslo universitetssykehus HF er omorganisert. Flere mindre stillinger er gjort om til en 100 % stilling som samhandlingsoverlege, dessuten vil det i 2015 bli utlyst to 20 % stillinger for praksiskonsulenter. Samhandlingsoverlegen arbeider oppdragsbasert og bistår staber og klinikker etter nærmere avtale. Samhandlingsoverlegen deltar i samhandlingsprosjekter og i arbeidsgrupper der det er viktig med medisinsk kompetanse.

Praksiskonsulentordningen har fokus på arbeidet med pasientforløpene og forbedringsarbeidet knyttet til kvaliteten på henvisninger og epikriser. Et viktig arbeid fremover vil være:

- Legemiddelsamstemming /legemiddelinformasjon  
Det tas utgangspunkt i arbeid som allerede er gjort eller gjøres på området i Oslo universitetssykehus HF. Det blir viktig å forankre dette arbeidet godt i alle klinikkene fra starten av. Målet er å implementere gode rutiner for legemiddelinformasjon og legemiddelforsyning i hele sykehuset. Arbeidet starter i januar 2015.

”Fastlegennytt”, som er et nyhetsbrev til fastlegene i Oslo, kommer med nytt nummer i løpet av februar.

#### **3.14.4 Elektronisk samhandling**

Oslo universitetssykehus HF sender ut elektroniske epikriser til fastleger over hele landet.

Våren 2014 piloterte sykehuset en løsning for å overvåke utsendte epikriser, og høsten 2014 en løsning for overvåking av elektroniske laboratoriesvar.

For laboratoriesvar er løsningen rullet ut til sluttbrukere ved de aktuelle laboratoriene, mens det for epikriser inntil videre er innført sentral overvåking i regi av prosjekt Digital samhandling. Overvåking av epikriser skal flyttes ut i klinikkene i løpet av 2015.

I forbindelse med dette arbeidet ble det avdekket utfordringer i forhold til adressering av epikriser/laboratoriesvar, og kompatibilitet med EPJ-systemene som fastlegene benytter. Det har i flere omganger vært kontakt med leverandørene for å sørge for at forutsetningene for elektronisk samhandling blir ivarettatt. I tillegg har det blitt sendt brev til leverandørene med henstilling om å sørge for at fastlegenes systemer er satt opp til å kunne motta elektroniske epikriser.

I forbindelse med overvåkingen har det vært gjort et stort arbeid knyttet til kartlegging av elektroniske adresser hos fastlegene. Dette gjør at mange flere mottar epikriser elektronisk i dag enn i 2013.

Det har vært og er et tett samarbeid med Oslo kommune både før og etter innføringen av DIPS. Dette for å sikre at kommunen også mottar de nødvendige PLO-meldinger (pleie og omsorgsmeldinger), epikriser og laboratoriesvar. Dette arbeidet har høy prioritet og vil fortsette i 2015.

En forsvarlig overvåking av utsendte elektroniske meldinger fra sykehuset er viktig for pasientsikkerheten og en klar forutsetning for å stoppe utsendelse av papir. Sykehuset vil ved kutt av papir få en betydelig besparelse i forhold til kostnader knyttet til tidsbruk, porto, papir og annet materiell.

Sykehuset har en pågående prosess med å spre informasjon til leger og kontoransatte i forhold til korrekt fremgangsmåte for utsendelse av epikriser. Dette vil fortsatt ha fokus i 2015.

Sykehuset startet vår/sommer 2014 en pilot i samarbeid med utvalgte fastlegekontor i Oslo med et tilbud om elektronisk innsending av melding om uønskede hendelser.

Fastlegene vil via webportalen "Min journal" kunne registrere avvik. Meldte avvik vil da bli registrert automatisk i sykehusets avvikssystem Achilles og gjennomgår der vanlig saksbehandling.

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

Planen er, etter evaluering av systemet, en videre utrulling av tilbudet til alle fastlegekontor i Oslo. Dette arbeidet fortsetter i 2015.

### **3.14.5 Koordinerende enhet (KE)Habilitering/rehabilitering - Koordinator**

Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering er organisatorisk plassert i direktørens stab. Enheten har en sentral funksjon i planlegging og organisering av habiliterings- og rehabiliteringsarbeidet, har et overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan og er koordinator for pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester. (*jf Spesialisthelsetjenesteloven § 2-5b*). Koordinerende enhet har representanter fra sykehusets ulike klinikker, er tverrfaglig sammensatt og har brukerrepresentasjon.

Koordinerende enhet har hatt styringsgruppefunksjon for et pilotprosjekt hvor retningslinje for koordinator har blitt testet ut og har derfor hatt særskilt oppmerksomhet på hvordan plikten til koordinator følges opp i sykehuset. Koordinerende enhet har fått i oppdrag å svare ut hvordan koordinator skal operasjonaliseres og implementeres ved Oslo universitetssykehus.

Det er utarbeidet funksjonsbeskrivelse for koordinator som ble behandlet i sykehusets ledermøte 16.okt 2013. Ledermøte bestilte samtidig en pilotundersøkelse i 5 klinikker med formål å teste ut funksjonsbeskrivelsen. Som følge av dette arbeidet er klinikkenes fokus på koordinatorfunksjonen betydelig styrket. Det arbeides videre med å implementere koordinatorfunksjonen samtidig som dette sees i sammenheng med høringsnotat som omhandler kontaktlege.

Det er invitert til fellesmøte 24. februar 2015 mellom koorinerende enhet Oslo universitetssykehus HF og de koordinerende enhetene i de 12 områdebydelene tilhørende sykehuset. Dette er oppfølging fra høsten 2014. Tema for møtet vil være samarbeid om barn og unge med behov for koordinerte tjenester.

Det foreligger områdeplaner innen områdene Voksenhabilitering, Nevrohabilitering, Rehabilitering, Svangerskap, fødsel- og barselomsorg, Psykisk helse og Tverrfaglig spesialisert behandling. Under revidering av planene er det fremkommet behov for å vektlegge arbeid med behandlingsplaner, særskilt innenfor områdene: Lettere hodeskader, Sykdom i muskel og skjelett og Subarachnoidal blødning. Dette vil følges opp i 2015.

I kommende periode er arbeidet med å styrke samarbeidet mellom Oslo universitetssykehus HF og primærhelsetjenesten fortsatt satsning, samt etablering av gode strukturer mellom Oslo universitetssykehus HF og andre sykehus i regionen

### **3.14.6 Status utskrivningsklare pasienter**

Det er fortsatt meget god responstid fra bydeler og kommuner i forhold til 24 timers-melderutinen. Sykehuset har tilnærmet null overliggerdøgn for somatiske pasienter meldt utskrivningsklare til primærhelsetjenesten.

I forbindelse med innføringen av det nye pasientadministrative systemet DIPS, sendes det nå elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger til bydelene. Dette er innført med stor suksess, både sykehus og bydeler oppsummerer innføringen som en stor forbedring i samhandlingen mellom sykehus og kommunehelsetjeneste.

Kommuner og bydeler ivaretar de fleste ordinære pasientgruppene etter utskrivning fra spesialisthelsetjenesten, men de kompliserte enkeltpasientene "rammes" ofte av et lovverk som ikke dekker de tjenester det er behov for. Et eksempel er at "Lov om vern mot smittsomme sykdommer", " Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester" og " Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen" ikke er harmonisert. Dette gir utfordringer i grenseflaten mellom sykehus og bydel. Problemer knyttet til disse pasientene er likevel få i det totale bildet.

Det har vært avholdt et eget møte med Utlendingsdirektoratet i forhold til utenlandske pasienter uten trygderettigheter der utfordringsbildet preges av smittevernsproblematikk. Dette er pasienter som er i behov av langvarig smittevernsoppfølging i bydel/kommune.

Innen psykisk helse - og avhengighet kompliseres ofte utskrivningsprosessene av mangelfulle botilbud eller spesialplasser i kommunene. Bydelene har iverksatt mange ulike tiltak for å imøtekomme behovene.

Sykehjemsetaten i Oslo er inne i en omfattende omorganiseringsprosess i forhold til ordinære plasser så vel som spesialplasser. I en overgangsperiode bidrar dette til å skape ekstra utfordringer ved utskrivninger av pasienter fra sykehuset til bydelene.

### **3.14.7 Kommunal akutt døgnenhet**

Sykehuset har et forpliktende samarbeid med Oslo kommune gjennom en felles referansegruppe for Kommunal akutt døgnenhet. Her diskuteres krav til kvalitet og kriterier for inntak. Enheten gjennomfører i samarbeid med referansegruppen en kontinuerlig korrigerende og utvikling av tjenesten.

Det er en rekke pasientgrupper enheten ikke kan ta ansvar for grunnet utilstrekkelig kompetanse og mangel på ressurser. Enheten kan ikke ta ansvar for pasienter som er for syke. Sykehusene i Hovedstadsområdet og kommunen utarbeidet derfor i fellesskap inklusjonskriterier for inntak av pasienter.

Noen av pasientgruppene som er omfattet av inklusjonskriteriene er uteblitt, som KOLS-pasientene som fortsatt legges inn i sykehusene. Heller ikke pasienter med behov for palliative tjenester får tilbud ved enheten, men dette vil man på sikt prøve å få til.

En større evaluering er planlagt. Men det kan reises spørsmålet ved om denne evalueringen går dypt nok ned i problemet, og om undersøkelsen gir sykehuset svar på om bruk av enheten er effektiv for sykehuset.

### **3.15 Likeverd**

#### Tolkesentralen

Oslo universitetssykehus HF leder et prosjekt med etablering av en tolkesentral som skal sikre tolker til oppdrag på Oslo universitetssykehus HF, Akershus universitetssykehus HF og Sunnaas sykehus HF.

I perioden har det vært arbeidet videre med forberedelser til oppstart av pilot, inkludert anskaffelse av formidlings-/saksbehandlersystem, innkjøp av videokonferanseutstyr (til skjermtolking) og rekruttering av tolker.

Tolkesentralen skal formidle kvalifiserte tolker (det vil si med statsautorisasjon eller tolkeutdanning) til oppdrag på sykehusene. I slutten av november startet en pilot med formidling av tolker til avdelinger på Ullevål sykehus, med besøksadresse Kirkeveien 166. Tilbudet startet med syv språk; urdu, somali, polsk, tyrkisk, tamil, spansk og engelsk. Det har vært avholdt introduksjonskurs for de tolker som det er inngått rammeavtale med så langt. Rekruttering av tolker foregår fortløpende. Oppstart for formidling til øvrige avdelinger ved Akershus universitetssykehus HF og Sunnaas sykehus HF og Oslo universitetssykehus HF skjer i henholdsvis januar og februar 2015.

Første møte i styringsgruppen ble avholdt i slutten av oktober. Representantene fra Akershus universitetssykehus HF og Oslo universitetssykehus HF gikk der inn for å legge til rette for en todelt økonomisk modell med en "årsavgift" til å dekke faste kostnader per sykehus, samt en oppdragspris som belastes den enkelte avdeling.

I november fikk Tolkesentralen innvilget kr. 550.000,- til et FOU-prosjektet fra Integrerings og mangfoldsdirektoratet med tittel "*Skjermtolking – Når tolken er et annet sted*". Prosjektet skal i tillegg til en kunnskapsoppsummering dokumentere økonomiske, teknologiske og kommunikative aspekter ved skjermtolking i helsevesenet.

Arbeidet med internundervisning har vært vektlagt høyt og Tolkesentralens ansatte har i tredje tertial deltatt på flere fagmøter og seminarer med informasjon til helsepersonell om hvordan man kan sikre god kommunikasjon via tolk.

#### Helseradio på urdu, somali og arabisk

Helseradio er et tiltak for å nå ut til deler av den minoritetspråklige befolkningen i Oslo med grunnleggende helseinformasjon. I samarbeid med Ressurssenter for migrasjonshelse, Aker (Oslo kommune), er det høsten 2014 sendt nye radioprogram med helseinformasjon på urdu, somali og arabisk.

Helseradio sendes på FM 99,3 eller DAB+ og produseres i samarbeid med lokalkringkaster Pak Radio Voice of Oslo. I sendingene, som sendes på kveldstid hver første helg i måneden

(fra september 2014 til mars 2015), deltar fagperson (helsepersonell) fra Oslo universitetssykehus HF, Oslo kommune eller annet helseforetak. Lyttere har mulighet til å sende inn spørsmål på e-post eller ringe inn under sending. Sendingene er i ettertid tilgjengelig som podkast fra [www.oslo-universitetssykehus.no/helseradio](http://www.oslo-universitetssykehus.no/helseradio). Temaene høsten 2014 har vært hjerte-kr, kreft, psykisk helse og folkehelse. Det gjenstår tre temaer for 2015.

### Samtalepartnere om tro- og livssyn og kulturveiledere

Samtalepartnere om tro- og livssyn er gått fra å være prosjektdrevet til å bli en del av det ordinære tilbud til pasienter og pårørende ved sykehuset. Det er også inngått samarbeidsavtaler til pasienter og pårørende ved Diakonhjemmet sykehus, Lovisenberg sykehus, Sunnaas sykehus HF og med Oslo politidistrikt. Tilbudet er bemannet av frivillige fra ulike tros- og livssynstradisjoner. I perioden er det arrangert en felles fagdag sammen med sykehusets kulturveiledernetverk, hvor tema var "åndelig og eksistensiell omsorg".

I tillegg har det for kulturveilederne vært arrangert formidlingsworkshop. Hensikten er å trygge ansatte i å formidle tilegnet kunnskap til andre ansatte og at de får kjennskap til aktuelle ressurser hvor de ytterligere kan styrke sin kunnskap. De kan også benytte verktøyene i egen undervisning. Det gjennomføres en tilsvarende workshop i januar 2015.

### Pilot - Lærings- og mestringskurs for menn

Ekstrastiftelsen har innvilget et prosjekt med utvikling av et Lærings- og mestringskurs til menn: "*Å være mann og håndtere sykdom. Utvikling av et lærings- og mestringsstilbud for menn*".

Prosjektet tar utgangspunkt i erfaringer om at få menn benytter seg av mestringsstilbudet ved sykehuset og forskningslitteratur om menn og helse, der mannlige idealer med fokus på styrke og selvkontroll, kan være en tilleggsbelastning for menn og deres pårørende ved alvorlig sykdom eller ulykke.

Dette er et samarbeidsprosjekt med Reform – (Ressurssenter for menn). Arbeidet starter i januar 2015.

### Øvrige kompetansehevende tiltak; konferanser og frokostmøter

Sykehuset arrangerer jevnlig frokostmøter med temaer relatert til en bred forståelse av likeverdig helsetjeneste.

I perioden er det arrangert 2 frokostmøter;

- Menn, helse og tradisjonelle kjønnsroller
- Døve pasienters møte med helsevesenet

Sykehuset arrangerte i september en nasjonal konferanse om Kriminalisering av HIV-positive sett i et folkehelseperspektiv.



LMS-barn/Likeverds-konferansen "Kunnskapsrik og trygg i møte med minoritetsspråklige familier" ble arrangert for 7 gang i desember 2014. Årets røde tråd var *sorg*.

### Forskningsmidler – likeverd

Sykehuset har fått innvilget et forprosjekt fra Forskningsrådets PraksisVel-midler, til prosjektet "*Mestring og likeverdige helsetjenester*", pålydende kr. 200.000,- I tillegg har sykehuset fått samhandlingsmidler fra Høgskolen i Oslo og Akershus. Disse to prosjektene sees i sammenheng.

Prosjektet tar sikte på å utvikle et forskningsbasert og praksisrettet refleksjonsverktøy om mangfold, mestring og likeverdige helsetjenester (MoLH) for helsepersonell i spesialisthelsetjenesten. Prosjektet starter sitt arbeid januar 2015.

### **3.16 Internasjonalt samarbeid**

#### Kreftprosjektet i Etiopia 2014

Norske leger fra Oslo Universitetssykehus HF har vært til stede ved Black Lion Hospital i snart to år. De to første kullene med til sammen 12 leger under spesialisering i onkologi er godt i gang og har gjennomført kurs i både strålingsbiologi og kjemoterapi. Etter fire år utdanning skal noen fortsette ved avdelingen i Addis Abeba, mens andre skal lede oppbyggingen av nye kreftavdelinger i andre deler av landet.

To norske kreftsykepleiere har i perioder veiledet sykepleierstaben ved Black Lion Hospital. De har holdt kurs og deltatt i utformingen av et utdanningsopplegg som skal starte våren 2015. Norske kreftsykepleiere kommer til å være kontinuerlig tilstede i avdelingen for å bistå i den daglige veiledningen av sykepleiere under spesialutdanning.

Prosjektet har som målsetting å gjøre et utviklingsland i stand til å utdanne lege- og sykepleiespesialister selv.

Universitetssykehuset i Addis Abeba får norsk støtte fra Oslo Universitetssykehus HF til å utvikle sin eneste kreftavdeling slik at den blir i stand til å tilby landets egne leger og sykepleiere fullverdig spesialistutdanning. Kunnskapen som bygges opp på denne måten vil med stor sannsynlighet forbli i landet.

De norske bidragsyterne får verdifull erfaring og innsikt med tilbake til sitt hjemlige fagmiljø.

Etter hvert vil behovet for norsk bistand i utdanningen bli gradvis mindre. Da kan samarbeidet dreie seg om fagutvikling og forskning. Ideen som ligger til grunn for prosjektet ville kunne overføres til andre utviklingsland og til andre fagområder i medisinen.

Prosjektet er finansiert av Aktiv mot kreft.

### Utveksling av norske sykepleiere til India

I november 2014 returnerte to norske nyfødtsykepleiere til Norge etter 12 måneders arbeid ved Sir Padam Pat Mother and Child Health Institute (J.K. Lone Hospital). Sykepleierne har drevet opplæring i avdelingen ved hjelp av veiledning og seminarer. De har etter endt opphold sett en forbedring i håndhygiene og infeksjonsforebygging, økt ammefrekvens, innføring av hud-mot-hud-omsorg (kenguru-omsorg) og involvering av foreldre i pleien ved sykehuset.

### Etablering av morsmelkebank i India

Det planlegges nå åpningen av melkebank ved Sir Padam Pat Mother & Child Health Institute (JK Lone Hospital).

Lederen av melkebanken ved Oslo universitetssykehus HF reiste til Jaipur i september for å bistå i opplæring av personellet som skal arbeide ved melkebanken.

Det har vært arrangert samarbeidsmøte med deltakerne og prosjektkontaktene ved nyfødttintensiv avdelingen. Lokalene for melkebanken er satt i stand. Det arbeides nå med kontrakter, kvalitetssikring og utstyrsavtaler.

Melkebanken planlegges åpnet januar/februar 2015.

Leder av melkebanken ved Oslo universitetssykehus HF deltar også i planlegging av den første nasjonale melkebankkonferansen i India i Mumbai april 2015.

Prosjektet er finansiert av Fredskorpset.

### Blantyre-Oslo Neurosurgical Project (BONEP) 2014

I løpet av det første året etter prosjektstart har det vært gjennomført to runder utveksling av Malawiske helsearbeidere til Oslo universitetssykehus HF og en runde Norske sykepleiere til Malawi.

De Malawiske helsearbeiderne får undervisning og hospitering på Oslo universitetssykehus HF innen operasjonssykepleie, anestesi, nevrontensivbehandling og postsykepleie for nevrokirurgiske pasienter.

En viktig milepæl har vært å etablere nødvendig infrastruktur for nevrokirurgi, det vil si operasjonsstue og overvåkningsavdeling/sengepost. Det har også vært viktig å etablere bolig for de utstasjonerte, og et sted hvor ressurspersoner kan bo sammen med de utstasjonerte når de er på besøk i Blantyre Malawi.

Oslo universitetssykehus HF har sendt anestesilege, nevrokirurg, anestesisykepleier og en ingeniør fra Medisin teknisk avdeling som ressurser i etableringsfasen.

I mai 2014 startet byggeprosessen i det påbygget som skal bli nevrokirurgisk "High Dependency Unit". Planer for rehabilitering av en skiftstue i sentraloperasjonskomplekset til nevrokirurgisk operasjonsstue er også under utarbeidelse. I tiden fram til oktober 2014 ble byggearbeidene fullført.

Oppgraderingen av operasjonsstuen er delfinansiert fra den norske ambassaden i Lilongwe, Malawi. Den nye sengeposten er finansiert på innsamlede prosjektmidler fra Oslo Universitetssykehus HF.

Første flylast med medisinsk teknisk utstyr ble sendt i mai til Blantyre; utstyr nødvendig for nevrokirurgi og tilhørende anestesi/postoperativ behandling. Anestesiapparat med full monitorering, gassanalyse og ventilator drevet av ekstern medisinsk luft-kompressor og oksygenkonsentrator ble installert. Medisinsk-teknisk kompetanse var essensielt i dette arbeidet. Oksygenkonsentratoren kan spare sykehuset for store kostnader.

Operasjonslampe, bord, kirurgisk sug samt mikroskop var klar til bruk etter 4 dagers montering og rigging. Det samme var sengeavdelingen med 4 monitorerte overvåkningssenger. Alt utstyr er donert av Oslo Universitetssykehus.

Det første store nevrokirurgiske inngrepet på denne stuen ble gjort første uke i november 2014.

Tiden framover skal brukes til å komplettere infrastruktur. Deretter vil undervisning av alle personellgrupper (anestesi, nevrokirurgi, operasjonssykepleie, postoperativ sykepleie) samt utarbeidelse av rutiner og protokoller bli prioritert.

Målet er å ha spesialist innen nevrokirurgi fra Oslo universitetssykehus HF kontinuerlig til stede i Malawi fra juli 2015. Fra neste høst kan avdelingen da bli godkjent av COSECSA (College of Surgeons of East, Central and Southern Africa) som utdanningsinstitusjon innen nevrokirurgi.

Prosjektet er finansiert av Fredskorpset.

### Norsk Helsenettverk for Utvikling (NHU)

Sekretariatet har i 2014 arrangert fem styremøter. Sekretariatet har bidratt med å planlegge og arrangere et seminar i Tromsø med fokus på helsesamarbeid mellom Russland og Norge. Tittelen på seminaret var "*Nordområdene i et globalt perspektiv*".

Nettsiden til Norsk Helsenettverk for Utvikling har blitt oppdatert etter at ny nettløsning for Oslo universitetssykehus HF ble lansert. Arbeidet med å lage en landoversikt over de forskjellige prosjektene er igangsatt. Sekretæren har videreformidlet informasjon til medlemmene om aktuelle konferanser og aktiviteter innen helsebistandsarbeid.

I høst har sekretariatet arbeidet med forberedelse og deltakelse til møter med Norad, Fredskorpset og Utenriksdepartementet om Norsk Helsenettverk for Utvikling s framtid med spørsmål om økte bevilgninger slik at sekretariatsstillingen kan utvides og nettverket driftes bedre.

Norsk Helsenettverk for Utvikling har også levert inn et forslag til artikkel om innovative løsninger innen helse og utdanning til Utenriksdepartementet, Kunnskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet til "Visjon 2030"

### Ny samarbeidsavtale med NORWAC

Oslo Universitetssykehus HF og NORWAC (Norwegian AID Committee) har skrevet under en ny samarbeidsavtale. Avtalen går ut på at de to organisasjonene vil samarbeide om å bistå NORWACs lokale partnere i aktuelle land i Midtøsten, som Libanon, Palestina og Syria, i deres arbeid med å opprettholde og oppgradere kvalitet på helsetjenester.

## 4. Opplæring av pasienter og pårørende

Det har i perioden vært arbeidet med å følge opp tiltakene i handlingsplanene for pasient- og pårørendeopplæring og det gode pasientmøtet 2014-2016.

Flere tiltak er realisert som blant annet videreutvikling av utdanningsprogram i pasient- og pårørendeopplæring for brukere og ansatte, styrket fokus på pårørende i utdanningen og en standard for honorering av brukere involvert i pasient- og pårørendeopplæring.

Andre tiltak er påbegynt som å etablere et forpliktende samarbeid med høyskoler om pasient- og pårørendeopplæring og praksis, opplæring i koderegistrering og kartlegging og beskrivelse av omfang og kvalitet på sykehusets læringstilbud.

Arbeidet fortsetter i 2015.

### 4.1 Læringstilbud til pasienter og pårørende

Det arbeides stadig med å sikre at sykehuset har de riktige læringstilbudene til pasienter og pårørende, og at prinsippet om likeverdige helsetjenester ivaretas.

Det ble i perioden avholdt et seminar hvor sykehusets brukerutvalg ga innspill på målgrupper og hvilke tema i pasient- og pårørendeopplæring de mener sykehuset bør ta hensyn til i det videre arbeidet med å kvalitetssikre læringstilbud.

Sykehuset mottok i perioden økonomisk tilskudd sammen med organisasjonen "Reform" for å etablere et prosjekt knyttet til å utvikle et læringstilbud til menn om menns håndtering av sykdom og helse.

Sykehuset har startet kartlegging og beskrivelse av omfang og kvalitet på sykehusets læringstilbud til pasienter og pårørende. Arbeidet inngår i et større prosjekt som blant annet omhandler riktig registrering av opplæring, og bedre tilgjengelighet og oppdatering på sykehusets nettside med hensyn til opplæring.

Sykehusets prosedyre for registrering av gruppebaserte læringstilbud til pasienter og pårørende er revidert.

Det er påbegynt et arbeid for å kvalitetssikre registrering og sikre riktig koding slik at sykehuset får god oversikt over hvor mange pasienter og pårørende som deltar i læringstilbud, samt ikke taper inntekter ved mangelfull registrering. Det finnes i dag flere prosedyrekoder som registreres i PAS ved utført pasient- og pårørendeopplæring. Dette er nyttige data i arbeidet med tjenesteutvikling, kvalitet, pasientsikkerhet, forskning og økonomi (da sykehuset mottar inntekter i form av egenandeler og refusjoner).

	1. tertial	2. tertial	3. tertial
Antall unike personer registrert	1487	1192	720
Antall personer som har gjennomført og avsluttet grupperettet pasientopplæring i henhold til kravene i A0099*	477	524	208

Tabell 17. Grupperettet pasient - og pårørendeopplæring. Kilde: LIS. Tallene fra hvert tertial er oppdatert med hensyn til tidligere rapportering.

Tallene det rapporteres på i Tabell 17 er antall personer som har gjennomført og avsluttet grupperettet opplæring i henhold til ISF krav i A0099. Imidlertid har sykehuset flere læringstilbud som ikke omfattes av disse kravene, men som gir pasienter og pårørende god opplæring. Disse finnes det ikke gode rapporter på. Det vil si at det er flere pasienter og pårørende som mottar læringstilbud enn det tabellen viser. "

Det er startet et arbeid for å kvalitetssikre registrering ved at prosedyre for registrering av gruppebasert opplæring revideres. Det er også startet et arbeid for at flere læringstilbud på sykehuset skal kunne oppfyller kriteriene til refusjon i ISF.

### Samhandling om pasient- og pårørendeopplæring

Det er i perioden startet et prosjekt ved Avdeling for medisinsk teknisk utstyr til hjemmebehandling (behandlingshjelpemidler) i samarbeid med Sykehjemsetaten i Oslo kommune. Prosjektet "*Trygg bruk av behandlingshjelpemidler i sykehjem*" har som mål å bedre opplæring i bruk av behandlingshjelpemidler som lånes ut av sykehuset til hjemmeboende pasienter og beboere i kommunale institusjoner.

Opplæringen er primært rettet mot personell i sykehjem (samt at det parallelt gis tilsvarende opplæringstilbud til hjemmesykepleie). Dette vil kunne ha effekt for pasient- og pårørendeopplæring i kommunen ved at kommunalt ansatte får økt utstyrskompetanse. De vil da bedre kunne veilede pasienter og pårørende i korrekt bruk av utstyr.

### Kunnskapsutvikling

Den helsepedagogiske kompetansen i sykehuset styrkes ved at utdanningsprogrammet i pasient- og pårørendeopplæring nå inngår som en del av de tverrprofesjonelle kliniske program.

Det er innledet et samarbeid med Høgskolen i Oslo og Akershus for å styrke tjenesteutøvelsen. Både sykehuset og høgskolen tilbyr kompetanseheving på ulike nivå og omfang innen helsepedagogikk. Det ble i perioden tildelt samarbeidsmidler til sykehuset og Høgskolen i Oslo og Akershus for å utnytte den erfaringsbaserte kompetansen i sykehuset og den mer teoretiske kompetansen i høgskolen i de helsepedagogiske tilbudene.

Sykehuset deltar i et nordisk samarbeid for å styrke fagfeltet pasient- og pårørendeopplæring og samarbeidet om dette. Det ble i perioden avholdt en samling ved sykehuset for det nordiske fagnettverket i pasient- og pårørendeopplæring i regi av Helse Sør-Øst RHF i samarbeid med landets øvrige helseregioner.

## **4.2 Barn som pårørende**

"Råd for barn som pårørende" har avholdt tre heldagsmøter og deltatt på seminaret "Barn som pårørende" for å øke sin kompetanse.

I henhold til "Handlingsplan for barn som pårørende 2014-2016" er det etablert kontakt med AMK og et første møte for å legge en plan for videre samarbeid er avholdt. Funksjonsbeskrivelser til barneansvarlige på enhetene og koordinatorene i rådet er godkjent

og lagt som vedlegg til retningslinjen "Barneansvarlig og barn som pårørende", samt at rådets mandat er revidert.

Det er utført flere tiltak for å synliggjøre sykehuset tilbud til barn og unge som pårørende. Det er laget plakat og brosjyrer beregnet på de ansatte. Informasjonen på intranett og internett er bedret.

Rådet har bidratt med innspill i utviklingen av kartleggingsskjema for barn som pårørende i DIPS. Skjemaene bidrar til bedre systematikk og dokumentasjon av arbeidet. Det må jobbes videre med implementering i 2015.

Organisasjonen "Voksne for Barn" utgir hvert år en "Barn i Norge" rapport. Leder av rådet har bidratt med et kapittel om det å være barneansvarlig på Oslo universitetssykehus HF. Rapporten ble lansert og overlevert helseministeren i november. Barneansvarlige gir uttrykk for at de vet hvor de kan ta kontakt for råd og veiledning. Rådet opplever dem som engasjerte og at de tar oppgaven på alvor.

#### Prosjekt "Tverrfaglig familiestøtte" (tidligere "Familieambulatoriet")

Styringsgruppe er etablert og første møte avholdt. Arbeidsgruppen har hatt tre møter med fokus på hvordan lavterskeltiltaket/modellen skal utøves i praksis. Gruppen har utarbeidet forslag til informasjonsbrosjyre og har deltatt på den årlige konferansen "Barnet og rusen". Oppstart av prosjektet er planlagt til april 2015.

#### Utvikling av en "app"

Oslo universitetssykehus fikk i november 2014 tildelt kr. 950.000,- til utvikling av en "app" for ungdom som opplever sykdom i familien. "Appen" er et ledd i sykehusets satsing på barn/ungdom som pårørende, og er en videreutvikling av boka "Meg også".

Prosjektet starter i januar 2015 og "appene" lanseres i desember 2015. "Appene" er diagnoseuavhengig, utvikles for både Android og Apple, og skal kunne brukes nasjonalt.

Prosjektet er et samarbeid mellom Kommunikasjonsstaben, Ungdomsrådet og Barneprogrammet.

## 5. Utdanning av helsepersonell

Det har vært arbeidet med flere sentrale utdanningsaktiviteter i 3. tertial 2014, blant annet:

### Klinikkvise handlingsplaner til Utdanningsstrategi 2013-2018

Klinikkene arbeider etter en felles mal med handlingsplaner for utdanning, gjeldende for to år. Frist for å utarbeide klinikkvise handlingsplaner var 1. desember 2014. Det har kommet inn to handlingsplaner, og flere klinikker har bedt om utsettelse til 1. februar 2015.

### Spesialistutdanning av leger

Utdanningsseksjonen deltar aktivt på møter med spesialitetskomiteene i Legeforeningen innen de ulike spesialitetene på Oslo universitetssykehus HF. Det arbeides kontinuerlig med tilbakemeldinger fra komiteene for å bedre spesialistutdanningen, samt oppfølging av de årlige rapporteringene til Legeforeningen.

Oslo universitetssykehus HF har gitt en høringsuttalelse til ny spesialitetsstruktur for leger som er oversendt Helse Sør-Øst RHF.

### Grunnutdanning innen medisin

Ny, revidert studiemodell for grunnutdanning i medisin er startet. Det foregår fremdeles en videreutvikling av modellen der Oslo universitetssykehus HF deltar aktivt.

### Utdanning av spesialsykepleiere

Oslo universitetssykehus HF har vært i dialog med samarbeidende høyskoler for ytterligere å øke utdanningskapasiteten for operasjons- og intensivsykepleiere fra høsten 2015, noe som nå planlegges.

Oslo universitetssykehus HF og Akershus universitetssykehus HF har etablert et samarbeid med Høgskolen i Oslo og Akershus om å starte utvikling av en videreutdanning i akuttisykepleie.

### Utdanningspris

Utdanningsutvalget ved Oslo universitetssykehus HF delte i oktober ut to utdanningspriser til miljøer i sykehuset som har utmerket seg for å fremme god læringskultur. Vinnerne av prisen for 2014 var Lungeavdelingen ved Hjerte-, lunge- og karklinikken og Kvinneklinikkens gruppe i ferdighetstrening ved Kvinne- og barneklubben.

### Spesialistutdanning av leger i avtalepraksis

Utdanningsseksjonen har bistått aktivt i arbeidet med å få på plass en rammeavtale om spesialistutdanning av leger i spesialisering hos privat avtalespesialist. Første lege i spesialisering starter ved Akershus hudlegesenter 1. mars 2015.



### Pilotkurs i kommunikasjon for leger

Det har vært avholdt et kurs i kommunikasjon "Når skaden har skjedd" som en pilot for leger i ledende stillinger. Sykehuset vil vurdere om dette skal innføres som en del av lederopplæringen.

### Kunnskapsbasert praksis

Det er fulltegnede kurs og studier innen kunnskapsbasert praksis for leger og helsefaggruppene for våren 2015. Fire avdelinger holder på med kompetanseheving blant personalet innen kunnskapsbasert praksis parallelt som de systematisk innfører kunnskapsbasert arbeidsmetode. Sentral stab legger tilrette for at stadig flere avdelinger kan gjøre det samme.

Sykehuset benytter seg også av eksterne eksperter på kunnskapsbasert praksis og oppretter nå et forum for tilretteleggere og avdelingsledere som vil arbeide kunnskapsbasert.

### Basiskompetanse i arbeidslivet

55 ansatte ved Oslo universitetssykehus HF har fulgt kurset "*Basiskompetanse i arbeidslivet*" i høst. Kurset er et tilbud til ansatte med liten eller ingen formell utdanning i blant annet norsk lesing og skriving. Kurset hadde sin oppstart i mars og varer frem til februar/mars 2015. De 55 deltakerne er delt i 4 grupper som har undervisning mandag, tirsdag, torsdag og fredag.

## 6. Forskning og utvikling

### 6.1 Forskning

Vi gjør spesielt oppmerksom på usikkerheten i tallgrunnlaget for 2014 på nåværende tidspunkt.

#### Vitenskapelige artikler

Akkumulerte tall pr. 3. tertial er hentet fra Publika (sykehusets publikasjonsdatabase) og vil erfaringsmessig falle noe ved kvalitetssikring mot offisielle CRISTin-tall (nasjonal publikasjonsdatabase) etter kvalitetssikring av tilknytningen til Oslo universitetssykehus HF, type tidsskrift og type artikkel.

Endelig antall artikler for 2014, samt andre parametre som knytter seg til artikler, vil først foreligge ved neste tertialrapportering. Det ser likevel ut til at antall artikler i 2014 er på et høyere nivå enn de to foregående år. Forklaringen vil være en blanding av reell aktivitetsøkning, tilfeldig forskyvning av publisering til etter årsskiftet 2013/14 og noe midlertidig feilregistrering. Utviklingen diskuteres med den enkelte klinikk basert på de ulike indikatorene og lokal kjennskap til forskningen.

Klinikk	2012	2013	2014
Klinikk psykisk helse og avhengighet	<u>141</u>	130	<u>131</u>
Medisinsk klinikk	<u>307</u>	291	<u>335</u>
Klinikk for kirurgi- og nevrofag	<u>256</u>	248	<u>291</u>
Kvinne- og barneklubben	<u>201</u>	186	<u>216</u>
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben	<u>522</u>	537	<u>576</u>
Hjerte-, lunge- og karklubben	<u>147</u>	139	<u>199</u>
Akuttklubben	<u>71</u>	65	<u>73</u>
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	<u>516</u>	465	<u>530</u>
Oslo sykehusservice og Direktørens stab	<u>97</u>	84	<u>79</u>
TOTALT (unike artikler)	<u>1697</u>	1643	<u>1837</u>

Tabell 18. Antall publiserte vitenskapelige artikler, akkumulert pr 3. tertial. Antall publikasjoner i perioden er målt via søk mot PubMed og Web of Science (WOS) som løpende oppdaterer helseforetakets database [www.publika.no](http://www.publika.no). Denne er basert på registrerte forskningsaktive personer ved Oslo universitetssykehus HF og adressering av artikler med Oslo universitetssykehus eller liknende. Kun kategoriene vitenskapelige artikler og vitenskapelige oversiktsartikler (reviews) inngår i tabellen. Årstall er nå fastlagt ut fra første publiseringsdato (online first). Tallene er tatt ut 13. januar 2015. Merk at artikler telles hos flere klinikker når det er forfattere fra flere klinikker. I tallet for TOTALT er hver artikkel kun talt én gang, og dette er dermed lavere enn summen av klinikk tallene.

#### Publikasjonspoeng

I Helse- og omsorgsdepartementets nasjonale poengberegningssystem for helseforetakene, basert på databasen CRISTin, er det innført flere endringer fra og med 2013. Blant annet gis det nå ekstra uttelling for internasjonalt samarbeid og for interregionalt samarbeid med andre helseforetak, samt at nivå 2a-tidsskrifter er slått sammen med nivå 2 (som i universitets- og høyskolesektorens målesystem). Endringene er innarbeidet og tallene justert tilbake i tid. Som følge av usikkerhet om artikkeltallene for 2014 vil også tallene i Tabell 19, Tabell 20 og Tabell 21 være usikre. Utviklingen må tolkes med stor varsomhet. antall publikasjonspoeng viser foreløpig ingen økning totalt, til tross for økningen i antall

artikler. Det vil tilkomme noen poeng når forslagene om nye tellende tidsskrifter er behandlet nasjonalt. Samtidig kan kontroll av hver enkelt adressering resultere i justeringer av forfatterandeler og poeng. Når flere institusjoner samarbeider om en artikkel, reduseres den enkelte institusjons forfatterandel og dermed artikkelpoeng.

Som nevnt vektet det nå noe opp for internasjonalt samarbeid og samarbeid på tvers av helseregioner, mens i samarbeid internt i regionen og i samarbeid med universiteter og høyskoler i egen og andre regioner trekker poengene pr institusjon noe ned. Det er faglig ønsket med bredt samarbeid. En reduksjon i poeng pr artikkel må derfor ikke tolkes isolert som et tegn på redusert kvalitet.

Klinikk	2012	2013	2014
Klinikk psykisk helse og avhengighet	99,8	91,9	79,9
Medisinsk klinikk	145,6	148,3	155,8
Klinikk for kirurgi- og nevrofag	158,5	144,6	148
Kvinne- og barneklubben	92,5	85,5	98,7
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben	332,4	363,5	348,1
Hjerte-, lunge- og karklubben	78,4	72,2	79,6
Akuttklubben	34,5	35,2	36
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	294,3	258,4	250,7
Oslo sykehuservice og Direktørens stab	38,6	30	24,4
TOTALT	1274,4	1262,8	1234,9

Tabell 19. Antall publikasjonspoeng, akkumulert pr 3. tertial. Tall er hentet fra helseforetakets database [www.publika.no](http://www.publika.no) pr 13. januar 2015. NIFUs beregningsmetode for helseforetak fra 2013 er delvis implementert, dvs. 150 % ekstra for internasjonalt samarbeid.

### Internasjonalt medforfatterskap

Antall artikler med utenlandsk medforfatter er noe redusert, noe som sammen med økningen i det totale antall artikler gjør at andelen med utenlandsk medforfatter går betydelig ned i denne foreløpige beregningen.

Klinikk	2012	2013	2014
Klinikk psykisk helse og avhengighet	39,0 %	43,8 %	35,1 %
Medisinsk klinikk	42,0 %	43,6 %	43,6 %
Klinikk for kirurgi- og nevrofag	37,1 %	39,1 %	26,5 %
Kvinne- og barneklubben	40,8 %	43,5 %	40,3 %
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben	45,2 %	46,0 %	41,3 %
Hjerte-, lunge- og karklubben	38,1 %	42,4 %	32,7 %
Akuttklubben	26,8 %	36,9 %	34,2 %
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	40,7 %	43,7 %	37,2 %
Oslo sykehuservice og Direktørens stab	27,8 %	21,4 %	19,0 %
TOTALT (unike artikler)	44,8 %	47,0 %	40,6 %

Tabell 20. Andel av artiklene som inkluderer utenlandsk forfatteradresse. Tall er basert på helseforetakets database [www.publika.no](http://www.publika.no) pr 13. januar 2015.

## Tidsskriftsnivå/klassifisering

Målesystemet er basert på en nivåinndeling av vitenskapelige tidsskrifter, ut i fra et nasjonalt publiseringsutvalgs og nasjonale faggruppers vurdering av kvaliteten på tidsskriftene:

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

Underliggende tall viser at antallet artikler på nivå 2 ikke har gått ned fra 2013 til 2014.

<b>Klinikk</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
Klinikk psykisk helse og avhengighet	23,8 %	29,4 %	23,3 %
Medisinsk klinikk	22,6 %	22,8 %	21,8 %
Klinikk for kirurgi- og nevrofag	21,2 %	23,8 %	17,3 %
Kvinne- og barneklubben	17,4 %	19,7 %	18,7 %
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben	24,5 %	27,6 %	23,4 %
Hjerte-, lunge- og karklubben	23,4 %	21,2 %	20,2 %
Akuttklubben	6,5 %	17,1 %	16,7 %
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	21,2 %	20,8 %	22,7 %
Oslo sykehusservice og Direktørens stab	19,7 %	19,6 %	22,0 %
TOTALT (ut fra unike artikler)	21,7 %	24,9 %	20,6 %

Tabell 21. Andel av artiklene som er publisert i tidsskrifter på nivå 2.

## Doktorgrader avlagt ved universiteter og høyskoler - utført ved helseforetaket

Antall doktorgrader, med arbeid hovedsakelig utført ved Oslo universitetssykehus HF, flater ut i 2014. Dette er forventet ut fra en gradvis vridning av ekstern finansiering bort fra doktorgradsstipend og over mot flere postdoktorstipend og annen støtte, samt fagmiljøenes veiledningskapasitet. Merk at tall for 2014 foreløpig bare er basert på rapporteringen fra Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo. Doktorgrader ved andre fakulteter og universiteter vil komme til når også doktorgradstallene er kvalitetssikret.

<b>Klinikk</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
Klinikk psykisk helse og avhengighet	10	17	3
Medisinsk klinikk	15	17	18
Klinikk for kirurgi- og nevrofag	16	13	26
Kvinne- og barneklubben	14,5	11	18
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben	37,5	48	42
Hjerte-, lunge- og karklubben	13	10	7
Akuttklubben	5	5	1
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	39	28	24
Oslo sykehusservice og Direktørens stab	1	0	3
TOTALT	151	149	142

Tabell 22. Antall doktorgrader, akkumulert. Tallene for 2012 og 2013 er basert på NIFU sin liste over godkjente doktorgrader. Tallene for 2014 er basert på utlisting fra Universitetet i Oslo, og vil kunne bli korrigert og supplert på et senere tidspunkt.

Det etablerte samarbeidet om forskningsformidling mellom Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo og Oslo universitetssykehus HF er styrket. I tillegg har Oslo universitetssykehus HF styrket samarbeidet om forskningsformidling med Det matematisk-naturvitenskapelige fakultet ved Universitetet i Oslo.

## 6.2 Innovasjon

Antall nye innmeldte oppfinnelser DOFI (Disclosure of Invention) til Inven2 og ideer til Idépoliklinikken er meget tilfredsstillende. Kvaliteten og potensialet i den enkelte idé er god, og et resultat av et pågående arbeid med innovasjonskultur i tråd med sykehusets strategi, som har fokus på:

- at innovasjon skal prege hverdagen
- at det skal nytte å tenke nytt

Alle patenterbare ideer/oppfinnelser vurderes og håndteres av selskapet Inven2, som er eid av Oslo universitetssykehus HF og Universitetet i Oslo. Idépoliklinikken ved Oslo universitetssykehus HF mottar og viderefører ikke-patenterbare ideer knyttet til produkt-, prosess- og tjenesteinnovasjoner. Idépoliklinikken og Inven2 bistår med innovasjonsarbeid også ved andre sykehus i regionen.

Klinikk	Totalt 2014		Totalt 2013		Totalt 2012	
	Inven2	Idépoliklinikk	Inven2	Idépoliklinikk	Inven2	Idépoliklinikk
Klinikk psykisk helse og avhengighet	0	4	2	6	3	
Medisinsk klinikk	1	2	5	1	5	3
Klinikk for kirurgi og nevrofag	4	3	7	3		1
Kvinne- og barneklubben	3	1	5	2	2	2
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben	18	3	17	3	19	11
Hjerte-, lunge- og karklubben	7	1	6	4	5	1
Akuttklubben	2	8	14	10	6	3
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	39	1	30	5	27	
Oslo sykehusservice og Direktørens stab	1	18	2	4	6	7
<b>Totalt</b>	<b>75</b>	<b>41</b>	<b>88*</b>	<b>39</b>	<b>68*</b>	<b>28</b>

Tabell 23. Nye innmeldte oppfinnelser (DOFI) til Inven2 og ideer til Idépoliklinikken ved Oslo universitetssykehus HF.

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

Klinikk	Innovasjonsprosjekter hos Inven2	Innovasjonsprosjekter ved Idépoliklinikken
Klinikk psykisk helse og avhengighet	1	3
Medisinsk klinikk	4	1
Klinikk for kirurgi og nevrofag	3	
Kvinne- og barneklubben	2	2
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben	31	4
Hjerte-, lunge- og karklubben	5	1
Akuttklubben	6	4
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	21	1
Oslo sykehusservice og Direktørens stab	2	1
<b>Totalt</b>	<b>71*</b>	<b>16</b>

Tabell 24. Pågående innovasjonsprosjekter i porteføljen til Oslo universitetssykehus HF.

\* Noen av de 71 prosjektene har aktivitet ved flere klubber

Antall aktive innovasjonsprosjekter (uavhengig av når ideen er innmeldt) er stabilt, og er i realiteten en funksjon av kapasiteten til Inven2 og Idépoliklinikken. Det viktige er at prosjektene trekkes gjennom fasene: konseptualisering, verifisering/pilotering og implementering/lisensiering.

Innovasjonsseksjonen deltar aktivt i NIFUs oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet om å etablere nye nasjonale innovasjonsindikatorer. I dette arbeidet legges det opp til et strukturert innovasjonsforløp med klare kriterier for hver fase i prosessen. Nyttevurdering, synliggjøring og spredning blir viktige elementer i innovasjonsforløpet. De nye innovasjonsindikatorene vil bli implementert i en nylig inngått rammeavtale i Helse Sør-Øst på en webløsning for mottak og prosessering av ideer.

## 7. Arbeidsmiljø (Helse Miljø Sikkerhet)

### 7.1 Brudd på arbeidstidsbestemmelser

I perioden er det registrert 12 424 brudd på arbeidstidsbestemmelsene. Som forventet går antall brudd på årsregelen opp i tredje tertial, men økningen er i år uvanlig med over 800 flere brudd enn i 2013. Brudd på 4-ukersregelen har økt med 438. Brudd på ukesregelen er omtrent på samme nivå som i tilsvarende periode i fjor, mens brudd på dagregelen har gått ned med 182.

Klinikk	Dag		Uke		4-ukers		Årsregel		Sum brudd	
	3T2013	3T2014	3T2013	3T2014	3T2013	3T2014	3T2013	3T2014	3T2013	3T2014
Klinikk psykisk helse og avhengighet	607	569	341	367	265	283	0	29	1213	1248
Medisinsk klinikk	556	349	209	202	147	142	0	121	912	814
Klinikk for kirurgi og nevrofag	354	842	314	296	191	269	31	96	890	1503
Kvinne- og barneklubben	943	768	267	265	200	165	0	72	1410	1270
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben	627	651	340	334	349	384	0	297	1316	1666
Hjerte-, lunge- og karklubben	453	765	358	430	241	349	0	155	1052	1699
Akuttklubben	2049	1388	959	592	856	878	5	270	3869	3128
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	177	160	128	267	117	208	197	0	619	635
Oslo sykehusservice	25	117	14	195	5	131	0	18	44	461
Totalt	5791	5609	2930	2948	2371	2809	233	1058	11325	12424

Tabell 25. Antall brudd (dag, uke, 4-ukers og årsregel) per klinikk for tredje tertial 2014 samt tredje tertial 2013

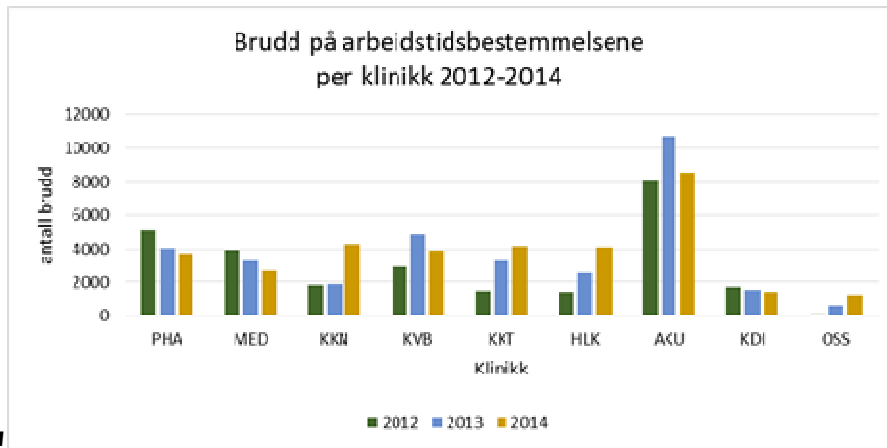
Årsakene til brudd er mange og sammensatte. Kompetansekrav i kombinasjon med høy aktivitet er fremdeles hovedårsaken til brudd. Flere særskilte hendelser var med på å forklare bruddene i 2014, herunder forhøyet Ebola-beredskap og Norges første Ebolapasient, samt forhøyet beredskap og økte øvelser i kjølvannet av fryktet terroranslag. Innføring av elektronisk pasientjournal (DIPS) medførte økt behov for ressurser og ga færre medarbeidere å trekke veksler på ved sykdom.

Tabellen nedenfor viser den samlede utviklingen per tertial og totalt i 2014, samt totalt antall brudd i 2013.

Klinikk	Sum 2013	1T 2014	2T 2014	3T 2014	Sum 2014
Klinikk psykisk helse og avhengighet	4069	1050	1418	1248	3716
Medisinsk klinikk	3249	1215	669	814	2698
Klinikk for kirurgi og nevrofag	1891	1507	1254	1503	4264
Kvinne- og barneklubben	4871	1375	1269	1270	3914
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben	3285	1061	1452	1666	4179
Hjerte-, lunge- og karklubben	2584	1033	1396	1699	4128
Akuttklubben	10691	2848	2561	3128	8537
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	1530	406	364	635	1405
Oslo sykehusservice	622	311	487	461	1259
Totalt	32258	10806	10870	12424	34100

Tabell 26. Brudd på arbeidstidsbestemmelsene i 2014, per tertial og totalt, samt totalt i 2013

Det var om lag 1 500 flere brudd i tredje tertial enn i andre tertial. Sammenlignet med tredje tertial 2013 har antall brudd økt med ca. 10 %. Totalt antall brudd på arbeidstidsbestemmelsene i 2014 er 34 100. Det er en økning på noe under 6 % sammenlignet med 2013.



**Feil!**

Figur 10. Brudd på arbeidstidsbestemmelsene 2012-2014 per klinikk

Klinikk psykisk helse og avhengighet, Medisinsk klinikk, Kvinne- og barneklubben, Akuttklubben og Klinikk for diagnostikk og intervensjon har i 2014 hatt en samlet nedgang i antall brudd i forhold til 2013.

Etter en betydelig nedgang i antall brudd ved Klinikk for kirurgi og nevrofag i andre tertial, er antall brudd i tredje tertial tilbake på samme nivå som i første tertial (Tabell 26). Samtlige bruddtyper øker. Antall brudd har også økt sammenlignet med tredje tertial 2013. Bruddene skyldes i stor grad merarbeid i forbindelse med innføringen av DIPS.

Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben har hatt en økning i antall brudd både i forhold til andre tertial 2014 og tredje tertial 2013 (Tabell 26). Avdelingslederne analyserer nå årsaker til brudd og dispensasjonsavtaler gjennomgås. Revidert tiltaksplan for AML-brudd er under utarbeidelse.

Hjerte-, lunge- og karklubben øker betydelig i antall brudd, særlig på dag- og årsregel. Blant årsakene er høy aktivitet i TKA Intensiv og utrykning på vakt for perfusjonistene. Klubben har de siste årene hatt en gjennomgående økning i antall AML-brudd (Figur 10), og alle ledere ser nå på ulike tiltak i egen enhet for å redusere brudd.

Oslo sykehuservice viser noe nedgang i tredje tertial. Likevel er det en økning sammenlignet med tredje tertial 2013 (Tabell 26). Klubben har dobbelt så mange arbeidstidsbrudd i 2014 som i 2013, men er fremdeles den klubben som har færrest antall arbeidstidsbrudd av samtlige klubber.

#### Tiltak for å unngå overtid og brudd på arbeidstidsbestemmelsene

Arbeidstilsynet førte tilsyn med arbeidstid i to perioder i 2014 ved utvalgte enheter på seks klubber i Oslo universitetssykehus HF. Foretaket har fortsatt tett samarbeid med Arbeidstilsynet der brudd er tema.



Mange av tiltakene som sykehuset og klinikkene har iverksatt er av langsiktig karakter og pågår kontinuerlig. Rapporteringen for tredje tertial 2014 viser at mange av klinikkene har fulgt opp tiltakene, men at innsatsen må forsterkes i enkelte klinikker. Det generelle inntrykket er at det gjennomgående er bedre kompetanse og oppfølging av arbeidstidsbestemmelser i hele foretaket.

Tiltak på foretaksnivå for å unngå brudd:

- Kvalitetssikring og utvikling av AML-rapporter i GAT med leverandør
- Oppdatering av retningslinjer for utarbeidelse av turnus
- Obligatoriske kurs for ledere i arbeidstidsbestemmelsene
- Bedre ferieplanlegging
- Tett oppfølging fra sentral HR-stab i klinikker og avdelinger med store utfordringer

Klinikkvise tiltak:

- Kompetanseheving innen ressursplanlegging og regelverk hos linjeledere, og opplæring av leger (GAT) og tillitsvalgte
- Avvikling av planlagt arbeidstid som genererer brudd
- Inngåelse av dispensasjonsavtaler og villighetserklæringer der det er mulig, samt registrering av disse i GAT
- Økt kontroll av ønsketurnus og frivillige vaktbytter som generer brudd
- Benytte personalressurser på tvers og sikre kontroll på tvers av enheter
- Strategisk rekruttering og videreutdanning for å sikre spesialkompetanse
- Sykefraværsoppfølging og forebygging av sykefravær
- Målrettede tiltak innen ressurs- og turnusplanlegging i utsatte enheter

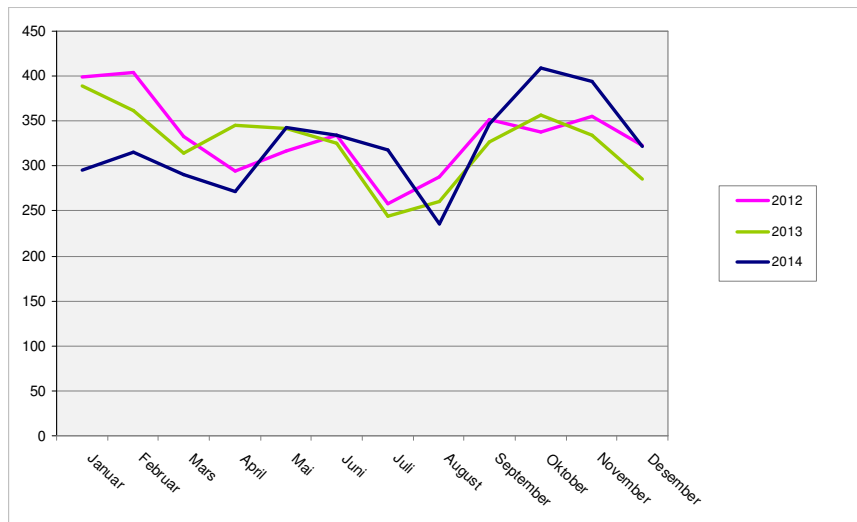
Brudd på arbeidstidsbestemmelsene er fast punkt på ledelsens tertialoppfølging med hver klinikk, og klinikkene har redegjort for status på tiltak for å unngå brudd. Klinikken skal oppdatere sine tiltaksplaner for å redusere brudd på arbeidstidsbestemmelsene i 2015.

Det er nødvendig å forsterke innsatsen ytterligere for å sikre fortsatt reduksjon i AML-brudd. Det arbeides med å forbedre kunnskapsgrunnet om arbeidstidsbrudd i klinikkene, og sikre erfaringsdeling fra enheter som har lyktes i å redusere antall brudd. Direktørens HR-stab har identifisert faktorer som kjennetegner de enhetene som har hatt en positiv utvikling på dette området. Direktørens HR-stab skal ha klinikkvise møter med alle avdelingsledere i begynnelsen av 2015 om arbeidstidsbestemmelsene og oppfølging av arbeidstidsbrudd.

## **7.2 Helse Miljø Sikkerhet (HMS) avvik**

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

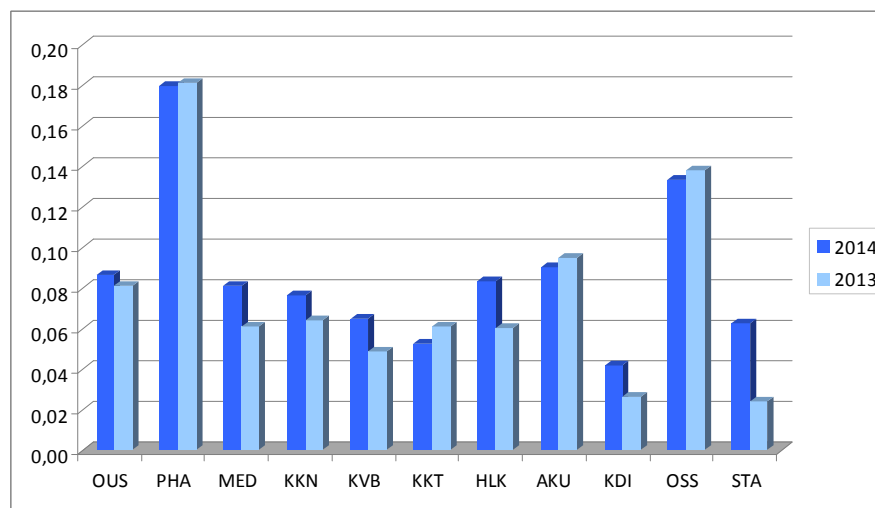
## Registrerte HMS-avvik



Figur 11. Registrerte HMS-avvik. Figuren gir en oversikt over utviklingen i melding av HMS-avvik for perioden 1. tertial 2012 til og med 3. tertial 2014. Kilde: Achilles

Det ble meldt 1.468 HMS-avvik i 3. tertial 2014 sammenliknet med 1.302 HMS-avvik i samme periode i 2013, hvilket er en oppgang på 13 %. For 2014 samlet er antall meldte avvik nesten det samme: 3.872 i 2014 og 3.882 i 2013.

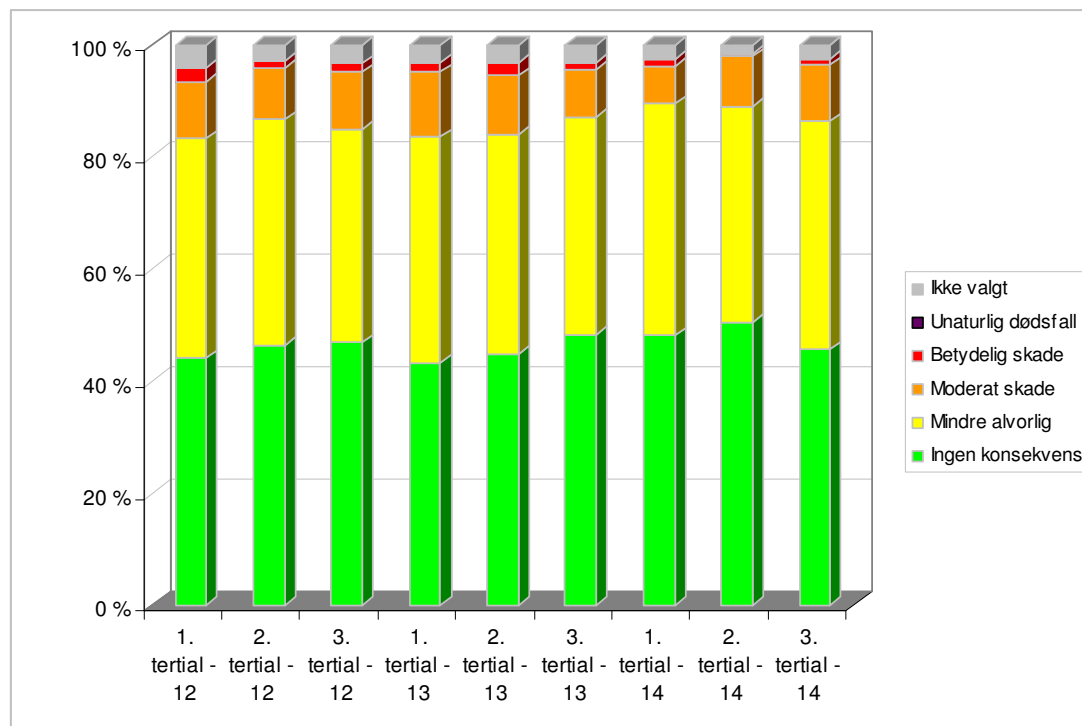
## Registrerte HMS-avvik/årsverk



Figur 12. Registrerte HMS-avvik/årsverk. Figuren viser totalt antall registrerte HMS-avvik/årsverk i 3. tertial 2014 sammenliknet med samme periode i 2013. Kilde: Achilles/personalsystem

Tertialsnittet for Oslo universitetssykehus HF er omtrent det samme. Det er ganske store variasjoner klinikkene imellom. Fra 0,18 (Klinikk psykisk helse og avhengighet) til 0,04 (Klinikk for diagnostikk og intervensjon). Forskjellene klinikkene imellom representerer i noen grad forskjellige arbeidsmiljøutfordringer, men sannsynligvis i hovedsak forskjeller i meldekultur og i det daglige systematiske HMS-arbeidet. Unntaket er Oslo sykehuservice som er litt kunstig forhøyet fordi klinikkene overfører ansvaret for enkelte avvikstyper til dem (gjelder eksempelvis bygningstekniske avvik, smittevern, brann og renhold).

## Reell konsekvens



Figur 13. Reell konsekvens av HMS-avvik. Hele Oslo universitetssykehus HF. Kilde: Achilles.

Figur 13 viser en forholdsmessig fordeling av konsekvens innen de fem gradene:

- Ingen konsekvens
- Mindre alvorlig konsekvens
- Moderat skade
- Betydelig skade
- Unaturlig dødsfall.

Ca. 86 % av de registrerte HMS-avvikene i 3. tertial 2014 er vurdert av ansatt/leder å ha ingen eller mindre alvorlig reell konsekvens. Denne fordelingen har holdt seg ganske stabil de siste 3 år.

16 HMS-avvik ble vurdert av melder og leder til å ha betydelig faktisk skade/konsekvens. Tiltaksstatus for disse er gjennomgått:

Avvikstype	Lukket Adekvate tiltak implementert	Lukket Ingen tiltak	I arbeid Adekvate tiltak igangsatt	I arbeid Ingen tiltak
Muskel/Skjelettskade	1	2*		1*
Fysisk vold	3			
Taushetsplikt			1	
Røykskade - brann	3		1	
Inneklima				1
Samarbeid / samhandling	1		1	
Vaksinasjon	1			

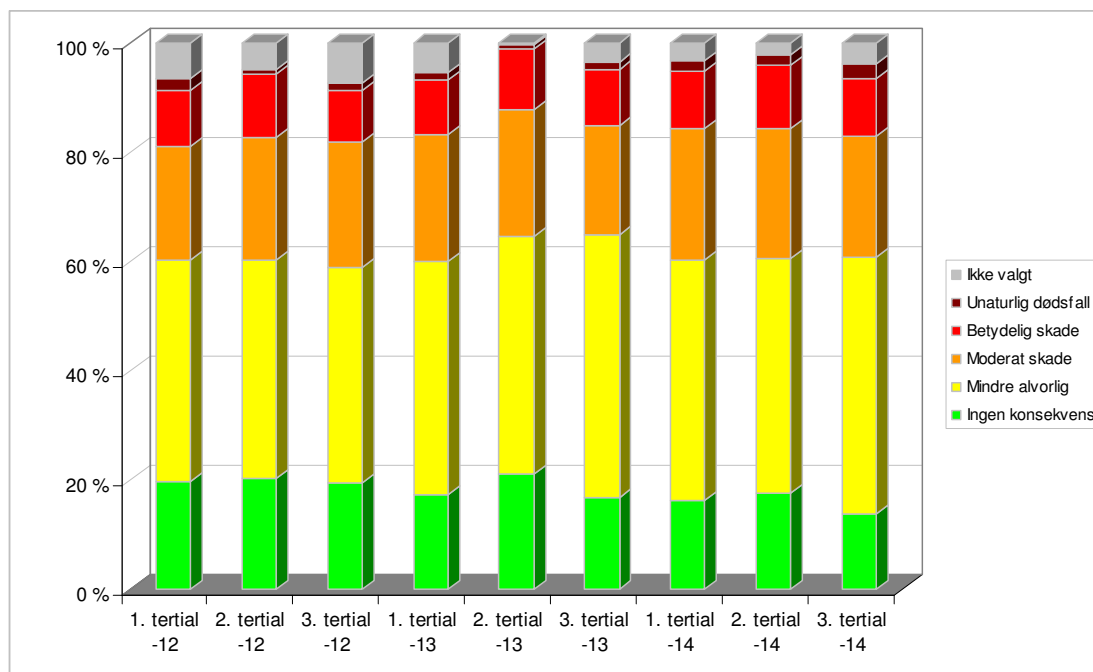
Tabell 27. Tiltaksstatus for HMS-avvik i 3. tertial 2014 med betydelig faktisk skade.

\* hendelige uhell.

146 HMS-avvik ble vurdert av melder til å ha moderat faktisk skade/konsekvens. De fordeler seg med;

- 40 avvik innen avviksgruppen "Skade på ansatt" hvor de største undergruppene er:
  - Muskel/skjelettskade (14)
  - Fysisk vold (6)
- Mens det er 74 avvik innen "Arbeidsmiljø", hvor de største undergruppene er:
  - Informasjon/samhandling (40)
  - Inneklima (8)
  - Smittevern (8)

### Potensiell konsekvens



Figur 14. Potensiell konsekvens av HMS-avvik. Hele Oslo universitetssykehus HF. Kilde: Achilles.

Skadepotensialet ved måling av potensiell konsekvens er større enn ved registrering av den reelle/faktiske skaden (jmfør Figur 13). Som for reell konsekvens er profilen ganske lik over tid. For reell konsekvens summerer hendelser med moderat skade eller alvorligere seg til 14 %, mens for potensiell konsekvens summerer de seg opp til 36 %.

41 avvik ville i verste fall kunne medført unaturlig dødsfall/katastrofal skade. 21 (51 %) av disse avvikene er vurdert av melder og leder til å ha ingen eller ubetydelig faktisk konsekvens, men de har et betydelig skadepotensial.

Tiltaksstatus for disse 41 avvikene er gjennomgått:

Avvikstype	Lukket Adekvate tiltak implementert	Lukket Ingen tiltak	I arbeid Adekvate tiltak igangsatt	I arbeid Ingen tiltak
El sikkerhet			1	1
Bemanning			1	1
Asbest			1	
Teknisk utstyr / MTU	2		1	1
Trusler	1			
Brannvern	2		3	4
Brudd på sikkerhetsrutiner				1
Bygning og tekniske anlegg			9	11
Smitte			1	

Figur 15. Tiltaksstatus for HMS-avvik i 3. tertial 2014 med potensiell faktisk skade.

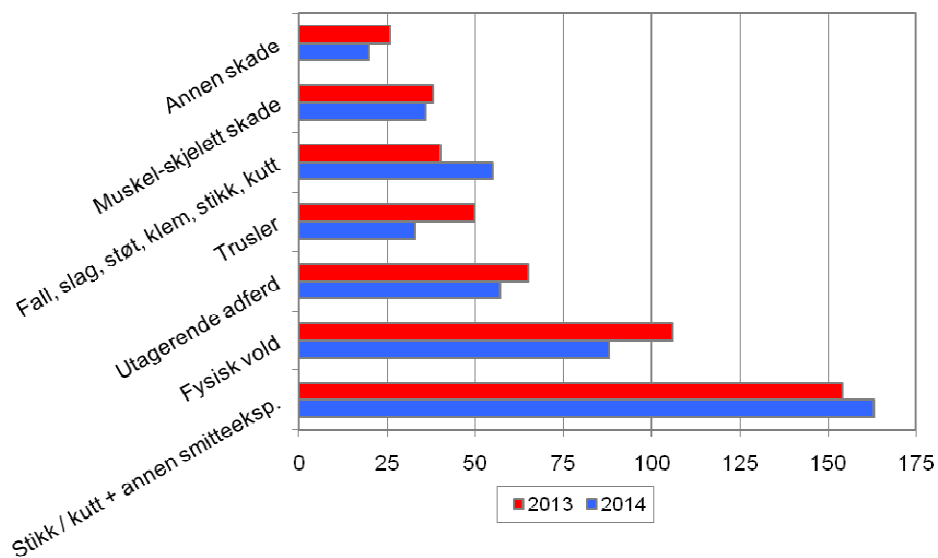
Det er 155 avvik som kunne ført til betydelig skade. De største avvikstypene her er;

- Stikk / kutt med smitterisiko (19)
- Fysisk vold (13)
- Bemanning (10)

### De hyppigst meldte HMS-avvikene

#### *Skade på ansatte*

Totalt ble det meldt 452 avvik i hovedgruppen "Skade på ansatte" i 3. tertial 2014. Det er 6 % færre enn i samme periode i 2013.



Figur 16. HMS-avvik. Kategorien "Skade på ansatt". Kilde: Achilles

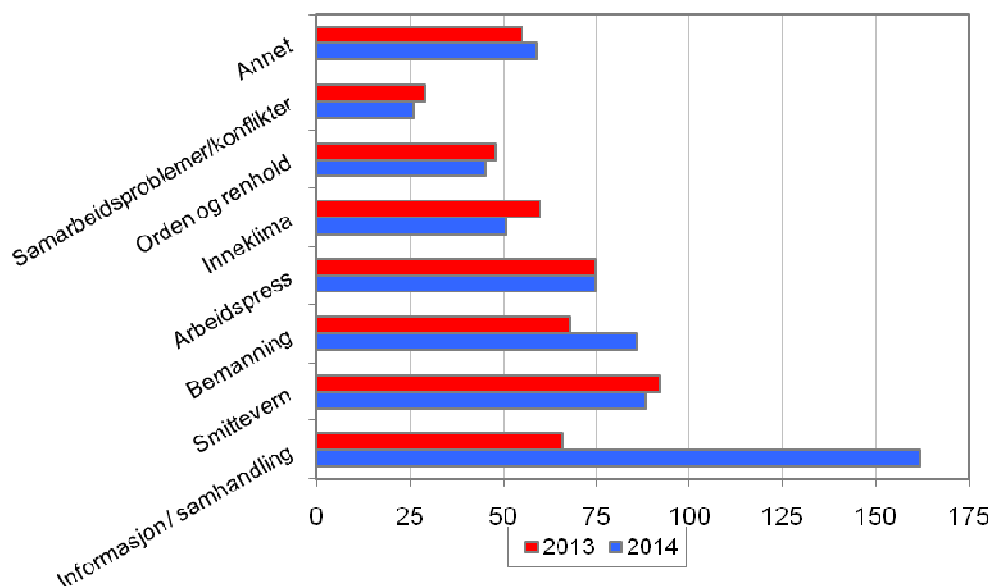
Den største avviksgruppen var "Stikk/kuttskader + Annen smitteeksponering" med 163 avvik. Hvilket er en 10 % oppgang. Stikkskadene har ofte sammenheng med feil rutineutførelse, høy arbeidsmengde og tidspress som gir risiko for flere feilhandlinger.

Nest størst var "Fysisk vold" med 88 avvik, og deretter "Utagerende adferd" med 57 avvik. Det er 15 % færre enn samme periode i 2013. Fysisk vold/trusler/utagerende adferd reflekterer til sammen et betydelig antall hendelser hvor ansatte ble utsatt for eller stod i fare for å bli skadet. Slike hendelser registreres primært innen psykiatri og rus (Klinikk psykisk helse og avhengighet), men i økende grad også i andre klinikker. Dette har sammenheng med arbeidets art. Hendelsene er en stor belastning for mange av de ansatte som regelmessig utsettes for slike forhold.

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

### Arbeidsmiljø

Totalt ble det registrert 590 avvik i hovedgruppen "Arbeidsmiljø" i 3. tertial 2014. Det er en oppgang på 20 % sammenliknet med 2013. Dette har i hovedsak sammenheng med innføringen av DIPS (se nedenunder).



Figur 17. HMS-avvik. Kategorien "Arbeidsmiljø". Kilde: Achilles

Den største avviksgruppen i 3. tertial 2014 er "Informasjon/samhandling" med 162 avvik, 250 % mer enn i tilsvarende periode i 2013. Økningen skyldes utfordringer ved innføringen av DIPS. Eksempler på avvikstitler er: Ikke svar i telefontiden, lang svartid på telefonen, mangler tilgang til DIPS, dårlig kommunikasjon, ikke informert om smitte, samtidighetskonflikt. En økning i denne type avvik var forventet i perioden.

Nest største avviksgruppe er "Smittevern" med 88 avvik, omtrent som i samme periode i 2013. Eksempler på avvikstitler er: Ukjent smittevernprosedyre, prosedyre ikke fulgt, urene instrumenter, dårlig merking av smitte, mangelfullt smitteregime, manglende informasjon om smitte, ikke smittevasket.

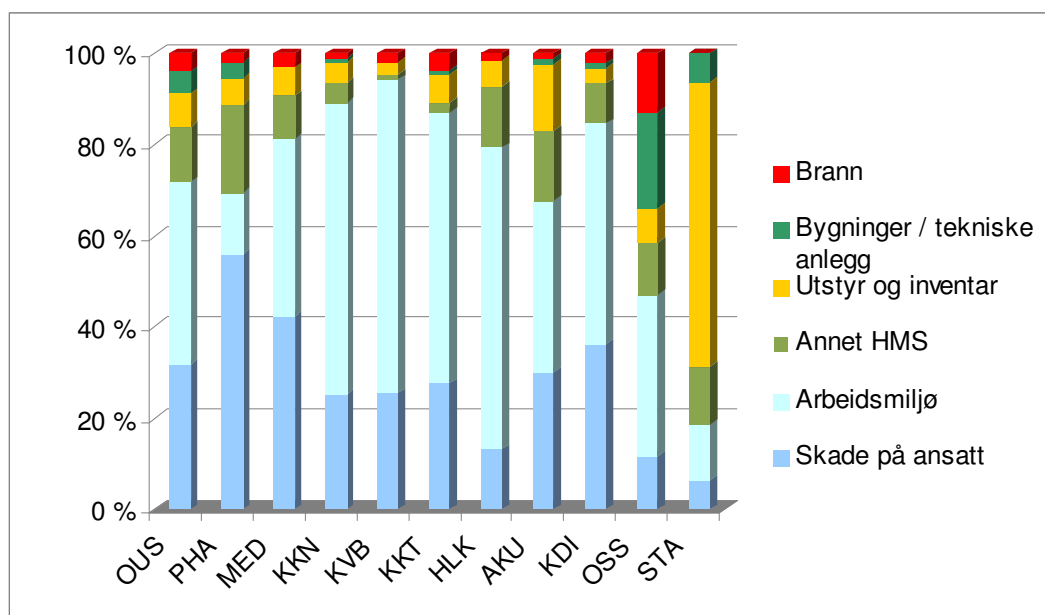
Tredje største avviksgruppe er "Bemanning" med 86 avvik – 30 % mer enn samme periode i 2013. Eksempler på avvikstitler er: Bemanning helg, personellmangel, manglende kompetanse, mangel på ressurser, samtidighetskonflikt på legesiden, for få ansatte på vakt, høy arbeidsbelastning, overtid.

Dernest følger "Arbeidspress" (75), "Inneklima" (51), "Orden og renhold" (45) og "Samarbeidsproblemer/konflikter" (26).

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

### Klinikkvis meldeprofil

Figur 18 gir en klinikkvis oversikt over hvordan HMS-avvikstypene fordeler seg på hovedkategoriene i 3. tertial 2014:



Figur 18. Fordeling av HMS-avvikstyper på hovedkategorier.

Figuren avspeiler klinikkvise forskjeller i arbeidsmiljøutfordringer, avvikskultur og meldekultur.

Tabell 28 viser de største avviksgruppene i hver klinikk.

Enhet	Avviksgrupper
Klinikk psykisk helse og avhengighet	Fysisk vold, utagerende adferd, brudd på sikkerhetsrutiner, trusler
Medisinsk klinikk	Stikkskader, bemanning, arbeidspress
Klinikk for kirurgi- og nevrofag	Informasjon/samhandling, stikkskader, inneklime
Kvinne- og barne-klinikken	Informasjon/samhandling, stikkskader, bemanning, arbeidspress
Kreft-, kirurgi- og transplantasjons-klinikken	Arbeidspress, stikkskader, informasjon/samhandling
Hjerte-, lunge- og kar-klinikken	Informasjon/samhandling, arbeidspress, bemanning
Akutt klinikken	Stikkskader, smittevern, informasjon/samhandling
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	Stikkskader, smittevern
Oslo sykehusservice	Manglende vedlikehold av bygning, inkl. tekniske anlegg, orden/renhold, informasjon/samhandling, inneklime
Direktørens stab	IT-utstyr/IT-system

Tabell 28. De største avviksgruppene i hver klinikk

### Tiltaksstatus

I 3. tertial 2014 er det opprettet 476 tiltak i avvikssystemet hvorav:

- 373 er utført/lukket
- 11 skal evalueres
- 39 under utføring
- 53 planlagt

Ovennevnte statistikk er ufullstendig. Lederne bruker ofte kommentarfeltet til å beskrive planlagte og gjennomførte tiltak.



## 8. Kommunikasjon og omdømme

### Internett

Sykehusets nettsider på Internett ([oslo-universitetssykehus.no](http://oslo-universitetssykehus.no)) skal være et sted der pasienter, pårørende, mediene, helsepersonell og andre fagfolk skal finne den informasjonen og tjenestene de trenger i sin kontakt med sykehuset. Nettsidene skal sikre at brukerne kan holde seg oppdatert og finne relevant, kvalitetssikret og tilgjengelig (helse)informasjon om sykehuset digitalt.

Oslo universitetssykehus HF er en aktiv samarbeidspartner og bidragsyter inn mot Norges offentlige helseportal [helsenorge.no](http://helsenorge.no) (Helsedirektoratet), og sitter både i operativt og strategisk redaksjonsråd. Oslo universitetssykehus HF deltar også i det nasjonale prosjektet "*Felles nettløsning for spesialisthelsetjenesten – én helseportal*", i regi av landets fire regionale helseforetak. Sykehuset bidrar særskilt i flere av prosjektets arbeidsgrupper, herunder i arbeidet for ny nasjonal standard for fremstilling av pasientforløp og kliniske studier på nett.

Perioden har vært preget med å slutføre prosjektet som har stått for utvikling av regionens nye internettløsning på Sharepoint 2013. Prosjektet anbefales nå som avsluttet. Fortsatt finnes det feil og mangler i løsningen, men i all hovedsak formidles informasjon til befolkningen på en god måte. Løsningen oppleves mer stabilt enn gammel løsning.

Opplæring av sykehusets lokale redaktører pågår kontinuerlig og det er nå totalt drøye 600 redaktører. De ansatte opplever den nye løsningen som enklere å bruke.

Sykehusets primære målgruppe er pasientene og deres pårørende. Status for fagstoffet som er publisert ved utgangen av første tertial 2014 på nettsiden er:

- 430 diagnoser
- 152 undersøkelser
- 252 behandlinger
- 1 pasientforløp

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

## Intranett

Sykehusets intranett skal være en sentral kanal for informasjon til og for medarbeiderne, og være en kanal for kulturbygging og debatt. Intranettet er også en viktig inngang til ulike systemer og verktøy i sykehuset.

I perioden har innføringa av ny elektronisk journal (DIPS) preget intranettet. Prosjektet etablerte et omfattende informasjonsløp som blant annet besto av løpende oppdaterte intranettsider.

Det ble denne høsten også etablert en egen intranettside med informasjon til helsepersonell om Ebola.

Det pågår et arbeid med å samle sykehusenes gamle interne telefonkataloger i én telefonkatalog på intranettet, slik at det blir bedre kvalitet på søk etter personer, enheter og telefonnumre. Så langt er telefonnumrene fra Rikshospitalet, Radiumhospitalet og SSE overført til den nye katalogen. Arbeidet fortsetter utover vinteren.

	Type	Antall besøk
Avvikssystemet Achilles	Verktøy	326294
E-post på tvers av sykehus og PC'er (webmail)	Infoside	77251
Felles EPJ i Oslo universitetssykehus (DIPS)	Infoside	37228
Pasientreiser	Infoside	23665
Tjenester, systemer og andre nyttige ressurser	Infoside	12497
HR og Personal	Infoside	12292
Evaluering av opplæring (DIPS)	Infoside	12062
Mat og drikke i sykehuset	Infoside	10327
Telefonkataloger OUS	Infoside	8345

Tabell 29. Mest besøkte verktøy/informasjonsider 1. september – 31. desember 2014 (antall besøk på siden)

	Type	Antall besøk
DIPS innført – slik får du hjelp i oppstartsperioden	Nyhet	5425
Oppdatert informasjon rundt sykehusets behandling av Ebola	Nyhet	5367
Siste nytt om DIPS fra EPJ-prosjektet	Nyhet	4664
Gamle telefonkataloger stenges snart	Nyhet	4621
Når døden gleder seg over å tjene livet	Nyhet	2881
Informasjon til helsepersonell om ebolasmitte	Nyhet	2747
På "Liv og død" sesong 2	Nyhet	2447
Rydd snarest!	Nyhet	2442

Tabell 30. Mest leste nyheter 1. september – 31. desember 2014 (antall besøk på siden)

## Nyhetsbrev

I perioden (september- desember) har sykehusets ledelse gitt ut to nyhetsbrev. I tillegg har klinikkene gitt ut egne nyhetsbrev:

<b>Klinikk</b>	<b>Antall nyhetsbrev</b>
Klinikk for psykisk helse og avhengighet	2
Medisinsk klinikk	4
Klinikk for kirurgi og nevrofag	2
Hjerte- lunge- og karklinikken	1
Kvinne- og barneklubben	1
Kreft- kirurgi- og transplantasjonsklinikken	1
Akuttklubben	Ingen nyhetsbrev, gir ut ukesrapporter
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	1 internt / 1 eksternt
Oslo sykehusservice	1

Tabell 31. Nyhetsbrev utgitt i klinikkene

## Informasjons- og stabskontaktmøter

Det arrangeres månedlige møter for informasjonskontaktene i klinikkene.

I tredje tertial har informasjonskontaktmøtene blant annet tatt opp følgende tema:

- DIPS-prosjektet
- Internkommunikasjonsundersøkelsen
- PasOpp-undersøkelsen
- Det nasjonale nettprosjektet
- Sentralt henvisningsmottak
- Kommunikasjonsstabens kurstilbud

For å bedre koordineringen, budskapet og bestillingene til klinikkene startet direktørens stab i november samarbeidsmøter med representanter for alle stabene.

Hensikten med stabsnettverket skal blant annet være:

- Bedre koordinering mht bestillinger, budskap og tidsfrister til klinikkene
- Spille på hverandres erfaringer
- Fremstå som mer samordnet

## Åpen dag

Fordi alle kursrom har vært forbeholdt DIPS-kurs, er det i tredje tertial kun arrangert én åpen dag for medarbeiderne i sykehuset. Dette er et tilbud der brukerne kan få bistand med ulike nettpublisering- og informasjonsoppgaver.

### Viktige besøk 3. tertial 2014:

31. oktober 2014

Statsrådene Jan Tore Sanner og Bent Høie

Besøk ved brystdiagnostisk senter - fokus på modernisering av off. sektor

Media: TV2

26. november 2014

Japan External Trade Organization - 17 gjester

Besøk ved Rikshospitalet - orientering, omvisning og besøk på Intervensjonsentret

Media: Egne; Instagram

2. desember 2014

Statsråd Bent Høie og statssekretær Anne Grethe Erlandsen

Møte med ledelsen, hovedtillitsvalgte og hovedverneombud, samt besøk til GIMS (generell indremedisinsk sengepost) i medisinsk klinikk

Media: Egne; Facebook, Twitter og Instagram

18. desember 2014

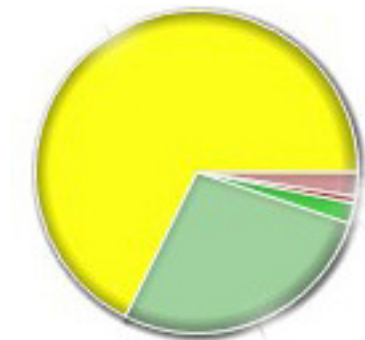
Statsråd Jan Tore Sanner

Tildeling av midler til tjenstedesign - alvorlige, psykiske lidelser

Media: TV2 / OUS Facebook, Twitter og Instagram

### I media

Oslo universitetssykehus HF har hatt 525 registrerte mediehenveler fra 1.september - 31.desember 2014 – inklusive meldinger om pasientskade. Dette er noe flere enn forrige periode, mye av dette skyldes et kraftig medietrykk i forbindelse med Ebola. I denne perioden var det imidlertid så stort trykk at en del av henvendelsene ikke ble registrert, så det reelle tallet er en del høyere. Antall saker i mediene sank noe fra 6894 i 2.tertial til 6846 i 3.tertial 2014.



Sakene i 3.tertial 2014 ble vektet slik:

- Den gule andelen viser nøytrale saker (68 %)
- De grønne andelene viser positive saker (29 %)
- De røde andelene viser negative saker (3 %)

Figur 19

Andelen svakt positive og positive saker gikk opp med syv prosent fra forrige tertial, mens andelen svakt negative og negative saker er uendret sammenlignet med forrige periode. Alle saker der sykehusets personell uttaler seg i kraft av sin ekspertise er vektet som svakt positive.

I de 216 negativt vektete sakene dominerer følgende temaer:

- Historier om kreftpasienter
- "Idéfase OUS"

I de 1996 positivt vektete sakene dominerer følgende temaer:

- Ebola
- Ekspertuttalelser
- Soppforgiftning
- "Idéfase OUS"

De 4634 nøytralt vektete sakene handler om svært mange ulike temaer. I mange av dem er sykehuset nevnt uten å spille noen sentral rolle. Omtale av skadde pasienter brakt til Oslo universitetssykehus HF (utgjør en stor andel), Ebola og også her "Idéfase OUS".

### Sosiale medier

Oslo universitetssykehus HF får stadig flere følgere på sosiale medier. Ved årsskiftet har sykehuset 2766 følgere på Facebook, 5484 på Twitter og 332 på Instagram.

Det var spesielt en kraftig økning i forbindelse med innleggelse av den ebolasmittete pasienten. Da ble sosiale medier også brukt til å informere pressen, blant annet ved innkalling til pressekonferanser.

Det har vært en del diskusjon i sosiale medier om Idéfase OUS/Campus Oslo. På slutten av året var det stor oppslutning om hyggelige julesaker.

Helse Nord har i julen kjørt en Facebookkampanje om hjerneslag. Oslo universitetssykehus HF har delt noe av denne informasjonen, og dette har også hatt mange lesere.

### Overordnede prosjekter med særlig kommunikasjonsfokus i perioden

- Opptak til TV-serien "Barneavdelingen" (20 episoder), samt opptak av TV-serien "På liv og død" – sesong 2 (åtte episoder). Begge serier i samarbeid med ITV
- Innovasjon og utvikling – søknad om støtte til utvikling av app for barn og ungdom
- Grønt sykehus
- Blodbanken – rekruttering av flere blodgivere
- EPJ-prosjektet
- Idéfase OUS/Campus Oslo:
  - Publisering av alle hørings svarene på sykehusets nettsider
  - Diverse nyhetssaker
  - Innholdsmessig og grafisk arbeid med ny, revidert rapport som leveres Styret i februar 2015

## 9. Referansetabeller

### 9.1 Eksterne tilsyn gjennomført i 3. tertial 2014

Tilsynsdato	Tilsyns-etat	Tittel tema	Org. enhet	Antall avvik gitt	Antall avvik lukket	Kommentar status	Avvik i forhold til internkontroll-krav								
							Mål, organisering, ansvar, myndighet	Arbeidstakeres kunnskap, ferdigheter, medvirkning	Brukererfaringer, medvirkning	Fare for svikt / lovbrudd, risikovurdering/-styring	Avvik, avdekke, rette opp, forebygge	Nødv. rutiner, dokumenter, dokumentstyring	Intern revisjon, gjennomgang av system	Bygg/anlegg/utstyr	
22.10.	Hesledirektoratet	Produksjon av vitamin D. analyse	Hormon laboratoriet			Ikke mottatt rapport.									
14.10.	Mattilsynet	Mottakskontroll, distribusjon, sporbarhet og tilbaketrekning samt vannkvalitet	Hovedkjøkken Ullevål	0	0	Lukket									
08.10.	Det lokale eltilsyn (netteier)	Kontroll av elektriske anlegg	Teknisk avdeling Aker	1	1	Lukket									1
08.10.	Det lokale eltilsyn (netteier)	Kontroll av elektrisk anlegg	Teknisk avdeling Aker	3	0	I arbeid. Svar sendes innen frist 01.03.15									3
08.10.	Det lokale eltilsyn (netteier)	Kontroll av elektriske anlegg	Teknisk avdeling Aker	1	0	I arbeid. Svar sendes innen frist 01.03.15									1
07.10.	Mattilsynet	Uanmeldt mattilsyn – renhold og vedlikehold	Hovedkjøkken Rikshospitalet	1	1	Lukket									1
07.10.	Mattilsynet	Uanmeldt inspeksjon – prøveuttak av ferdigretter	Hovedkjøkken Ullevål	0	0	Lukket									
06.10.	Statens legemiddelverk	GCP-inspeksjon	Øyeavdelingen	9	0	I arbeid. Svar oversendt.	1			2	2	4			
06.10.	Direktoratet for samfunnsikkerhet og beredskap	Oppfølging av DSB-tilsyn i 2012 og 2013	Oslo sykehusservice	9	0	I arbeid. Svar sendes innen frist 01.04.15	1			1	3				4
18.09.	Arbeidstilsynet	Renholdspersonalets bruk og håndtering av kjemikalier	Renhold	1	0	I arbeid. Svar oversendt.		1							
15.09.	Branntilsyn	Branntekniske og organisatoriske krav	Eiendom, Asylmottaket på Dikemark. Driftes av Norsk Folkehjelp	1	1	Lukket	1								
11.09.	Mattilsynet	Inspeksjon ved forsøksdyravdeling	OSS KPM Ullevål	0	0	Lukket									
09.09.	Hesledirektoratet	Genteknologilovens omtale av "Innesluttet bruk" i 5 klinikker	Oslo universitetssykehus HF	2	0	I arbeid. Svar sendes innen frist 16.01.15				2					
Totalt				28	3		3	1		5	5	4			10

Tabell 32. Eksterne tilsyn gjennomført i 3. tertial 2014

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

Tilsyns-dato	Tilsynsetat	Tittel - tema	Org. enhet	Antall avvik gitt	Antall avvik lukket	Kommentar - status
13.05.14	Fylkesmannen helseavd.	Systemrevisjon - forsvarlig pasientforløp	Nevrokirurgisk avdeling	2	0	Tiltak er gjennomført. Evaluering rapporteres innen 01.03.15
04.04.14	Arbeidstilsynet	Tilsyn med arbeidstid ved ulike klinikker	HR og personal			Følges opp og rapporteres i egne dialogmøter.
25.02.14	Statens strålevern	Temarettet tilsyn kardiologisk intervensjon	Hjerte-, lunge karklinikken Kard angio-lab Rikshospitalet	2	1	Apparatspesifikk opplæring er gitt og rapportert 10.11.14. Tilbakemelding foreløpig ikke mottatt.
16.12.13	Branntilsyn	Branntilsyn Søsterhjemmet. Hvilke branntekniske tiltak er gjort?	Oslo sykehusservice			Handlingsplan oversendt og iverksatt. Statusrapport oversendes innen 02.02.15.
25.11.13	Mattilsynet	Revisjon av postkjøkken	Hjerte-, lunge karklinikken Thoraxkir. intensivpost 1 Rikshospitalet	1	0	Svar gitt 19.12.14. Tilbakemelding foreløpig ikke mottatt.
29.10.13	Statens strålevern	Oppfølging av uønsket hendelse	Avdeling for kreftbehandling	2	1	Klinisk revisjon gjennomføres og dokumenteres innen 28.02.15.
01.07.13	Arbeidstilsynet	Tilsynsrapport fra statusmøte 15.06.11	Hele sykehuset	10	8	Følges opp med jevnlig dialogmøter og rapporteringer. To avvik står fortsatt på vedlikeholdsplanen og følges opp jevnlig.

Tabell 33. Eksterne tilsyn fra tidligere perioder - fortsatt under arbeid

Målgruppe: Foretaksstyret – Styresak 3/2015.

Faglig ansvarlig: Stabsdirektør Eva Bjørstad, Stab pasientsikkerhet og kvalitet

Dato: 13. februar 2015

Fil: - LGG-3- 2014 Indikatorer v31.doc

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 13. februar 2015

Saksbehandler: Viseadministrerende direktør økonomi og finans

Vedlegg: Tabellvedlegg

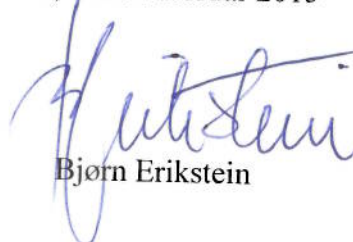
---

## SAK 4/2015 RAPPORTERING PER DESEMBER 2014

### Forslag til vedtak:

*Styret tar rapporteringen for desember 2014 til orientering.*

Oslo, den 5. februar 2015

  
Bjørn Erikstein



## 1. Sammendrag

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

- Samlet aktivitet innenfor somatikken var 0,4 prosent over aktivitetsmålet i Oppdrag og bestilling fra Helse Sør-Øst RHF. Det styrevedtatte budsjettet forutsetter imidlertid høyere aktivitet innenfor somatikken i 2014 enn måltallet fra Helse Sør-Øst RHF. Målt mot styrevedtatt aktivitetsbudsjett for 2014 var det et negativt avvik på 0,9 prosent.
- Innenfor psykisk helsevern for voksne var aktiviteten i 2014 høyere enn måltallene både for døgn- og poliklinisk virksomhet. Innenfor psykisk helsevern for barn og unge var den polikliniske aktiviteten lavere enn budsjettet, mens antall liggedøgn og utskrevne pasienter var høyere enn budsjettet.
- Det ble registrert færre liggedøgn enn budsjettet innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling, mens den polikliniske aktiviteten innenfor dette området var høyere enn planlagt.
- Det er registrert en stor økning i antall ventende, herunder langtidsventende, og ventende med fristbrudd etter overgangen til DIPS. Dette knyttes både til forhold i forbindelse med konvertering av data fra de tidligere systemene, men også til noe redusert kapasitet i forbindelse med oppstart og oppstartsproblemer knyttet til korrekt registrering i nytt system. Det arbeides nå for å redusere nivået av fristbrudd og langtidsventende. Målet er i første omgang å redusere nivået innen utgangen av februar i år ned til det som var registrert før oppstart av DIPS.
- Det økonomiske styringsmålet ble endret i foretaksmøte 19.12.2014 som følge av vesentlig lavere pensjonskostnader i 2014 enn opprinnelig lagt til grunn. Foreløpig regnskap for 2014 viser et negativt avvik i forhold til styringsmålet på om lag 25 millioner kroner. Effekt av etterregistrert aktivitet og eventuelle andre endringer frem mot endelig regnskap er ikke inkludert. Avviket utgjør 0,1 prosent av foretakets omsetning i 2014. Økonomisk resultat for desember var om lag som budsjettet.
- Antall brutto månedsverk var i desember 18 306 og i gjennomsnitt for hele 2014 var det 17 868 brutto månedsverk. Det var i gjennomsnitt for 2014 utført 610 flere månedsverk enn i 2013.
- Sykefraværet til og med november 2014 var registrert til 7,2 prosent, og sykefraværet var dermed noe lavere i forhold til samme periode i 2013 (7,5 prosent).

## 2. Administrerende direktørs vurderinger

Hovedmålene for virksomheten i Oslo universitetssykehus HF i 2014 var å fortsette reduksjon i antall langtidsventende, unngå fristbrudd og øke pasientbehandlingen innenfor de tildelte økonomiske rammer gjennom forbedret produktivitet.

DIPS ble innført som nytt pasientadministrativt system og journalsystem (PAS/EPJ) 20. oktober og teknisk sett var innføringen vellykket. Med innføringen

ble de tidligere sykehusgrensene fjernet når det gjelder tilganger til informasjon knyttet til pasientforløp inklusive felles journal og resultater fra prøvetakning og resultater av røntgenundersøkelser. Innføringen av DIPS har etter administrerende direktørs vurdering vært et viktig skritt videre for å samle Oslo universitetssykehus HF til en organisasjon i praksis. Det skal imidlertid ikke underkommuniseres at for mange brukere har omleggingen til nye arbeidsprosesser vært krevende. Dette vil bli fulgt opp i 2015 ved Fase 2 av DIPS-prosjektet hvor det vektlegges stabilisering og optimalisering av arbeidsprosessene.

Innføring av nytt PAS/EPJ har på kort sikt komplisert tolkningen av eksisterende styringsdata. De rapporterte tallene for langtidsventende har økt betydelig, og det samme har skjedd med fristbruddene. Årsakene til dette er dels av teknisk karakter ved at all informasjon ikke ble med ved konvertering av eksisterende data fra de tidligere systemene, dels knyttet til noe redusert kapasitet etter oppstart av DIPS, men gjenspeiler også en endret hverdag for mange av systembrukerne. Det er lagt ned et stort arbeid i å få bedre forståelse for både aktivitets- og ventelistedata etter at DIPS ble tatt i bruk. Administrerende direktør vil følge opp dette området tett gjennom 2015.

Administrerende direktør er svært fornøyd med at Oslo universitetssykehus HF for 2014 rapporterte et resultat svært nær det økonomiske styringsmålet, for første gang siden etableringen av Oslo universitetssykehus HF i 2009. Driften av virksomheten i 2014 har imidlertid på mange områder vært svakere enn opprinnelig lagt til grunn, mens salg av eiendom og andre forhold som ikke kan tilskrives inneværende års drift har isolert sett gitt positive bidrag til det økonomiske resultatet. Veksten i ressursbruken var i 2014 klart høyere enn det som er forenlig med målene fra økonomisk langtidsplan. Budsjettet for 2015 er svært krevende, og det er derfor grunn til bekymring knyttet til sykehusets utgangsfart fra 2014.

Administrerende direktør er fornøyd med at aktiviteten innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i 2014 var bedre enn budsjettet for mange av indikatorene. Innenfor somatikken økte imidlertid aktiviteten fra 2013 til 2014 noe mindre enn lagt til grunn i klinikkenes budsjetter. Det har vært arbeidet for å lukke avvik i forhold til budsjett, både for å sikre at helseforetaket leverer det omfang av tjenester som er forutsatt i budsjettet, men også for å sikre de resultatene som er lagt til grunn for budsjettet mht økonomi og produktivitetsforbedring. Det arbeides videre med bedre kapasitetsutnyttelse og økt aktivitet i 2015.

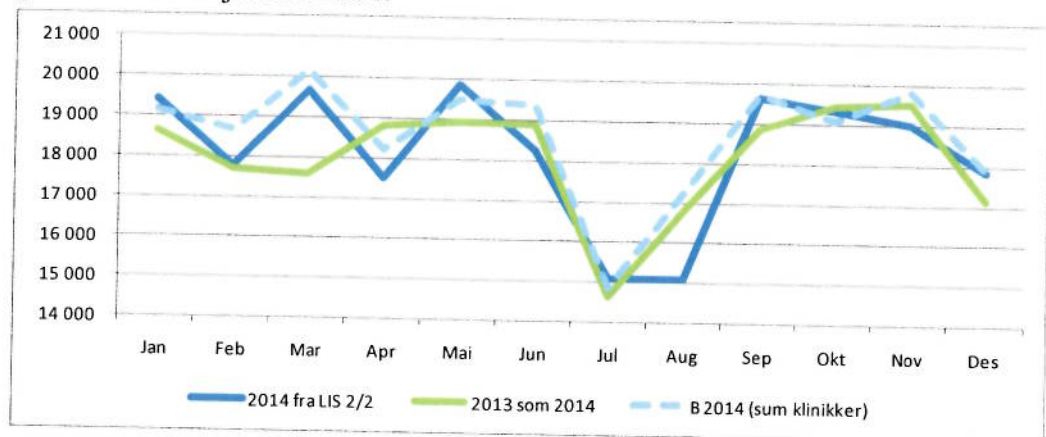
### **3. Pasientbehandling**

#### **3.1. Aktivitet somatikk**

Antall rapporterte DRG-poeng per 20. januar var for 2014 om lag som måltall satt i Oppdrag og bestilling fra Helse Sør-Øst RHF. Internt var det imidlertid et negativt avvik på om lag 1,3 prosent som følge av at det var budsjettet med en noe høyere aktivitet internt enn det som følger av oppdragsdokumentet.

Det har vært betydelig etterregistrering av aktivitet etter ferdigstilling av foreløpig regnskap. Etterregistreringen utgjør om lag 800 DRG-poeng.. Inkludert etterregistrering er aktiviteten i 2014 0,4 prosent høyere enn måltall satt i Oppdrag og bestilling og 0,9 prosent lavere enn interne måltall.

Målt i antall DRG-poeng inklusive etterregistrering økte aktiviteten innenfor somatikken med 0,9 prosent i 2014. Figuren under viser antall DRG-poeng per måned i 2013 (2013 fremstilt med 2014-logikk og vekter) og 2014, samt periodisert budsjett for 2014.



Samlet var aktiviteten i 2014 0,9 prosent høyere enn i 2013. Økningen var størst i 1. tertial, mens det var en reduksjon i 2. tertial, og da særlig i august hvor aktiviteten var betydelig lavere enn samme periode forgående år, og lavere enn lagt til grunn i budsjettet. Dette har blant annet sammenheng med at det ble avvirket relativt mye ferie i sommerferieperioden for å unngå ferieavvikling parallelt i tid med innføring av DIPS og at opplæring av instruktører startet 1. august. Aktiviteten i siste tertial 2014 var om lag 800 DRG-poeng høyere enn i 2013. Tallene for aktiviteten i siste tertial tyder på at aktiviteten kun i mindre grad ser ut til å ha vært påvirket av innføringen av DIPS i oktober 2014. Innføringen av DIPS var imidlertid i noen grad hensyntatt i det periodiserte budsjettet for 2014. I desember er det etterregistrert mye aktivitet for resten av 3. tertial, og da særlig for november. Det relativt store omfanget av etterregistrering inn mot endelig rapportering til NPR (primo februar) skyldes trolig innføringen av DIPS, først og fremst pga endrede rutiner og tilganger for registrering og kvalitetssikring av utført aktivitet. Det har blant annet langt ute i januar vært et stort antall opphold som ikke var ferdig kodet (DRG470), og mulighetene for kvalitetssikring av riktigheten av kodingen har vært vanskelig som følge av begrensede tilganger og endret arbeidsflyt/arbeidsdeling mellom yrkesgrupper. Det vil nå gjennomføres en evaluering av arbeidet med kvalitetssikring av aktivitetsdata for 3. tertial. Målet er at registrering av aktivitetsdata skal være mer komplett hver måned.

Gjennom 2014 har sykehusledelsen igangsatt flere tiltak for å sikre et aktivitetsnivå som planlagt i tillegg til nedgang i antall fristbrudd, avvikling av langtidsventende og en generell reduksjon i ventetid til vurdering, utredning og behandling. Tiltakene har gitt noe effekt gjennom 2014 frem til innføring av DIPS 20. oktober, mens mange av tiltakene først vil gi full effekt i 2015.

Det var i 2014 vesentlige variasjoner mellom de somatiske klinikkene når det gjelder aktivitetsavviket (forskjellen mellom budsjett/plantall og realisert aktivitet). Nedenfor gis en kortfattet oversikt:

Medisinsk klinikk hadde i 2014 en aktivitet som var om lag 2,2 prosent lavere enn budsjettet og noe økt fra 2013. Avviket i forhold til budsjett skyldtes blant annet at det ble gjennomført 15 færre tracheostomier enn budsjettet, omlegging av pasientforløp fra døgn til dag og noe redusert aktivitet i forbindelse med innføringen av DIPS.

Klinikk for kirurgi og nevrofag hadde i 2014 1,9 prosent lavere aktivitet enn budsjettet selv om klinikkens samlede aktivitet økte med om lag 1,6 prosent fra 2013. Avviket i antall DRG-poeng var størst innenfor Plastikk-kirurgisk avdeling hvor det var mangel på operasjonssykepleiere/operasjonsstuetilgang og Ortopedisk avdeling hvor tiltak for å øke antall operasjoner og poliklinisk aktivitet ikke ble gjennomført som forutsatt i budsjettet.

Kvinne- og barneklinnkens aktivitet var i 2014 1,7 prosent lavere enn budsjettet og 1,3 prosent høyere enn i 2013. Nyfødtintensiv avdeling hadde vesentlig lavere aktivitet enn planlagt i 2014, mens Barneavdeling for nevrofag hadde relativt høy aktivitet. Antall fødsler i 2014 endte 1 prosent over plan. Isolert for desember var klinikkens aktivitet hele 12 prosent lavere enn planlagt. Det var lav aktivitet i de fleste avdelinger i desember. Deler av avviket skyldtes mindre økning i pasienter innenfor aldersgruppen 16-18 år enn planlagt.

Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken hadde i 2014 en aktivitet som var 1,2 prosent over budsjettet nivå. Klinikkens samlede aktivitet økte med 1,8 prosent fra 2013. Avdeling for blodsykdommer hadde en økning på 15 prosent, mens Avdeling for revmatologi, hud og infeksjonssykdommer registrerte en aktivitetsvekst på 5 prosent. For de øvrige avdelingene var det mindre endringer.

Hjerte-, lunge- og karklinikken hadde i 2014 om lag 3,1 prosent lavere aktivitet enn budsjettet og noe lavere enn i 2013. Avvik i forhold til budsjett var størst ved Thoraxkirurgisk avdeling (TKA) og Kardiologisk avdeling. Ved TKA var aktiviteten både lavere enn budsjettet og lavere enn i 2013. Hovedårsaken til dette var redusert pasienttilgang til åpen hjertekirurgi og nedgang i antall lungeoperasjoner. Ved Kardiologisk avdeling var aktiviteten i 2014 om lag 400 DRG-poeng høyere enn i 2013, men tilsvarende lavere enn budsjettet. I budsjettet for 2014 var det planlagt økning med to nye senger og reåpning av et laboratorium tidlig i året. Laboratoriet kom først i drift i september. Etter det har avdelingens aktivitet vært som budsjettet.

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

Innenfor voksenpsykiatrien ble det i 2014 skrevet ut 339 flere pasienter (22,0 prosent) enn plantall, og antall liggedøgn var 3,5 prosent (2 492 liggedøgn) høyere enn budsjettet. Sammenlignet med 2013 økte antall utskrevne pasienter med 140 (8,0 prosent), mens antall liggedøgn døgnbehandling ble redusert med 5 096. En stor del av reduksjonen i antall liggedøgn (4 671 døgn) fra 2013 skyldtes

avvikling av kjøp av døgnplasser fra private. Antall polikliniske konsultasjoner ble 2,7 prosent (2 127 konsultasjoner) høyere enn plantall, men 1,5 prosent (1 223 konsultasjoner) lavere enn i samme periode 2013.

Den polikliniske aktiviteten innenfor barne- og ungdomspsykiatrien ble i 2014 7,6 prosent (3 728 konsultasjoner) lavere enn plantall. Sammenlignet med 2013 var det en reduksjon i antall polikliniske konsultasjoner med 658 (1,4 prosent). Årsakene til avviket var vakante stillinger, spesielt blant spesialistene, i enkelte enheter. I tillegg hadde enkelte enheter flere langtidssykemeldte som avdelingen ikke har klart å erstatte med kvalifiserte vikarer. Overgangen til DIPS (fra BUP-data) var særlig krevende innenfor Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling. Dette knyttes både til teknisk infrastruktur, tilgangsproblemer for behandlere, manglende enheter i organisasjonsoppsettet i DIPS og opplæring. På bakgrunn av dette er det mulig at ikke all aktivitet er registrert og rapportert. Det arbeides aktivt med å bedre pasientflyten og øke antall refusjonsberettigede konsultasjoner.

Gjennom 2014 har det vært stor pågang og overbelegg innenfor døgnvirksomheten, særlig ved Ungdomsseksjonen. Tiltak for å bedre kapasiteten er under vurdering. Dette 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 redusert øvrig poliklinisk aktivitet. Ut over dette var Front-teamets aktivitet i 2014 høyere enn lagt til grunn i budsjettet.

Innenfor TSB (tverrfaglig spesialisert rusbehandling) ble det i 2014 skrevet ut 193 flere pasienter (6,7 prosent) fra døgnbehandling enn plantall, en økning på 236 utskrivninger (8,3 prosent) fra 2013. For antall liggedøgn var det likevel i 2014 et negativt avvik i forhold til budsjett på 10,2 prosent (2 815 liggedøgn). Avvikene for døgnvirksomheten skyldtes lav innsøking. Klinikken arbeider med tiltak for å øke innsøkningen og tiltak for å sikre at pasientene gjennomfører behandlingen.

Antall polikliniske konsultasjoner innenfor TSB ble i 2014 7,0 prosent (740 konsultasjoner) høyere enn budsjettet, hvilket er en økning på 34,8 prosent (2 917 konsultasjoner) fra 2013. Fra oktober var det en økning i antall rapporterte polikliniske konsultasjoner som i stor grad fulgte av gjennomførte tiltak for å lydisolere alle kontorene ved Seksjon for ruspoliklinikker på Ullevål.

Avdelingen arbeider 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 pasienter og å nå ut til brukere som ikke selv oppsøker hjelp har vært høyt prioritert. Fra 1. september ble det etablert et nytt tilbud "Uteteam ung". Teamet har et stort nettverk av samarbeidspartnere og fokus på pasienter som faller mellom andre tilbud og som ikke har klart å gjennomføre andre behandlingstilbud. Ut over dette er mer individuelt tilrettelagte og differensierte behandlingsforløp viktige virkemidler for å legge til rette for økt oppmøte i behandling og økt gjennomføring av planlagte behandling.

### 3.3. Ventelisteutvikling

På bakgrunn av usikkerhet til ventelistedata etter oppstart av DIPS 20. oktober ba

Oslo universitetssykehus HF om at ventelistetall ikke skulle publiseres av Norsk pasientregister før endelige årsdata for 2014 foreligger i februar 2015.

Det er lagt ned mye arbeid i å forstå konsekvensene av regler benyttet i forbindelse med konvertering av data fra de tidligere løsningene (PasDoc, DIPS Aker og aktuelle BUP-filer), sikre riktig løpende bruk av DIPS, herunder nødvendige tilganger for brukere på klinikk/avdeling og å finne gode prosesser for rydding i data, for å kunne presentere korrekte ventelistedata for Oslo universitetssykehus HF.

Tabellen under viser antall fristbrudd og langtidsventende før DIPS ble tatt i bruk 20. oktober og per 31. desember.

	Per 17/10	2014 per 31/12 (3/2)
Sum fristbrudd	1 015	1 913
Sum langtidsventende	1 927	2 605

Hovedårsakene til endring i ventelistedata (inkl fristbrudd og langtidsventende) etter oppstart av DIPS er først og fremst følgende forhold:

- Ved konvertering av data fra de tidligere løsningene ble det besluttet at ikke alle data kunne konverteres slik de tidligere var rapportert. For å unngå tolkningsfeil ved konvertering til DIPS var det noe informasjon som derfor ble besluttet gjennomgått manuelt i etterkant av oppstart. Etter manuelle gjennomganger av data er noe av dette nå rettet maskinelt mens det fortsatt gjenstår noe som må gjennomgås og korrigeres manuelt.
- Sykehuset har hatt noe redusert kapasitet etter oppstart av DIPS, særlig ved poliklinikkene.
- Det har vært oppstartsproblemer i bruk av DIPS: Elektronisk arbeidsflyt medfører endrede arbeidsprosesser og ny arbeidsdeling mellom yrkesgrupper som igjen krever at brukerne fyller ut alle felt i DIPS både i riktig rekkefølge og til rett tid.
- Det er manglende informasjon om pasienter viderehenvist fra andre helseforetak. Konsekvensene av dette har blitt større etter overgang til DIPS enn tidligere som følge av endret arbeidsdeling fra tidligere PAS/EPJ til DIPS.

Det er ikke mulig å si hvor mye av endringene som kan knyttes til de enkelte punktene ovenfor. Den store økningen i antall fristbrudd og langtidsventende tilsier imidlertid at forholdene knyttet til konverteringen av data har vært en viktig faktor.

Det er arbeidet for å sikre at årsfilen for 2014 som ferdigstilles 3. februar 2015 har god kvalitet slik at ventelistedata fra Oslo universitetssykehus HF kan publiseres nasjonalt for 2014. Sykehusets vurdering er at det ikke lenger er grunnlag for å be om at de ikke publiseres selv om det fortsatt vurderes å være behov for rydding i data. Kvalitetssikring av ventelistedata vil være et kontinuerlig arbeid som gis ekstra prioritet i tiden fremover, også gjennom arbeidet med DIPS Fase 2.

Oslo universitetssykehus HF har vedtatt en kortsiktig plan om å redusere fristbrudd og langtidsventende minst til samme nivå som før overgang til DIPS innen utgangen av februar. Status vil deretter bli vurdert på nytt primo mars, og det vil etter det bli laget en plan for resten av 2015. Målet for dette arbeidet i 2015 er null fristbrudd.

Arbeidet med å redusere fristbrudd og langtidsventende omfatter tiltak på flere områder:

- Maskinell retting av data konvertert fra gammelt til nytt PAS
- Linjeledere skal ha plan for reduksjon av andel fristbrudd og langtidventene for alle fagområder
- Timebok med definerte ressurser minst 12 måneder frem i tid
- Det skal gis time ifm bekreftelse på at henvisning er mottatt
- God pasientoppfølging via oppfølging av styringsdata og ventelistedata knyttet til frister som forfaller
- Korrekt bruk av venteliste-brev og pasientinformasjon
- Økende fokus på sanntidsregistrering (ankomstregistrering og ventetid slutt)
- God organisering av arbeidsflyt mellom leger og merkantilt personell
- Fortsette arbeidet med identifisering av organisatoriske flaskehals/kapasitetsutfordringer som hindrer effektiv flyt i behandlingstilbud
- I økende grad benytte Fritt sykehusvalg og viderehenvise til avtalespesialister og private leverandører
- Regelmessige statusoppdateringer til bruk for resultatmåling og vurdering av videre fremdrift i arbeidet
- Sykehusledelsens oppfølging ukentlig, månedlig og tertialvis
- Opplæringsplan i korrekt bruk av DIPS
- Opplæringsplan i kvalitetssikring av ventelistedata i DIPS
- Implementere regionale prosedyrer og brukerveiledninger
- Håndtering av henvisning og venteliste er tatt inn i revisjonsplan for 2015

Det er etablert felles verktøy for gjennomføring av rydding og ajourhold av ventelister. Regional prosedyre som beskriver praksis for viderehenvisninger mellom HF'ene vil bli fulgt opp internt for å sikre at prosedyren etterleves og at informasjon om viderehenviste pasienter blir registrert riktig i DIPS. Status for reduksjon av fristbrudd og langtidsventende har vært tema i administrerende direktørs tertialvise møter med klinikk- og avdelingsledere (Ledelsens gjennomgang) som ble gjennomført i uke 5.

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

I forbindelse med innføringen av DIPS som PAS/EPJ i Oslo universitetssykehus HF ble det innført et sentralt henvisningsmottak i foretaket. Dette skulle sikre "en dør inn" for alle henvisninger og rask elektronisk videreformidling til aktuelle avdeling og tilrettelegge for at foretaket i fremtiden kan motta elektroniske henvisninger. En av målsettingene med etablering av sentralt henvisningsmottak var også å få vurderingstiden ytterligere ned. Etter oppstart av DIPS økte

imidlertid gjennomsnittstid fra mottak av henvisning til vurdering av henvisning var utført betydelig. Fra januar til september 2014 rapporterte helseforetaket en gjennomsnittstid fra mottak av henvisning til vurdering var utført på 5-6 dager. Etter oppstart av DIPS i oktober økte gjennomsnittstiden til 11 dager, men ble i desember redusert til 9 dager. Sykehuset har som klart mål at gjennomsnittstiden fra mottak av henvisning til vurdering av henvisningen er fullført reduseres ytterligere de neste månedene, i første omgang ned til samme nivå som før innføringen av DIPS 20. oktober 2014 eller lavere..

### **3.5. Pasienten får bekreftelse og tidspunkt for behandling i samme brev**

Oslo universitetssykehus HF arbeider for at flest mulig pasienter får informasjon om time for utredning/behandling samtidig som det gis informasjon om vurderingen av henvisningen. Dette ble i desember rapportert for første gang etter innføring av DIPS fra 20. oktober 2014.

I gjennomsnitt for november og desember fikk om lag 48 prosent av de henviste pasientene timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning.

I forbindelse med arbeidet med opplæring og kompetanseheving knyttet til håndtering av henvisninger og ventelister er det et mål at flest mulig pasienter skal få tidspunkt for helsehjelp sammen med informasjon om henvisningsvurderingen. Videre bredding av timebøker minst 12 måneder fremover i tid vil muliggjøre en positiv utvikling på dette området.

### **3.6. Andel korridorpasienter**

For 2014 er målet at det ikke skal være korridorpasienter. Andelen korridorpasienter i 2014 var 0,9 prosent og på samme nivå som i 2013.

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

### **3.7. Utskrivningsklare pasienter**

#### *Somatikk*

Det ble i 2014 rapportert 258 utskrivningsklare pasienter (864 liggedøgn). Andelen liggedøgn for utskrivningsklare pasienter var 0,2 prosent. I 2013 var andelen liggedøgn for utskrivningsklare pasienter innenfor somatikken 0,3 prosent.

#### *Psykisk helsevern for voksne*

Det ble i 2014 rapportert 190 utskrivningsklare pasienter (4 563 liggedøgn). Andelen liggedøgn for utskrivningsklare pasienter var 6,2 prosent. I 2013 var andelen liggedøgn for utskrivningsklare pasienter innenfor psykisk helsevern 4,4 prosent.

#### *Tverrfaglig spesialisert rusbehandling*

Det ble i 2014 rapportert 26 utskrivningsklare pasienter (407 liggedøgn). Andelen



liggedøgn for utskrivningsklare pasienter er 1,6 prosent. I 2013 var andelen liggedøgn for utskrivningsklare pasienter innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling 1,5 prosent.

#### 4. Økonomi

##### 4.1. Resultat per desember

Resultatkravet for Oslo universitetssykehus HF ble endret av foretaksmøtet 19. desember 2014 som følge av at nye forhold medførte vesentlig lavere pensjonskostnader i 2014 enn lagt til grunn i budsjettet. For 2014 var det budsjettet med en pensjonskostnad på 2 248 millioner kroner, mens denne nå er redusert til 389 millioner kroner i foreløpig årsregnskap. Samtidig har sykehusets faste inntekter (basisrammen) blitt redusert med 624 millioner kroner. Foretaksmøtet vedtok dermed et økonomisk resultatkrav om et overskudd for 2014 på 1 236,5 millioner kroner eller bedre mot opprinnelig krav til et null-resultat eller bedre. Kommentarene nedenfor til det økonomiske resultatet etter desember er forhold til nytt styringsmål og nye pensjonskostnader. Utover det er kommentarene i forhold til opprinnelig styrevedtatt budsjett.

Det **økonomiske resultatet** for Oslo universitetssykehus (foretaksgruppen) viser etter desember – foreløpig årsregnskap – et regnskapsmessig overskudd på 1 211,7 millioner kroner mot et styringsmål på 1 236,5 millioner kroner. Dette gir et negativt økonomisk avvik for 2014 på 24,8 millioner kroner. Etter november rapporterte Oslo universitetssykehus HF et negativt avvik i forhold til budsjett på 22,4 millioner kroner, slik at resultatet for desember isolert sett var om lag i balanse.

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

- På samme måte som tidligere år er arealbruk sett opp mot balanseførte verdier gjennomgått for å identifisere eventuelle resultatmessige konsekvenser av endret arealbruk i 2014. Det er på bakgrunn av dette foretatt en nedskrivning av anleggsmidler med 43 millioner kroner i regnskapet for 2014. Dette knyttes vesentlig til redusert bruk av arealer på Dikemark.
- Avsetning for forpliktelser er vurdert på nytt. Tidligere avsetning for forpliktelser i forbindelse med etableringen av Rikshospitalet HF i 2002 er løst opp, noe som isolert sett bedrer resultatet med 29 millioner kroner.
- Gevinst fra salg av eiendom (inkludert Barnehavebygg AS) med 51 millioner kroner.
- Positivt avvik for netto finans på 24 millioner kroner, hvorav 5 millioner kroner skyldes høyere bidrag fra sykehusets aksjeselskaper enn budsjettet.
- Avskrivningene ble 16 millioner kroner lavere enn budsjettet, først og fremst på grunn av av noe forsinket gjennomføring av investeringer.
- Etterfakturering av kurdøgn innefor psykisk helsevern for voksne for 2013 bidro isolert sett 25 millioner kroner. Etterfaktureringen skyldtes at omorganisering av klinikken i 2013 hadde medført at enkelte inntekter ikke lenger ble fakturert inntil forholdet ble oppdaget medio 2014.
- I tillegg har avklaring av enkelte andre forhold fra 2013 bidratt med en positiv nettoeffekt i 2014.

Samlet bidro dermed forhold som ikke direkte er knyttet til gjennomføringen av virksomheten til å bedre det økonomiske resultatet (netto) med over 100 millioner kroner i 2014. Det er da sett bort fra forholdene knyttet til pensjon, jf omtale ovenfor.

Regnskapet for **sum driftsinntekter** viser et positivt avvik på 372 millioner kroner (justert for redusert basis knyttet til reduksjon i pensjonskostnader). Øremerkede inntekter er 160 millioner kroner høyere enn budsjettet, og avvik knyttet til sum driftsinntekter for øvrig var dermed om lag 210 millioner kroner. De største avvikene på driftsinntekter for ordinær drift omfatter følgende:

- Gevinst fra salg av eiendom med 51 millioner kroner.
- Høy aktivitet innenfor Avdeling for medisinsk genetikkk gav 57 millioner kroner i høyere polikliniske inntekter enn budsjettet i 2014.
- Inntekter for gjestepasienter ble 55 millioner kroner høyere enn budsjettet, hoveddelen innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.
- Refusjon for utleie av personell til DIPS-innføringsprosjektet mv var 86 millioner kroner (av tekniske årsaker var dette ikke budsjettet).
- Lavere inntekter som følge av at aktiviteten innenfor somatikken ble 0,9 prosent lavere enn interne måltall så langt i 2014. Høyere inntekter enn budsjettet for selvbetalende pasienter.
- Effekt av redusert enhetspris per DRG-poeng er inkludert med om lag 18-20 millioner kroner.

**Sum driftskostnader** viser en merkostnad i forhold til budsjett på 421 millioner kroner (justert for reduserte pensjonskostnader). Av dette kan 160 millioner kroner relateres til prosjekter med øremerket finansiering. Det øvrige merforbrukes skyldes høyere kostnader enn budsjettet blant annet på følgende områder:

- Lønnskostnader knyttet til personell som ble frikjøpt av DIPS-prosjektet med om lag 86 millioner kroner (tilsvarende inntekt, jf omtale ovenfor).
- Kostnader til innleie av helsepersonell var 120 millioner kroner høyere enn budsjettet.
- Konserninterne gjestepasientkostnader var 24 millioner kroner høyere enn budsjettet og kjøp av private helsetjenester 29 millioner kroner høyere enn budsjettet (om lag 7 millioner kroner av dette knyttes til feilfakturering av gjestepasientkostnader for pasienter fra Sagene bydel i 2013).
- Avskrivninger og andre driftskostnader var lavere enn budsjettet.

Avviket for sum driftskostnader inkluderer også enkelte andre forhold som ikke var budsjettet i 2014:

- Nedskrivning av anleggsmidler med 43 millioner kroner.
- Kostnader i forbindelse med ebola-innsatsen er inkludert i resultatet med 5,4 millioner kroner.

Det foreløpige regnskapet viser at **netto finans** bidro positivt med om lag 24 millioner kroner i 2014 i forhold til budsjetterte finansinntekter og -kostnader.

Endelig regnskap sendes Helse Sør-Øst RHF 2. mars. Det er fortsatt enkelte poster i regnskapet for 2014 som ikke er endelig avsluttet. Dette gjelder blant annet etterkoding av pasientbehandling fra mot innsendelse av endelig aktivitetsgrunnlag for 2014 til Norsk Pasientregister 3. februar, endelige pensjonskostnader og andre forhold (fakturaetterslep mv) for å sikre riktig periodisering av inntekter og kostnader i årsregnskapet. Effekt av etterkoding av aktivitet innenfor somatikken anslås å utgjøre om lag 20 millioner kroner. Det må forventes også andre endringer frem mot ferdigstilling av endelig årsregnskap for 2014.

#### Avvik for ulike inntekts- og kostnadstyper

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

Kostnad / inntekt i mnok	Per desember 2014			
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Kommentarer
Basisramme	10 537	11 152	-615	Avviket knyttes til tilleggsbevigning som kompensasjon for reduserte takster for PET-analyser og reduksjon pga pensjonsendring.
Aktivitetsbaserte inntekter	7 215	7 161	54	De totale aktivitetsbaserte inntektene er høyere enn budsjettert. Det er noe lavere aktivitet enn budsjettert ved de somatiske enhetene, mens gjestepasientinntekter innen psykisk helsevern er høyere enn budsjettert. Inntekt knyttet til budsjettert meraktivitet er budsjettert under Andre inntekter med omlag 5 mnok per måned. Estimert tap knyttet til avregningsutvalgs sak ang. flere konsultasjoner samme dag og feil rapportert utførende helsepersonell, inngår i resultatet med om lag 25,5 mnok.
Andre inntekter	2 117	1 808	309	Refusjon for legemiddelet lpiiumab med 38 mnok, refusjon for frikjøp til DIPS-prosjektet med om lag 86 mnok (gir tilsvarende økt lønnskostnad) og gevinst ved salg av eiendom med 51 mnok, bidrar til positivt avvik. Høyere inntektsføring av øremerkede tilskudd bidrar også positivt, mens lavere aktivitet enn budsjettert (inntekt for budsjettert meraktivitet er budsjettert under andre inntekter), bidrar negativt. I tillegg er det flere små negative og positive avvik, som samlet gir en merinntekt på om lag 309 mnok.
<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>19 869</b>	<b>20 120</b>	<b>-252</b>	
Lønn- og innleiekostnader	12 251	13 885	1 634	For de samlede lønns- og innleiekostnadene er det et mindreforbruk på om lag 1.634 mnok (tilsvarende 11,8 %). Holdes reduksjonen i pensjonskostnad utenom er det et negativt avvik på 226 mill kroner. Av dette utgjør merforbruk for innleie 120 mnok. Lønn til fast ansatte har et positivt avvik på om lag 52 mnok, mens refusjoner har et positivt avvik og bidrar til å redusere merforbruket. Høyere lønnskostnader enn budsjettert for øremerkede midler utgjør om lag 125 mnok (gir også tilsvarende positivt avvik på inntektene). Som følge av regnskapsmessige endringer er pensjon bokført med betydelig lavere kostnad enn budsjettert og gir isolert et positivt avvik på 1.860 mnok.
Varekostnader	2 745	2 579	-166	Varekostnadene er om lag 165 mnok høyere enn budsjettert. I bokførte varekostnader inngår kostnader til behandling av pasienter med tettekkreft med legemiddelet lpiiumab med 38 mnok. Dette er kostnader som refunderes fra Helse Sør-Øst RHF (merinntekt inngår i andre driftsinntekter). Kjøp av konserninterne helsejenester er noe høyere enn budsjettert (24 mnok) og er i all hovedsak innen VOP og TSB. Høye kostnader til biologiske legemidler og kjøp av behandling i utlandet bidrar også til negativt avvik.
Andre driftskostnader	3 665	3 636	-28	Avskrivningene er noe lavere enn budsjettert (16 mnok). Faktiske avskrivninger henger sammen med tidspunkt for ibrugging. Nedskrivning av bygg på Dikemark bidrar med en ikke budsjettert kostnad på 43 mnok. I avvik for andre driftskostnader inngår også merkostnader knyttet til pasientreiser, vedlikehold av bygg mv. Tilbakebetaling fra Sykehuspartner fra 2013 (for mye fakturert) inngår også med 5,5 mnok og bidrar positivt, sammen med lavere energikostnader. Utover dette er det små avvik på flere poster som gir en total merkostnad på 28 mnok.
<b>Sum driftskostnader</b>	<b>18 661</b>	<b>20 100</b>	<b>1 439</b>	
<b>Driftsresultat</b>	<b>1 208</b>	<b>21</b>	<b>1 188</b>	
Netto finans	-4	21	-24	Det positive avviket skyldes lavere rentekostnader enn forutsatt i budsjettet og positivt bidrag fra dattersekskapene.
<b>Resultat</b>	<b>1 212</b>	<b>-0</b>	<b>1 212</b>	
<b>Avvik mot styringsmål</b>	<b>-25</b>	<b>-</b>	<b>-25</b>	

Formålet med Helse Sør-Øst RHF) og klinikkens avvik.

#### 4.2. Gjennomføring av tiltak 2014

Klinikkene jobber kontinuerlig med å finne områder som kan bedre driften, blant annet fordi driften i 2014 var svakere enn planlagt på en rekke områder. Som en del av budsjettinnmeldingen for 2014 rapporterte klinikkene inn noen områder med spesiell innsats/tiltak. Gjennomføringen av over 300 enkelttiltak rapporteres og følges opp månedlig. Dette kommer i tillegg til klinikkens arbeid med løpende driftsforbedringer. Det kan være vanskelig å beregne effekten av enkelte av tiltakene slik at rapporteringen kun gir en indikasjon om status for gjennomføringen av planlagte endringer.

Klinikkene rapporterer en samlet verdi av gjennomførte tiltak i 2014 på 149 millioner kroner og 44 årsverk. Dette gir en akkumulert gjennomføringsgrad på nærmere 60 prosent.

Det er variasjon mellom klinikkene både knyttet til ambisjonsnivået for planlagte tiltak og for faktisk realiserede tiltak. Avvik per klinikk fremkommer av tabellvedlegget. Tiltakene kan også grupperes i ulike kategorier på tvers av klinikkene og gjennomføringsprosenten varierer, som det fremkommer av tabellen under mellom de ulike kategoriene.

Tiltakskategori	Budjettert effekt (1000 kr)	Realisert økonomisk effekt (i 1000 kr)	Gjennomføringsgrad i %
Klinikkovergripende tiltak for driftsendring	3 939	1 639	42 %
Planlegging poliklinikk	1 088	497	46 %
Sengeposter; Norm og planlegging og samdrift	48 302	19 321	40 %
Gjennomføring av operasjonsaktivitet (kirurgi)	15 537	14 473	93 %
Vaktordninger og kjøp av legetid	26 788	10 293	38 %
Økt aktivitet uten tilsvarende økning i ressursbruk	51 932	18 697	36 %
Legers tidsbruk (vaktordninger mv)	2 200	2 200	100 %
Innkjøp	33 757	21 188	63 %
Samarbeid med andre foretak og Oslo kommune	3 040	2 260	74 %
Annet	67 693	59 311	88 %
<b>Totalt</b>	<b>255 246</b>	<b>149 878</b>	<b>59 %</b>

I kategorien Annet inngår flere tiltak innenfor Oslo sykehusservice og Klinikk for diagnostikk og intervensjon som ikke direkte er rettet mot pasientbehandling. Disse klinikkene har som tidligere år hatt en høy gjennomføringsprosent. Klinikk for kirurgi og nevrofag har redusert medikamentbruken knyttet til pasienter ved øyeavdelingen (AMD) mer enn forventet. Dette inngår også i kategorien Annet.

Det har vært en stor effekt av tiltak knyttet til innkjøp, spesielt for Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken, Hjerter-, lunge- og karklinikken og Akuttklinikken. Ut over det har tiltakene som har innrettet seg på driften av sengepostene hatt stor effekt i kroner, 19,3 millioner kroner, selv om den forventede effekten var noe høyere.

### 4.3. Investeringer

#### *Investeringer til videreføring av drift*

Ved utgangen av desember var investeringer finansiert av basislikviditet og utvidet ramme til medisinsk-teknisk utstyr 88 millioner kroner lavere enn budsjettet. Avviket skyldes at det ofte vil være betydelig tid fra en anskaffelse besluttes og til medisinsk-teknisk utstyr er levert, og dette er vanskelig å prognostisere når budsjettet lages. Tidsforskyvningen i bruk av 2014-rammen må også sees i sammenheng med forskuttering av 2015-rammen, jf omtale nedenfor. Budsjettrammen for medisinsk-teknisk utstyr for 2014 er i sin helhet forpliktet og det resterende utstyret forventes i hovedsak å være levert i løpet av første kvartal 2015.

Sammenbruddsrammen for 2014 for medisinsk-teknisk utstyr var ikke tilstrekkelig i forhold til faktiske sammenbrudd. I styresak 24/2014 ga styret administrerende direktør fullmakt til å inngå avtaler om investeringer i medisinsk-teknisk utstyr for 200 millioner kroner av investeringsrammen for 2015. Noen av leveransene kommer imidlertid forholdsvis raskt og ved utgangen av desember var investeringspådraget for disse investeringene 37 millioner kroner. Samtidig var det gjort vedtak for om lag 148 millioner kroner av denne rammen.

I 2014 ble det gjennomført byggeprosjekter finansiert av basislikviditet og utvidet ramme på 422 millioner kroner. Budsjettrammen var 428 millioner kroner. Investeringene følger i stor grad av myndighetspålegg der det i 2014 ble gjennomført en rekke prosjekter innen blant annet elforsyning, nødstrøm, ventilasjon, brannsikring og vannforsyning. Det er også innenfor denne budsjettrammen gjennomført betydelige bygginvesteringer i infrastruktur (fiberkabling) som følger av IKT-prosjekter.

Investeringer i annet utstyr, ambulanser og behandlingshjelpemidler var om lag 17 millioner kroner lavere enn budsjettrammen på 60 millioner kroner.

#### *Omstillingsinvesteringer*

Totalt budsjett (for årene 2011-2015) for omstillingsinvesteringer er 1 575 millioner kroner (2012-kroner), inklusive samhandlingsarena Aker. Ved utgangen av desember er det fattet vedtak om gjennomføring av omstillingsprosjekter for 1282 millioner kroner. I tillegg er det satt i gang flere utredninger/forprosjekter hvor det foreløpig ikke er anslått en kostnadsramme.

Godt over halvparten av alle bestilte omstillingsprosjekter var gjennomført ved utgangen av 2014. Av de resterende prosjektene var om lag fem prosjekter under gjennomføring og resterende prosjekter var enten i en utredningsfase eller avventer beslutning om gjennomføring. Fremdrift i gjennomføring av omstillingsinvesteringene har blitt forsinket som følge av høyere kompleksitet knyttet til ombygginger i eksisterende bygg kombinert med drift enn lagt til grunn og at enkelte virksomhetsavklaringer har tatt lengre tid enn planlagt. Gjennomføringsgraden i 2014 ble derfor betydelig lavere i 2014 enn budsjettet, 220 millioner kroner mot budsjettet 470 millioner kroner påløpe etter 2014. Den

forholdsvis lave gjennomføringsgraden i 2014 påvirker ikke den samlede rammen for omstillingsinvesteringene.

#### **4.4. Likviditet**

Periodisert kontantstrømsbudsjett for 2014 ble lagt frem for styret i sak 5/2014. Budsjettet innebar en svekkelse av likviditeten på 84 millioner kroner gjennom 2014, først og fremst som følge av at budsjettert pensjonspremie var noe høyere enn budsjettert pensjonskostnad.

Ved utgangen av desember 2014 var benyttet driftskreditt om lag 3 380 millioner kroner, mot budsjettert 2 806 millioner kroner. Benyttet driftskreditt ved utgangen av året var dermed betydelig høyere enn budsjettert og også betydelig høyere enn det estimatet som ble rapportert så sent som ved utgangen av november. Dette skyldes i hovedsak tilbakebetaling av basisinntekt til Helse Sør-Øst på 624 millioner kroner. I tillegg kom pålagt kjøp av egenkapitalandeler i PKH på 102 millioner kroner som ble vedtatt i foretaksmøte 7. november 2014. Foretakets driftskredittramme har imidlertid blitt utvidet tilsvarende, slik at likviditetsreserven isolert sett ikke har blitt svekket.

Som nevnt ovenfor rapporterer foretaket et stort positivt årsresultat som følge av at pensjonskostnaden ble betydelig lavere i 2014 enn opprinnelig budsjettert og også betydelig lavere enn pensjonskostnaden for tidligere år. Redusert pensjonskostnad har imidlertid ikke kontanteffekt. Pensjonskostnadene er en kalkulatorisk kostnad som benyttes i regnskapet. Foretakets pensjonspremie (kontantutlegget) til pensjonskassene i 2014 var om lag som budsjettert.

Omstillingsinvesteringer og finansieringen av disse var lavere enn budsjettert i 2014. Omstillingsinvesteringer faktureres Helse Sør-Øst RHF fortløpende, slik at lavere investeringer enn budsjettert isolert sett ikke har noen vesentlig kontanteffekt for foretaket.

## **5. Bemanning og sykefravær**

### **5.1 Månedsværk**

I 2014 (januar – desember) var gjennomsnittlig antall brutto månedsværk 17 868, mot budsjettert 17 517, det vil si om lag 350 høyere enn budsjettert. Bemanning frikjøpt i forbindelse med DIPS-prosjektet var ikke budsjettert med om lag 90 månedsværk og bidro dermed isolert sett til et avvik mot bemanningsbudsjettet. Ut over månedsværk som ble frikjøpt i forbindelse med innføringsprosjektet medførte også selve innføringen av DIPS trolig en midlertidig økning i ressursforbruket i flere av klinikkene.

Gjennomsnittlig antall brutto månedsværk økte med 610 fra 2013 til 2014. En stor del av økningen var planlagt gjennom budsjettet (videreutdanning av spesialsykepleiere, økt kapasitet radiologi, økt operasjonsstuekapasitet mv) og noe skyldes økning i aktivitet med ekstern finansiering. Noe av økningen er knyttet til pålegg fra tilsynsmyndigheter (Prehospitalt senter). Det ble frikjøpt flere årsværk til større IKT-prosjekter (DIPS og Partus) i 2014 enn i 2013. Videre er det gjennom 2014 godkjent oppbemanning ved enkelte enheter utover budsjett. Dette

gjelder blant annet ved Nyfødt intensiv-avdeling. Det har også vært en vekst i bemanningen ved avdelinger som har økt aktivitetsnivået utover budsjett, feks Avdeling for gastro- og barnekirurgi og Avdeling for kreftbehandling og Avdeling for medisinsk genetikk. Enkelte enheter har fått endret finansiering slik at bemanningen nå rapporteres som ordinær drift, mens det i 2014 var budsjettert som øremerkede midler.

## **5.2 Sykefravær**

Per november 2014 var samlet sykefravær ved Oslo universitetssykehus HF 7,2 prosent, fordelt på 2,4 prosent korttidsfravær og 4,7 prosent langtidsfravær. Sykefraværet i Oslo universitetssykehus HF er omtrent som gjennomsnittet for foretaksgruppen Helse Sør-Øst.

For november måned var samlet fravær 7,4 prosent, mot 7,7 prosent i november 2013. Sammenliknet med perioden januar – november 2013 har det totale sykefraværet dermed gått ned 0,3 prosentpoeng. Tilsvarende endringer i samlet fravær observeres i resten av foretaksgruppen.

Oslo universitetssykehus HF har arbeidet systematisk og langsiktig for å redusere sykefraværet. Tiltakene i forrige handlingsplan for inkluderende arbeidsliv (IA) er i stor grad gjennomført med gode resultater, og ny IA handlingsplan for Oslo universitetssykehus HF er i ferd med å ferdigstilles. Det har vært rettet et særlig fokus på forebygging av langtidsfravær i utsatte enheter. Enheter med særskilte utfordringer med langtidsfravær arbeider videre med målrettede tiltak.

Styresak 4/2015 Tabellvedlegg

Oslo universitetssykehus HF

Månedsrappport desember 2014



# Tabellvedlegg

Rapporten viser enkelte indikatorer for driften ved Oslo universitetssykehus HF

## 1 Innhold i tabellvedlegg

### 2 Pasientbehandling

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

### 3 Økonomi og finans

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

### Følgende klinikkbetegnelser er brukt i tabeller/grafar:

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

## 4 Bemanning

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

Definisjoner årsverksindikatorer

### Andre forkortelser og begrep:

HIÅ: Hittil i år  
Status per mnd: Akkumulerte tall

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



## 2.1 Aktivitet somatikk

Oppdatert med tall i LIS fra 03.02.2015					
RAPPORTERINGSPERIODE: DESEMBER	BUDSJETT	HITTIL I ÅR		Sammenligning 2013	
Klinikk	2014	Avvik	Avvik i %	Endring	i %
Medisinsk klinikk	26 817	-596	-2,2 %	91	0,3 %
Klinikk for kirurgi og nevrofag	63 600	-1 237	-1,9 %	973	1,6 %
Kvinne- og barneklubben	36 952	-644	-1,7 %	482	1,3 %
Kreft-, kirurgi- og transplantasjon	58 803	728	1,2 %	1 033	1,8 %
Hjerte-, lunge- og karklubben	32 547	-1 000	-3,1 %	-91	-0,3 %
Akuttklubben	4 717	-756	-16,0 %	-534	-11,9 %
Klinikk for diagnostikk og intervju	151	12	7,9 %	12	7,9 %
Estimert etterregistrering		0		0	
<b>Sum interne måltall</b>	<b>223 713</b>	<b>-2 078</b>	<b>-0,9 %</b>	<b>1 937</b>	<b>0,9 %</b>
<b>Måltall HSØ</b>	<b>220 825</b>	<b>810</b>	<b>0,4 %</b>		

### Kommentarer:

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

Aktivitetsgrunnlag for 2014 oppdatert 3. februar 2015.

## 2.1 Aktivitet – psykisk helsevern

Rapporteringsperiode: desember	Denne periode			Hittil i år			2014 mot 2013	
Oslo universitetssykehus HF	Resultat	Awik	%	Resultat	Awik	%	Endring	%
<b>Psykisk helsevern - voksen</b>								
Antall utskrevne pasienter døgnbehandling	146	14	10,6 %	1 881	339	22,0 %	140	8,0 %
Antall liggedøgn døgnbehandling	6 297	223	3,7 %	73 892	2 492	3,5 %	-5 096	-6,5 %
Antall oppholdsdager dagbehandling	0	-2	-100 %	100	60	150,0 %	-15	-13,0 %
Antall polikliniske konsultasjoner	6 604	48	0,7 %	81 796	2 127	2,7 %	-1 223	-1,5 %
<b>Psykisk helsevern - barn og unge</b>								
Antall utskrevne pasienter døgnbehandling	13	5	62,5 %	146	50	52,1 %	50	52,1 %
Antall liggedøgn døgnbehandling	548	273	99,3 %	5 573	1 343	31,7 %	1 316	30,9 %
Antall oppholdsdager dagbehandling	281	65	30,1 %	3 080	-81	-2,6 %	178	6,1 %
Antall polikliniske konsultasjoner	2 861	-404	-12,4 %	45 628	-3 728	-7,6 %	-658	-1,4 %
<b>TSB</b>								
Antall utskrevne pasienter døgnbehandling	266	20	8,1 %	3 093	193	6,7 %	236	8,3 %
Antall liggedøgn døgnbehandling	1 649	-553	-25,1 %	24 685	-2 815	-10,2 %	939	4,0 %
Antall oppholdsdager dagbehandling	16	-24	-60,0 %	262	-312	-54,4 %	-339	-56,4 %
Antall polikliniske konsultasjoner	1 360	54	4,1 %	11 292	740	7,0 %	2 917	34,8 %

Usikkerhet til aktivitetstallene etter innføring av DIPS.

## 2.1 Aktivitet radiologi per modalitet

	Mnd 2013	Mnd 2014	HiÅ 2013	HiÅ 2014	%-vis endring 2013-2014 Mnd	%-vis endring 2013-2014 HiÅ
Modalitet	H	H	H	H	H	H
Angio	208	238	2 967	2 992	14,4 %	0,8 %
CT	4 411	4 651	56 621	59 499	5,4 %	5,1 %
MG	470	507	7 974	6 981	7,9 %	-12,5 %
MR	2 208	2 298	27 977	29 855	4,1 %	6,7 %
NM	530	497	7 685	7 110	-6,2 %	-7,5 %
PET	335	344	4 473	4 504	2,7 %	0,7 %
RG	12 535	12 731	164 222	162 405	1,6 %	-1,1 %
UL	3 005	3 109	38 633	39 184	3,5 %	1,4 %

H = henvisninger

MG = mammografi

NM = nukleærmedisin

RG = konvensjonell røntgen

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

## 2.1 Aktivitet Oslo sykehuservice

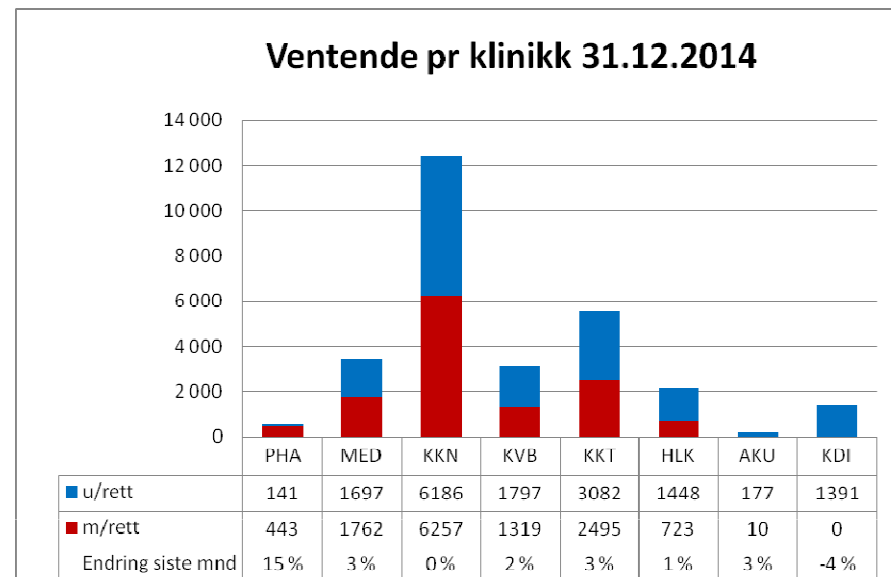
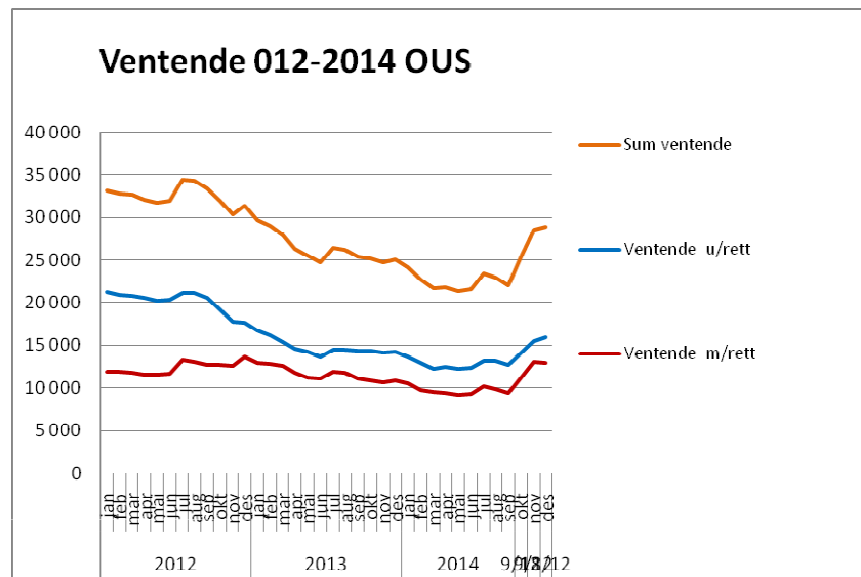
12 Aktivitetsdatarapport for 2014 Oslo sykehuservice									
Produksjon	Måleenhet	Desember		Avvik		Sum		Avvik	
		i fjor	i år	periode	periode i %	i fjor	i år	i år	i år i %
Kostnader pr. liggedøgn	Kr	3 622	4 390	768	21,2 %	3 600	3 626	26	0,7 %
Kostnader pr. liggedøgn m/dagbeh.	Kr	3 163	3 811	648	20,5 %	3 138	3 115	-23	-0,7 %
Arealer	Kvm	1 010 660	1 005 484	-5 176	-0,5 %	1 001 460	1 006 320	4 859	0,5 %
Forbruk av energi	KWH	25 500 000	27 400 000	1 900 000	7,5 %	295 040 000	296 540 000	1 500 000	0,5 %
Forbruk av tekstiler	Tonn	278	304	26	9,4 %	3 339	3 434	95	2,8 %
Middager	Antall	72 331	69 629	-2 702	-3,7 %	745 058	721 142	-23 916	-3,2 %
Sengevask/reing	Antall	9 438	12972	3 534	37,4 %	131 624	160 007	28 383	21,6 %
Hotellbelegg Pasienthotellet	%	73,4 %	73,0 %	-0,4 %	-0,5 %	82,2 %	82,9 %	0,7 %	0,9 %
Hotellbelegg Sykehotellene	%	73,7 %	73,8 %	0,1 %	0,1 %	77,9 %	78,3 %	0,4 %	0,5 %
Portøroppdrag	Antall	39 287	41 590	2 303	5,9 %	471 759	488 561	16 802	3,6 %
Faktura forfall u.anvisning	%	20,0 %	17,0 %	-3,0 %	-15,0 %	22,6 %	19,0 %	-3,5 %	-15,7 %
Fakturaer avrop mot bestilling/rek.nr	%	57,0 %	54,0 %	-3,0 %	-5,3 %	0,0 %	49,7 %		
Fakturaer med automatisk prismatch	%	10,0 %	11,0 %	1,0 %	10,0 %	0,0 %	11,0 %		
Antall bur i forskningsprosjekter/uke	Antall -snitt	98	2515	2 417	2466,3 %	1 295	2 415	1 120	86,5 %
BHM - antall søknader	Antall	426	556	130	30,5 %	3 513	3 899	386	11,0 %
- pasienttilstrømmning	Antall	59	99	40	67,8 %	950	1 099	149	15,7 %
- utlån MTU	Antall	237	351	114	48,1 %	3 634	4 107	473	13,0 %
<b>Kvalitet</b>									
Avvik	Antall	132	133	1	0,8 %	1 745	1 633	-112	-6,4 %
Personskader	Antall	1	5	4	400,0 %	101	90	-11	-10,9 %
Tilsynsavvik	Antall	2	2	0	0,0 %	7	11	4	57,1 %
Klagesaker	Antall	1	0	-1	0,0 %	8	11	3	37,5 %
<b>OUS aktivitetsdata</b>									
Opphold dgr dagbehandling	Antall	5 475	5620	145	2,6 %	70 722	73 138	2 416	3,4 %
Liggedøgn somatikk	Antall	37 757	36950	-807	-2,1 %	477 340	469 069	-8 271	-1,7 %

## 2.1 Aktivitet PO/Intensiv – intensivpasienter (Akuttklinikken)

Klinikk	Aktivitet	Des 2014	Akkumulert aktivitet Des 2014	Des 2013	Akkumulert aktivitet Des 2013	Akkumulert endring 2013-2014	Endring 2013-2014 i %
	Antall intensivpasienter	230	2 892	250	3 230	-338	-10,5 %
	Antall intensivdøgn	1 130	14 282	1 158	13 888	394	2,8 %
	<b>Antall respiratordøgn:</b>						
	Generell Intensiv UL	183	1 898	164	2 117	-219	-10,3 %
	Nevrointensiv, Ullevål	86	1 056	113	1 183	-127	-10,7 %
	Generell int 1, RH	182	2 617	216	2 562	55	2,1 %
	Barneintensiv, RH	71	1 095	89	943	152	16,1 %
	Generell int 2, RH	92	1 172	130	1 313	-141	-10,7 %
	PO, Aker	1	16	1	23	-7	-30,4 %
	PO, RH	0	5	0	0	5	
	PO, Ullevål	17	188	16	238	-50	-21,0 %
	PO, RAD	0	31	1	44	-13	-29,5 %
	<b>SUM Antall respiratordøgn</b>	<b>632</b>	<b>8 078</b>	<b>730</b>	<b>8 423</b>	<b>-345</b>	<b>-4,1 %</b>

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

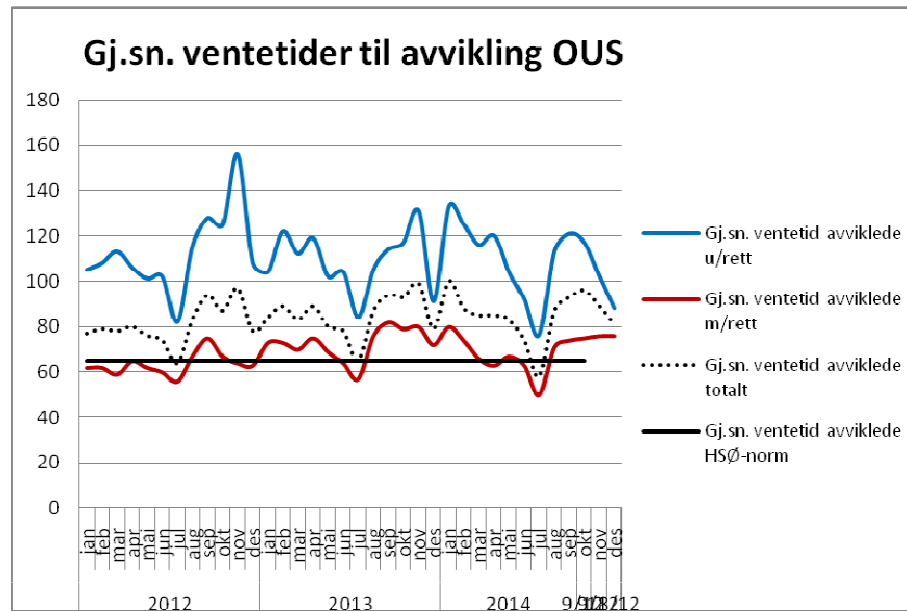
## 2.2 Ventelisteutvikling – antall ventende



Sum ventende	2013				2014			
	sep	okt	nov	des	sep	okt	nov	des
PHA	283	333	386	459	464	420	510	584
MED	3 123	2 984	2 900	3 014	2 728	3 085	3 348	3 459
KKN	12 599	12 374	11 671	11 588	9 447	11 072	12 448	12 443
KVB	2 345	2 335	2 420	2 381	2 460	2 760	3 066	3 116
KKT	3 774	3 783	3 778	3 811	3 764	4 648	5 405	5 577
HLK	2 299	2 101	2 013	2 103	1 630	1 809	2 142	2 171
AKU	115	232	259	328	253	211	181	187
KDI	851	998	1 181	1 265	1 333	1 413	1 446	1 391
<b>Sum klinikke</b>	<b>25 389</b>	<b>25 140</b>	<b>24 608</b>	<b>24 949</b>	<b>22 079</b>	<b>25 418</b>	<b>28 546</b>	<b>28 928</b>
<b>Diff vs. 2013</b>					-3 310	278	3 938	3 979
<b>Diff %</b>					-13 %	1 %	16 %	16 %

Antall ventende = ikke avviklede henvisningsperioder

## 2.2 Gjennomsnittlig ventetid til avvikling

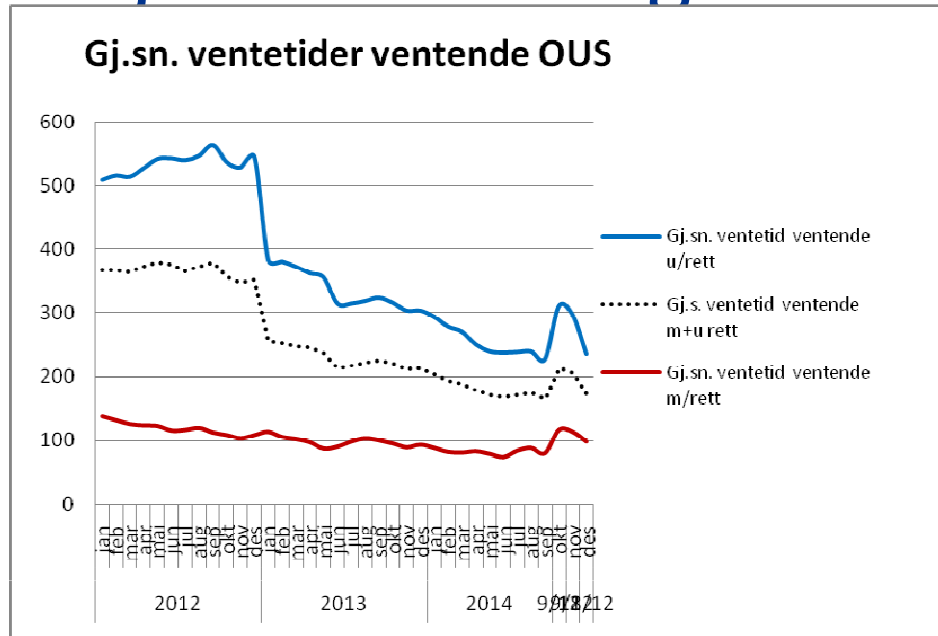


Gj.sn. v.tid til avvikling	2013				2014			
	sep	okt	nov	des	sep	okt	nov	des
PHA	49	35	43	40	51	42	62	42
MED	64	61	67	59	63	77	82	65
KKN	124	125	137	107	122	131	113	103
KVB	69	62	64	51	78	72	74	63
KKT	91	91	87	80	85	109	91	82
HLK	116	121	116	92	111	104	103	78
AKU	96	89	138	71	159	94	89	95
KDI	31	30	33	22	90	94	41	62
<b>OUS</b>	<b>94</b>	<b>93</b>	<b>99</b>	<b>79</b>	<b>93</b>	<b>96</b>	<b>89</b>	<b>81</b>
Diff vs. 2013					-1	3	-10	2
Diff %					-1 %	3 %	-10 %	3 %

Gjennomsnittlig ventetid er oppgitt i dager.



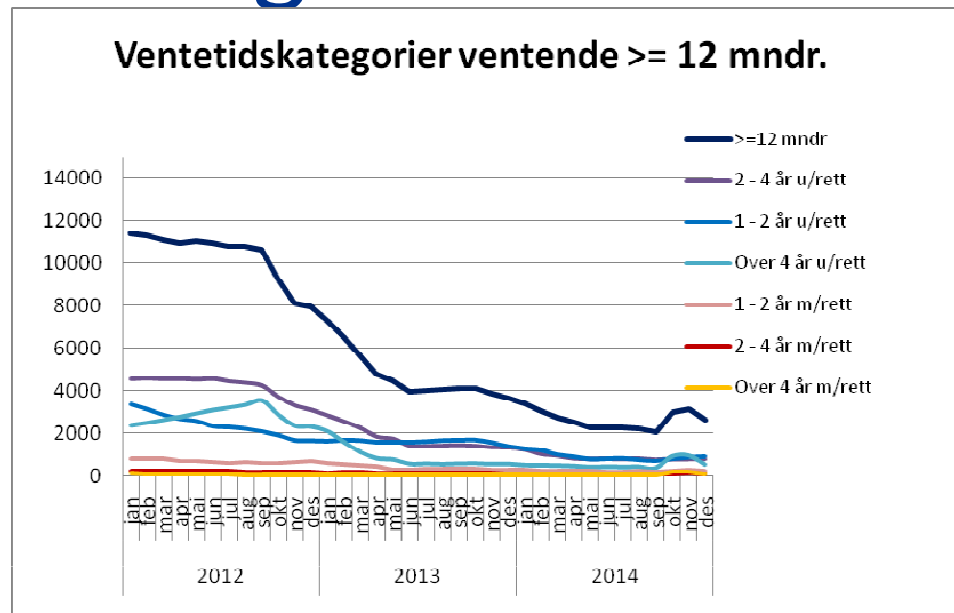
## 2.2 Gjennomsnittlig ventetid for ventende



Gj.sn. v.tid ventende	2013				2014			
	sep	okt	nov	des	sep	okt	nov	des
PHA	38	38	41	43	48	70	67	45
MED	90	89	85	90	69	71	70	76
KKN	357	353	346	350	279	317	299	254
KVB	85	80	76	70	72	229	222	93
KKT	78	77	76	85	75	177	170	150
HLK	129	124	117	127	102	105	104	123
AKU	132	83	83	85	118	72	74	102
KDI	162	156	149	133	110	67	113	122
<b>OUS</b>	<b>224</b>	<b>221</b>	<b>212</b>	<b>213</b>	<b>165</b>	<b>213</b>	<b>205</b>	<b>174</b>
Diff vs. 2013					-59	-8	-7	-39
Diff %					-26 %	-4 %	-3 %	-18 %

Gjennomsnittlig ventetid er oppgitt i dager.

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



Antall ventet $\geq$	2013				2014			
	sep	okt	nov	des	sep	okt	nov	des
PHA	2	2	3	2	6	8	11	3
MED	48	59	64	56	8	12	19	31
KKN	3 774	3 710	3 407	3 298	1 904	2 344	2 441	2 168
KVB	32	34	48	11	17	268	272	54
KKT	76	94	91	96	62	280	325	274
HLK	63	57	50	53	24	36	56	55
AKU	2	3	3	1	-	-	1	2
KDI	99	128	151	103	1	6	14	18
<b>Sum</b>	<b>4 096</b>	<b>4 087</b>	<b>3 817</b>	<b>3 620</b>	<b>2 026</b>	<b>2 956</b>	<b>3 141</b>	<b>2 605</b>
<b>Diff vs. 2013</b>					-2 070	-1 131	-676	-1 015
<b>Diff %</b>					-51 %	-28 %	-18 %	-28 %

Gjennomsnittlig ventetid er oppgitt i dager.

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

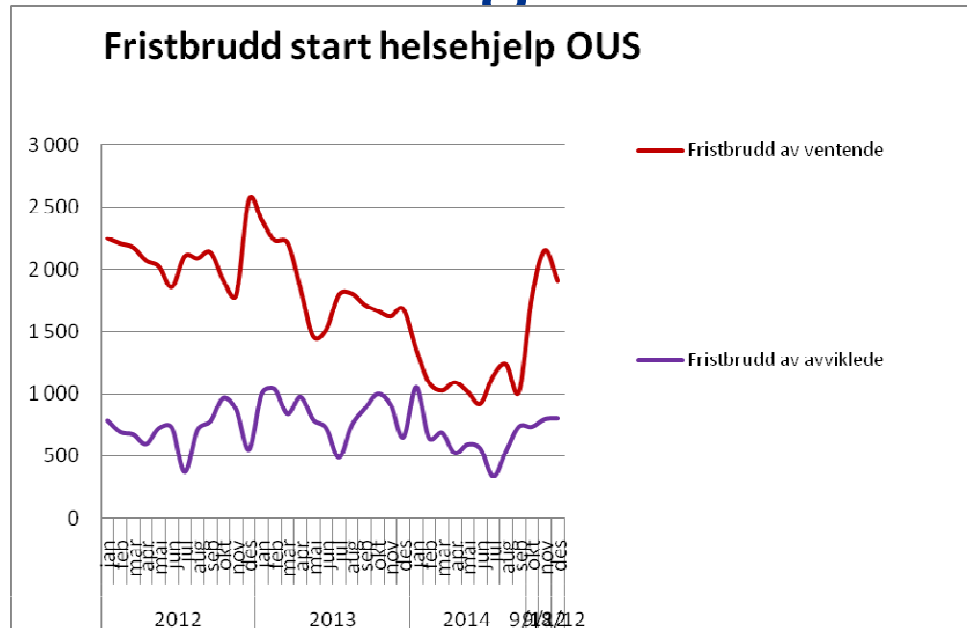
LANGTIDSVENTENDE PER FAGOMRÅDE	Klinikk med mer enn 20	Per 17/10	2014 per 31/12 (3/2)
<u>010 Generell kirurgi</u>	KKT	3	35
<u>050 Ortopedisk kirurgi (inkludert revmakirurgi)</u>	KKN	466	520
<u>070 Urologi</u>	KKT	42	51
<u>090 Plastikk-kirurgi</u>	KKN	1 112	1 197
<u>100 Nevrokirurgi</u>	KKN	19	59
<u>140 Fordøyelsesykdommer</u>	KKT	7	49
<u>150 Hjertesykdommer</u>	HLC	17	21
<u>200 Kvinnesykdommer og elektiv fødselshjelp</u>	KVB	8	23
<u>220 Barnesykdommer</u>	KVB	2	26
<u>240 Hud og veneriske sykdommer</u>	KKT	1	39
<u>250 Nevrologi</u>	KKN	77	151
<u>290 Øre-nese-hals sykdommer</u>	KKN	43	52
<u>300 Øyesykdommer</u>	KKN	75	91
<u>340 Transplantasjon, utredning og kirurgi</u>	KKT	1	49
<u>999 Ukjent</u>	KKN	-	58
<b>SUM TOTALT</b>		<b>1 927</b>	<b>2 605</b>

Merknad:

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



## 2.3 Utvikling fristbrudd



Fristbrudd ordinært	2013				2014				
	sep	okt	nov	des	Antall				Andel
	Antall				sep	okt	nov	des	des
PHA	15	2	3	6	3	7	8	4	2 %
MED	77	86	64	48	96	85	123	108	18 %
KKN	393	472	484	301	384	332	277	363	26 %
KVB	90	89	37	34	53	79	97	84	17 %
KKT	192	246	213	160	153	189	245	217	20 %
HLK	111	107	117	94	48	43	48	29	11 %
AKU	3	1	1	4	-	-	-	-	0 %
KDI	0	0	0	0	0	0	0	0	0 %
<b>Sum</b>	<b>881</b>	<b>1 003</b>	<b>919</b>	<b>647</b>	<b>737</b>	<b>735</b>	<b>798</b>	<b>805</b>	<b>20,0%</b>
<b>Diff vs. 2013</b>					-144	-268	-121	158	
<b>Diff %</b>					-16 %	-27 %	-13 %	24 %	

Fristbrudd avviklede: Frist var overskredet på tidspunkt for avvikling.

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

Fristbrudd ventende	2013				2014				
	sep	okt	nov	des	Antall				Andel
	Antall				sep	okt	nov	des	des
PHA	2	7	13	18	7	8	14	8	2 %
MED	55	41	55	97	76	102	142	130	7 %
KKN	1 290	1 294	1 177	1 247	726	1 245	1 534	1 327	21 %
KVB	46	28	29	20	33	105	89	87	7 %
KKT	173	146	154	137	145	252	274	310	12 %
HLK	149	150	189	158	33	63	101	51	7 %
AKU	0	0	5	4	-	-	-	-	0 %
KDI	1	1	0	0	0	1	0	0	0 %
<b>Sum</b>	<b>1 716</b>	<b>1 667</b>	<b>1 622</b>	<b>1 681</b>	<b>1 021</b>	<b>1 777</b>	<b>2 155</b>	<b>1 913</b>	<b>14,7%</b>
<b>Diff vs. 2013</b>					-695	110	533	232	
<b>Diff %</b>					-41 %	7 %	33 %	14 %	

## 2.3 Fristbrudd per fagområde

FRISTBRUDD PER FAGOMRÅDE	Klinikk med mer enn 20	Per 17/10	2014 per 31/12 (3/2)
<u>020 Barnekirurgi (under 15 år)</u>	KKT	2	35
<u>030 Gastroenterologisk kirurgi</u>	KKT	9	38
<u>050 Ortopedisk kirurgi (inkludert revmakirurgi)</u>	KKN	271	327
<u>070 Urologi</u>	KKT	68	65
<u>090 Plastikk-kirurgi</u>	KKN	63	112
<u>100 Nevrokirurgi</u>	KKN	229	285
<u>140 Fordøyelsesykdommer</u>	MED	29	70
<u>150 Hjertesykdommer</u>	HLK	14	32
<u>170 Lungesykdommer</u>	MED	31	37
<u>190 Revmatiske sykdommer (revmatologi)</u>	KKT	4	41
<u>200 Kvinnesykdommer og elektiv fødselshjelp</u>	KVB	14	39
<u>220 Barnesykdommer</u>	KVB	21	44
<u>230 Fysikalsk medisin og (re) rehabilitering</u>	KKN	2	41
<u>250 Nevrologi</u>	KKN	37	280
<u>260 Klinisk nevrofysiologi</u>	KKN	12	62
<u>290 Øre-nese-hals sykdommer</u>	KKN	110	126
<u>300 Øyesykdommer</u>	KKN	21	72
<u>853 Onkologi</u>	KKT	25	57
<u>999 Ukjent</u>	KKN	55	26
<b>Sum fristbrudd</b>		<b>1 015</b>	<b>1 913</b>

Merknad:

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

# Endret pensjonskostnad 2014

- Til og med november 2014 ble pensjonskostnaden bokført som budsjettert (budsjett 2014 = 2.248 mill kroner)
- Som følge av regnskapsmessige endringer i forhold til pensjon (nye uføreregler og levealdersjustering for nye årsgrupper) er foretakets pensjonskostnad for 2014 redusert med 1.861 mill kroner til 388 mill kroner.
- Det er imidlertid forskjell mellom den pensjonskostnadene som føres i årsregnskapet og den pensjonspremien (kontantutlegget) som foretaket betaler. Pensjonspremien er ikke i samme grad blitt påvirket av forholdene som er omtalt ovenfor.
- Som følge av endringen i pensjonskostnad er foretakets basisramme for 2014 redusert med 624,1 mill kroner. Foretaket har i tillegg fått endret resultatkrav for 2014 (budsjettert med null).
- Nytt resultatkrav på 1.236,5 mnok ble vedtatt av foretaksmøtet 19. desember 2014 og er innarbeidet i rapportert resultat for desember.



## 3.1 Økonomisk resultat

Tall i hele 1000 kr	Budsjett 2014	Desember				Hittil i 2014			
		Resultat	Budsjett	Avvik budsjett	Avvik i %	Resultat	Budsjett	Avvik budsjett	Avvik i %
Basisramme	-11 151 802	332 079	954 707	-622 628	-65,2 %	10 536 757	11 151 802	-615 045	-5,5 %
Aktivitetsbaserte inntekter	-7 160 551	602 631	568 623	34 008	6,0 %	7 214 746	7 160 551	54 195	0,8 %
Andre inntekter	-1 807 922	192 048	142 883	49 165	34,4 %	2 117 226	1 807 922	309 304	17,1 %
<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>-20 120 275</b>	<b>1 126 758</b>	<b>1 666 213</b>	<b>-539 455</b>	<b>-32,4 %</b>	<b>19 868 730</b>	<b>20 120 275</b>	<b>-251 545</b>	<b>-1,3 %</b>
Lønn -og innleiekostnader	13 884 836	-644 725	1 217 464	1 862 189	153,0 %	12 251 332	13 884 836	1 633 504	11,8 %
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	2 578 750	255 575	212 070	-43 505	-20,5 %	2 744 717	2 578 750	-165 967	-6,4 %
Andre driftskostnader	3 636 059	357 297	311 839	-45 458	-14,6 %	3 664 513	3 636 059	-28 454	-0,8 %
<b>Sum driftskostnader</b>	<b>20 099 645</b>	<b>-31 854</b>	<b>1 741 373</b>	<b>1 773 226</b>	<b>101,8 %</b>	<b>18 660 561</b>	<b>20 099 645</b>	<b>1 439 084</b>	<b>7,2 %</b>
Driftsresultat	20 630	1 158 612	-75 159	1 233 771	-70,9 %	1 208 168	20 630	1 187 538	5,9 %
Netto finans	20 630	375	19	356	1873,5 %	3 528	-20 630	24 158	117,1 %
<b>Resultat OUS</b>	<b>0</b>	<b>1 158 987</b>	<b>-75 140</b>	<b>1 234 127</b>	<b>3874,4 %</b>	<b>1 211 696</b>	<b>0</b>	<b>1 211 696</b>	<b>6,5 %</b>
<b>Resultatkrav 2014 (som følge av nye pensjonsberegninger for 2014)</b>						<b>1 236 500</b>	<b>0</b>	<b>1 236 500</b>	
<b>Avvik ifht resultatkrav</b>						<b>-24 804</b>	<b>0</b>	<b>-24 804</b>	



## 3.2 Kommentarer til økonomisk resultat

Art_ØBAK	Regnskap	Budsjett	Avvik	Kommentarer til de største avvikene
Basisramme	10 536 757	11 151 802	-615 045	Awiket knyttes til tilleggsbevilgning som kompensasjon for reduserte takster for PET-analyser, samt reduksjon pga pensjonsendring.
ISF egne pasienter	3 025 466	3 064 314	-38 848	De totale ISF-inntektene er 19,6 mnok lavere enn budsjettert. Awiket knyttes til noe lavere aktivitet enn budsjettert ved de somatiske
ISF somatisk poliklinisk aktivitet	454 089	453 528	561	enhetene hittil i år. Inntekt knyttet til budsjettert meraktivitet er budsjettert under Andre inntekter med omlag 5 mnok per måned.
ISF-refusjon kommunal medfinans	638 311	621 882	16 429	Estimert tap knyttet til avregningsutvalgets sak ang. flere konsultasjoner samme dag inngår i resultatet t.o.m. oktober.
ISF-inntekt kostnadskrevende	39 390	37 225	2 165	
Utskrivningsklare pasienter	868	4 109	-3 241	Antall utskrivningsklare pasienter er lavere enn forventet, derfor også lavere inntekt.
Gjeste pasienter	593 521	589 183	4 338	Gjestepasientinntekter for pasienter fra andre regioner er 4 mnok høyere enn budsjettert. Det positive aviket er innen psykisk helse. Inntektene vedr. somatikk er om lag som budsjettert.
Salg av konserninterne helsetjenester	1 892 397	1 841 093	51 304	Samlede konserninterne gjestepasientinntekter er 51 mnok høyere enn budsjettert for året. Deler av merinntekten knyttes til etterfakturering av kurdøgn for 2013 innefor psykisk helsevern.
Polikliniske inntekter	570 705	549 217	21 488	De polikliniske inntektene er 21 mnok høyere enn budsjettert. Det er et negativt avik innen psykisk helse, mens det er et positivt avik innen lab/rtg-området. Dette gjelder særlig innenfor medisinsk genetikk. Somatikken for øvrig er om lag som budsjettert.
Øremerkede tilskudd raskere tilb	38 917	41 897	-2 980	Det er inntektsført noe lavere inntekter enn budsjettert for Raskere tilbake. Awiket skyldes i hovedsak lavere aktivitet innenfor Klinikk for kirurgi og nefrog og Klinikk for psykisk helse og avhengighet.
Andre øremerkede tilskudd	1 124 497	1 022 067	102 430	Nivå for inntektsføring av øremerkede tilskudd er høyere enn budsjettert. Inntektene føres i takt med faktisk forbruk (kostnadene).
Andre driftsinntekter	953 812	743 958	209 854	Inntektsføring av refusjon for legemiddelet lpliumab med 38 mnok, inntektsført refusjon for frikjøp til DIPS-prosjektet med om lag 86 mnok (gir tilsvarende økt lønnskostnad) og gevinst ved salg av eiendom med 51 mnok, bidrar til positivt avik. Noe lavere aktivitet enn budsjettert gir isolert negativt avik.
<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>19 868 730</b>	<b>20 120 275</b>	<b>-251 545</b>	
Kjøp av off helse tjenester	58 422	42 875	-15 547	Kostnadene til kjøp av offentlige helsetjenester er 15,5 mnok høyere enn budsjettert og gjelder i hovedsak kjøp av gjestepasienttjenester fra andre regioner.
Kjøp av private helsetjenester	266 515	237 291	-29 224	Kostnadene til kjøp av private helsetjenester er om lag 29 mnok høyere enn budsjettert og kan relateres til kjøp av behandling i utlandet og til viderefakturering av gjestepasientkostnader fra Lovisenberg sykehus 2013/2014 for pasienter fra Sagene bydel.
Varekostnader	2 358 718	2 261 765	-96 953	Varekostnadene er om lag 97 mnok høyere enn budsjettert. Kostnader til lpliumab er ikke budsjettert og inngår med om lag 38 mnok (se også Andre inntekter). Dette i tillegg til høye kostnader til blant annet medikamenter (H-reseptor) og medisinske forbruksvarer i enkelte av klinikkene.
Innleid arbeidskraft	228 265	107 907	-120 358	Innleiekostnadene er ikke redusert som forutsatt i budsjettet og er om lag 37 mnok høyere enn for samme periode i 2013. Merforbruket er størst innenfor nevrokirurgisk avdeling, nyfødtintensiv, PO/intensiv og barnemedisin. Det jobbes med tiltak for å redusere innleiekostnadene.
Kjøp av konserninterne helsetjen	61 061	36 819	-24 242	Kjøp av konserninterne helsetjenester er 24 mnok høyere enn budsjettert. Awiket gjelder i all hovedsak psykisk helsevern (VOP og TSB).
Lønn til fast ansatte	9 425 233	9 477 711	52 478	For samlede lønnskostnadene er det et mindreforbruk på om lag 1.753 mnok. Awiket må ses i forhold til at det er høyere lønnskostnader enn budsjettert for øremerkede midler på omlag 125 mnok. Awik for lønn til fast ansatte må også sees i sammenheng med innleiekostnadene. Det er refundert lønnskostnader til klinikkene knyttet til DIPS-prosjektet med omlag 86 mnok. Som følge av regnskapsmessige endringer er pensjon bokført med betydelig lavere kostnad enn budsjettert og gir isolert et positivt avik på 1.860 mnok.
Overtid og ekstrahjelp	1 143 017	926 431	-216 586	
Pensjon	388 939	2 248 774	1 859 835	
Off tilskudd og ref vedr arbeidskr	-611 563	-531 017	80 546	
Annen lønn	1 677 442	1 655 030	-22 412	
Avskrivninger	826 223	842 246	16 023	Avskrivningene er noe lavere enn budsjettert. Faktiske avskrivninger henger sammen med tidspunkt for ibrukttagelse.
Nedskrivninger	43 237	0	-43 237	Nedskrivning som følge av kartlegging av endret arealbruk, særlig ved Dikemark.
Andre driftskostnader	2 795 053	2 793 813	-1 240	I avik for andre driftskostnader inngår merkostnader knyttet til pasientreiser, vedlikehold av bygg mv. IKT-kostnadene og kostnader til energi er noe lavere enn budsjettert og bidrar til et positivt avik. I tillegg bidrar oppløsning av avsetning i forbindelse av etableringen av RH positivt. Totalt er kostnadene om lag som budsjettert.
<b>Sum driftskostnader</b>	<b>18 660 561</b>	<b>20 099 645</b>	<b>1 439 084</b>	
Finansinntekter	93 626	104 332	-10 706	
Finanskostnader	90 099	124 962	34 863	Awiket skyldes lavere rentekostnader enn forutsatt i budsjettet og positivt bidrag fra datterselskapene (5,5 mnok).
Netto finans	-3 528	20 630	24 158	
<b>TOTALT</b>	<b>1 211 696</b>	<b>0</b>	<b>1 211 696</b>	
Nytt resultatkrav			1 236 500	
Avvik ifht nytt resultatkrav			-24 804	



## 3.2 Økonomisk resultat – per klinikk

Rapportering Desember 2014 tall i hele 1000 kr	Desember				Hittil i år			
	Resultat	Budsjett	Avvik	Avvik i %	Resultat	Budsjett	Avvik	Avvik i %
<b>Økonomisk resultat</b>								
Klinikk psykisk helse og avhengighet	-29 123	0	-29 123	-13,8 %	10 465	0	10 465	0,5 %
Medisinsk klinikk	-6 443	0	-6 443	-5,5 %	-41 006	0	-41 006	-3,4 %
Klinikk for kirurgi og nevrofag	-3 089	0	-3 089	-1,5 %	-142 891	0	-142 891	-6,2 %
Kvinne- og barneklubben	-15 481	0	-15 481	-9,8 %	-49 672	0	-49 672	-2,9 %
Klinikk for kreft, kirurgi og transplantasjon	3 492	0	3 492	1,4 %	-62 401	0	-62 401	-2,4 %
Hjerte-, lunge- og karklubben	-4 692	0	-4 692	-4,3 %	-56 860	0	-56 860	-5,0 %
Akuttklubben	4 951	0	4 951	2,3 %	-17 134	0	-17 134	-0,7 %
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	3 888	0	3 888	1,9 %	62 400	0	62 400	2,8 %
Oslo sykehuservice	9 216	0	9 216	4,9 %	29 157	0	29 157	1,4 %
Konsern	3 760	3 588	172	-	17 573	12 032	5 541	-
Fellesposter (NB! Effekt av endret pensjon i desember)	1 189 498	-78 728	1 268 226	-64,6 %	1 412 212	-12 032	1 424 244	-184,4 %
Direktørstaben	3 011	0	3 011	2,3 %	49 855	0	49 855	3,4 %
<b>Sum OUS</b>	<b>1 158 987</b>	<b>-75 140</b>	<b>1 234 127</b>	<b>-3874,4 %</b>	<b>1 211 696</b>	<b>0</b>	<b>1 211 696</b>	<b>6,5 %</b>
<b>Resultatkrav 2014 (som følge av nye pensjonsberegninger for 2014)</b>					<b>1 236 500</b>	<b>0</b>	<b>1 236 500</b>	
<b>Avvik ifht resultatkrav</b>					<b>-24 804</b>	<b>0</b>	<b>-24 804</b>	



## 3.4 Kommentarer til klinikkens avvik per desember

Klinikk	Avvik i mill kr	Overordnet beskrivelse av avvik
Klinikk psykisk helse og avhengighet	+ 10	Klinikkens driftsinntekter er 37 mnok høyere enn budsjettert, mens driftskostnadene er 27 mnok høyere enn budsjettert. Avviket er redusert med 29 mnok i desember.
Medisinsk klinikk	- 41	Om lag 17 mnok av avviket skyldes lavere aktivitet enn budsjettert (vesentlig øyeblikkelig hjelp- virksomhet, som er vanskelig å styre). Positivt avvik for andre inntekter. Øvrig avvik skyldes i stor grad høyere lønnskostnader (22 mnok) enn budsjettert (og avvik på andre driftskostnader som anskaffelse av mindre utstyr, reparasjon av utstyr og kostnader til tolketjeneste.
Klinikk for kirurgi og nevrofag	- 143	Klinikkens avvik knyttes i stor grad til lavere aktivitet enn budsjettert. Kostnadene til lønn og innleie var 56 mnok høyere enn budsjettert, hvorav avvik for innleie var 33 mnok og lønn 23 mnok. Videre er andre driftskostnader om lag 14 mnok høyere enn budsjettert mens varekostnadene var 1 mnok høyere enn budsjettert (høye kostnader i desember).
Kvinne- og barnekliviken	- 50	I 2014 hadde klinikken et negativt avvik på 50 mnok som i hovedsak skyldes lavere aktivitet enn plan (21 mnok) og merforbruk på innleie (24 mnok) og varekostnader (11 mnok, spesielt medikamenter), som kun delvis blir kompensert av høyere andre driftsinntekter.
Kreft-, kirurgi og transplantasjons-klinikken	- 62	Klinikkens aktivitet var i 2014 0.7 % over budsjettert nivå. Kostnader til lønn var noe høyere enn budsjettert mens det også var vesentlige avvik på innleid arbeidskraft pga. pleiekrevende pasienter og høy aktivitet i enkelte avdelinger. Varekostnadene i klinikken er klart over budsjett.
Hjerte-, lunge- og karklinikken	- 57	Hovedårsak til avvik er lavere aktivitet enn budsjettert. Dette skyldes i stor grad forsinkelser i levering av utstyr til Kardiologisk avdeling og nedgang i pasienter til operasjon innenfor hjertekirurgi, samt få transplantasjoner. Klinikken har også et stort merforbruk innenfor lønn og innleie.
Akuttklinikken	- 17	Klinikken har et mindreforbruk på lønn (16 mnok) som må ses i sammenheng med merforbruk på innleie (25 mnok). Klinikken har fortsatt problemer med rekruttering på PO/Intensiv og Operasjon. Klinikken har også høyere kostnader enn budsjettert til medikamenter og medisinsk forbruksmateriell i flere av avdelingene.
Klinikk for diagn. og intervensjon	+ 62	Resultat bedre enn budsjettert i hovedsak som følge av høy aktivitet innenfor Avdeling for medisinsk genetikk og Avdeling for radiologi og nukleærmedisin. Lavere lønnskostnader enn budsjettert grunnet færre årsverk enn budsjettert.
Oslo sykehusservice	+ 29	Resultat noe bedre enn budsjettert, hvorav noe skyldes lavere energikostnader enn budsjettert.
Stab	+ 50	Avvik skyldes ubesatte stillinger og generelt lavere driftskostnader enn budsjettert (hvorav nærmere 30 mnok innenfor IKT-området).
Fellesposter mv	+ 1 429	Avvik skyldes i hovedsak budsjettert reserve, noe reversering av avsetninger fra 2013 (kostnad bokført på klinikk), tilbakebetaling fra Sykehuspartner, lavere avskrivningskostnader og netto finans. I tillegg bidrar gevinst fra salg av eiendom med 52 mnok. Estimert for nedskrivningsbehov er kostnadsført under Fellesposter med 20 mnok.
Nytt resultatkrav	+ 1 236,5	Vedtatt av foretaksmøtet 19.desember, sfa reduserte pensjonskostnader 2014.
Samlet avvik	- 25	

## 3.2 Lønnskostnader ekskl. pensjon

Total lønn ekskl. pensjon i 1000 kr. Inklusive øremerkede midler	des 2014			HiÅ			HiF	Endring	
	Resultat	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Resultat	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Resultat	I 1000 kr	i %
PHA	140 921	-9 004	-6,8 %	1 453 008	-19 255	-1,3 %	1 370 521	82 487	6,0 %
MED	78 198	-4 082	-5,5 %	839 159	-29 919	-3,7 %	792 545	46 614	5,9 %
KKN	137 019	-3 398	-2,5 %	1 498 319	-25 683	-1,7 %	1 409 474	88 845	6,3 %
KVB	111 054	-3 334	-3,1 %	1 192 505	1 998	0,2 %	1 112 563	79 942	7,2 %
KKT	150 818	-8 913	-6,3 %	1 647 280	-71 575	-4,5 %	1 546 213	101 067	6,5 %
HLK	62 204	-5 827	-10,3 %	640 823	-19 959	-3,2 %	594 160	46 663	7,9 %
AKU	145 551	4 167	2,8 %	1 641 101	4 611	0,3 %	1 522 352	118 749	7,8 %
KDI	124 727	1 305	1,0 %	1 398 312	13 429	1,0 %	1 296 690	101 623	7,8 %
OSS	85 080	-6 232	-7,9 %	916 074	-29 887	-3,4 %	836 329	79 745	9,5 %
STAB	25 753	-2 516	-10,8 %	255 326	-2 077	-0,8 %	265 283	-9 956	-3,8 %
FPO	-68 770	54 353	-377,0 %	57 884	68 489	54,2 %	17 674	40 210	227,5 %
<b>OUS</b>	<b>1 002 462</b>	<b>16 130</b>	<b>1,6 %</b>	<b>11 634 129</b>	<b>-105 974</b>	<b>-0,9 %</b>	<b>10 844 710</b>	<b>789 418</b>	<b>7,3 %</b>

## 3.2 Innleiekostnader

Innleie i 1000 kr. Inklusive øremerkede midler	des 2014			HiÅ			HiF	Endring	
	Resultat	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Resultat	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Resultat	I 1000 kr	i %
PHA	1 747	-1 747	0,0 %	6 147	-6 147	0,0 %	1 082	5 065	468,0 %
MED	1 185	-32	-2,7 %	12 221	-1 230	-11,2 %	13 364	-1 143	-8,6 %
KKN	6 172	-4 983	-418,8 %	45 275	-33 253	-276,6 %	39 023	6 252	16,0 %
KVB	4 436	-2 340	-111,6 %	51 214	-23 546	-85,1 %	37 663	13 551	36,0 %
KKT	2 800	-1 888	-206,8 %	25 047	-14 310	-133,3 %	20 515	4 532	22,1 %
HLK	2 392	-1 420	-146,1 %	26 111	-14 401	-123,0 %	25 303	808	3,2 %
AKU	3 808	-412	-12,1 %	58 107	-24 145	-71,1 %	50 313	7 794	15,5 %
KDI	470	-402	-589,4 %	2 653	-1 836	-224,8 %	4 336	-1 682	-38,8 %
OSS	564	-564	0,0 %	1 489	-1 489	0,0 %	17	1 473	8855,2 %
STAB			0,0 %	379	-379	0,0 %	-	-	-
FPO							-9	9	
<b>OUS</b>	<b>23 576</b>	<b>-13 787</b>	<b>-140,9 %</b>	<b>228 265</b>	<b>-120 358</b>	<b>-111,5 %</b>	<b>191 607</b>	<b>36 658</b>	<b>19,1 %</b>

## 3.2 Varekostnader per klinikk

Varekostnader knyttet til FG i 1000 kr. Inklusive øremerkede midler	des			HiÅ			HiF	Endring	
	Resultat	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Resultat	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Resultat	I 1000 kr	i %
PHA	8 494	-3 006	-54,8 %	64 380	984	1,5 %	64 219	161	0,3 %
MED	11 584	-1 217	-11,7 %	131 130	-6 175	-4,9 %	122 209	8 921	7,3 %
KKN	34 304	-3 883	-12,8 %	369 724	-3 192	-0,9 %	351 361	18 363	5,2 %
KVB	10 345	-1 765	-20,6 %	112 968	-10 727	-10,5 %	97 971	14 997	15,3 %
KKT	43 497	-11 978	-38,0 %	484 526	-77 758	-19,1 %	396 570	87 955	22,2 %
HLK	23 478	1 474	5,9 %	295 038	6 022	2,0 %	285 432	9 606	3,4 %
AKU	15 682	-577	-3,8 %	181 655	-9 797	-5,7 %	196 047	-14 392	-7,3 %
KDI	41 290	1 618	3,8 %	497 093	-5 839	-1,2 %	482 056	15 036	3,1 %
OSS	14 527	331	2,2 %	151 006	-3 356	-2,3 %	144 385	6 621	4,6 %
STAB	-1 109	1 130	5424 %	228	339	59,8 %	-1 096	1 324	-120,8 %
FPO	7 670	-740	-10,7 %	70 970	12 546	15,0 %	47 726	23 244	48,7 %
<b>OUS</b>	<b>209 760</b>	<b>-18 611</b>	<b>-9,7 %</b>	<b>2 358 718</b>	<b>-96 953</b>	<b>-4,3 %</b>	<b>2 186 881</b>	<b>171 837</b>	<b>7,9 %</b>



## 3.2 Andre driftskostnader per klinikk

Andre driftskostnader i 1000 kr. Inklusive øremerkede midler.	des			HiÅ			HiF	Endring	
	Resultat	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Resultat	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Resultat	I 1000 kr	i %
PHA	28 366	-16 273	-134,6 %	145 946	1 666	1,1 %	131 084	14 862	11,3 %
MED	8 759	-6 313	-258,1 %	42 266	-12 938	-44,1 %	44 136	-1 871	-4,2 %
KKN	7 095	-3 084	-76,9 %	65 738	-17 625	-36,6 %	59 738	6 000	10,0 %
KVB	6 644	30	0,5 %	74 855	4 954	6,2 %	52 410	22 446	42,8 %
KKT	13 636	-5 720	-72,3 %	112 696	-19 294	-20,7 %	106 924	5 772	5,4 %
HLK	9 261	-6 553	-242,0 %	37 358	-4 613	-14,1 %	33 502	3 856	11,5 %
AKU	22 932	-325	-1,4 %	270 528	-11 280	-4,4 %	264 621	5 906	2,2 %
KDI	18 163	-9 325	-105,5 %	124 618	-20 041	-19,2 %	106 430	18 187	17,1 %
OSS	72 537	12 304	14,5 %	864 485	35 873	4,0 %	880 159	-15 674	-1,8 %
STAB	92 329	-8 835	-10,6 %	1 036 658	4 816	0,5 %	869 939	166 719	19,2 %
FPO	1 779	-2 047	765,7 %	-14 938	24 413	257,7 %	15 436	-30 374	-196,8 %
<b>OUS</b>	<b>286 325</b>	<b>-46 843</b>	<b>-19,6 %</b>	<b>2 795 053</b>	<b>-1 240</b>	<b>0,0 %</b>	<b>2 608 920</b>	<b>186 132</b>	<b>7,1 %</b>

### 3.3 Resultat for AS'ene

AS'ene i 1 000 kr	Budsjett		Regnskap	
	Årsbudsjett	HiÅ	HiÅ	Avvik HiÅ
Barnehagebygg AS	-374	-374	-297	-77
MEDINNOVA	-1 440	-1 440		-1 440
Norsk Medisinsk Syklotronsenter AS	-1 050	-1 050	-1	-1 049
Radpark AS	-1 959	-1 959	-3 992	2 033
SMOS	-6 617	-6 617	-12 227	5 610
Sykehotell AS	-592	-592	-1 056	464
<b>Totalt</b>	<b>-12 032</b>	<b>-12 032</b>	<b>-17 573</b>	<b>5 541</b>

## 3.6 Tiltaksgjennomføring per desember

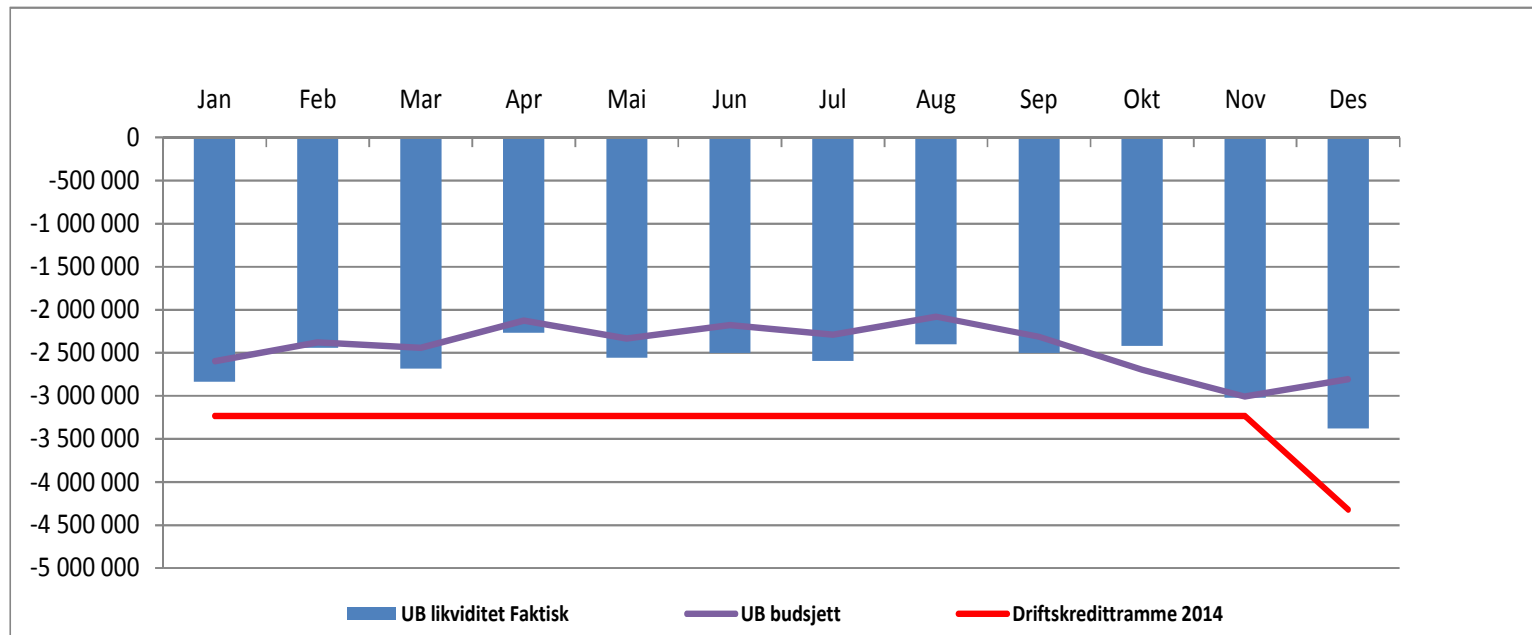
<b>(i 1000 kroner)</b>			
<b>KLI</b>	<b>Bud helår</b>	<b>Realisert øk effekt</b>	<b>Avvik</b>
KPHA	20 300	13 300	-7 000
MED	13 100	7 600	-5 500
KKN	66 400	24 500	-41 900
KVB	37 800	20 500	-17 300
KKT	26 500	19 000	-7 500
HLK	10 500	7 400	-3 100
AKU	28 700	15 700	-13 000
KDI	34 600	26 000	-8 600
OSS	17 300	15 800	-1 500
<b>Totalt</b>	<b>255 200</b>	<b>149 800</b>	<b>-105 400</b>



## 3.5 Likviditet

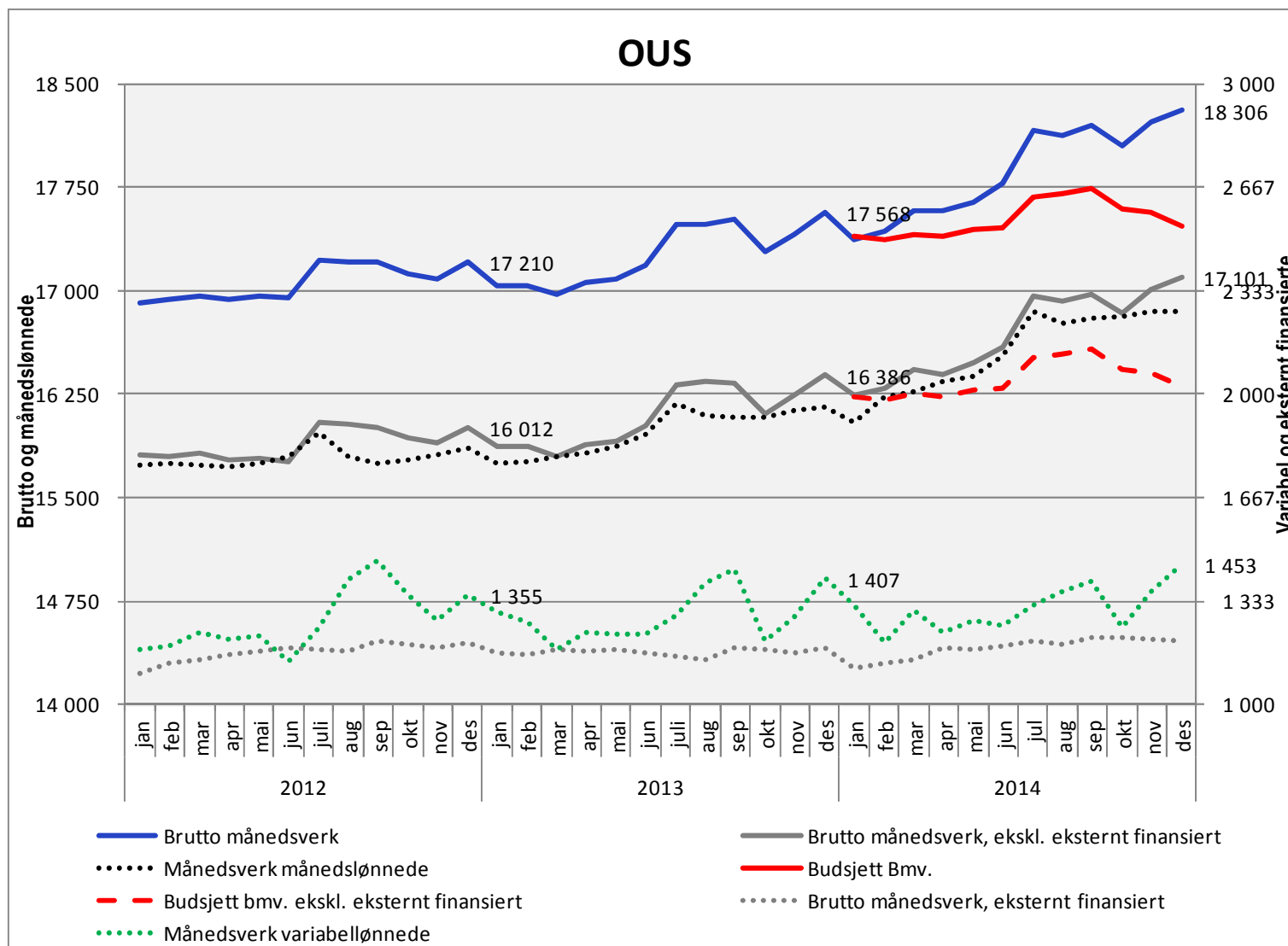
### Utvikling likviditet

(utgående saldo ved periodeslutt)



Rapportert utvikling i likviditet omfatter i hovedsak benyttet driftkreditt. Bankinnskudd på skattetrekkkonto og konti for øremerkede midler inngår ikke. Utgående saldo i desember er forverret, i hovedsak på grunn av tilbakebetaling av basisinntekt til Helse Sør-Øst RHF og pålagt kjøp av egenkapitalandeler i Pensjonskassen for helseforetalene i hovedstadsområdet.

## 4.1 Bemanningsutvikling



## 4.2 Bemanningsindikatorer

OUS Indikator	Denne måned			Hittil i 2014				2014 mot 2013			
	des 2014	Budsjett	Avvik fra budsjett	Pr. des	Budsjett	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Δ des 2014 mot des 2013	%-vls endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor	%-vls endring
Brutto månedsværk	18 306	17 470	836	17 868	17 517	351	2,0 %	739	4,0 %	610	3,4 %
Brutto månedsværk, ekskl. eksternt finansiert	17 101	16 308	793	16 687	16 355	332	2,0 %	714	4,2 %	596	3,6 %
Brutto månedsværk, eksternt finansiert	1 205	1 162	43	1 182	1 162	20	1,7 %	24	2,0 %	14	1,2 %
Innleie fra vikarbyrå	221	100	121	190	97	93	96,5 %	17	8 %	29	18,1 %
Månedsværk månedslønnede	16 853	16 343	510	16 558	16 348	210	1,3 %	692	4,1 %	586	3,5 %
Månedsværk variabellønnede	1 453	1 127	327	1 310	1 169	142	12,1 %	46	3,2 %	24	1,9 %
Netto månedsværk nasj. ind.	15 208	-	-	14 320	-	-	-	841	5,5 %	518	3,6 %
Sykefraværspersent	7,0	7,4	-0,4	7,1	7,4	-0,3	-4,0 %	-0,2	-1,7 %	-0,3	-4,1 %

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

Brutto månedsværk, Intern finansiering	Denne måned			Hittil i 2014				2014 mot 2013			
	des 2014	Budsjett	Avvik fra budsjett	Pr. des	Budsjett	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Δ des 2014 mot des 2013	%-vls endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor	%-vls endring
PHA	2 198	1 946	251	2 156	2 054	101	4,9 %	96	4,4 %	76	3,5 %
MED	1 267	1 200	68	1 250	1 197	53	4,5 %	36	2,9 %	44	3,5 %
KKN	2 219	2 111	108	2 158	2 109	48	2,3 %	77	3,5 %	65	3,0 %
KVB	1 704	1 646	58	1 654	1 652	2	0,1 %	73	4,3 %	34	2,1 %
KKT	2 277	2 203	75	2 237	2 176	62	2,8 %	66	2,9 %	80	3,6 %
HLK	844	793	51	823	800	22	2,8 %	26	3,1 %	25	3,0 %
AKU	2 406	2 312	94	2 332	2 310	22	1,0 %	104	4,3 %	76	3,2 %
KDI	2 040	2 039	0	1 990	2 013	-23	-1,1 %	98	4,8 %	82	4,1 %
OSS	1 933	1 837	97	1 877	1 826	51	2,8 %	160	8,3 %	129	6,9 %
<b>OUS</b>	17 101	16 308	793	16 687	16 355	332	2,0 %	714	4,2 %	596	3,6 %



## 4.3 Månedsværk fordelt på stillingskategorier

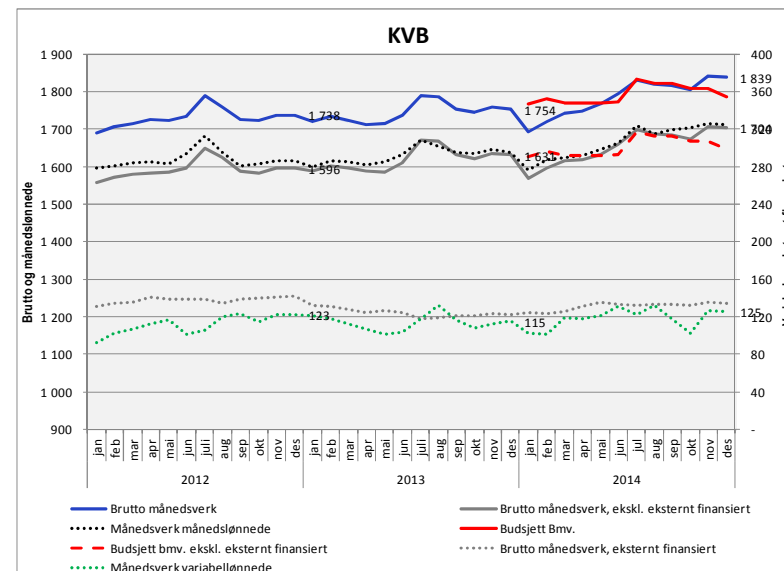
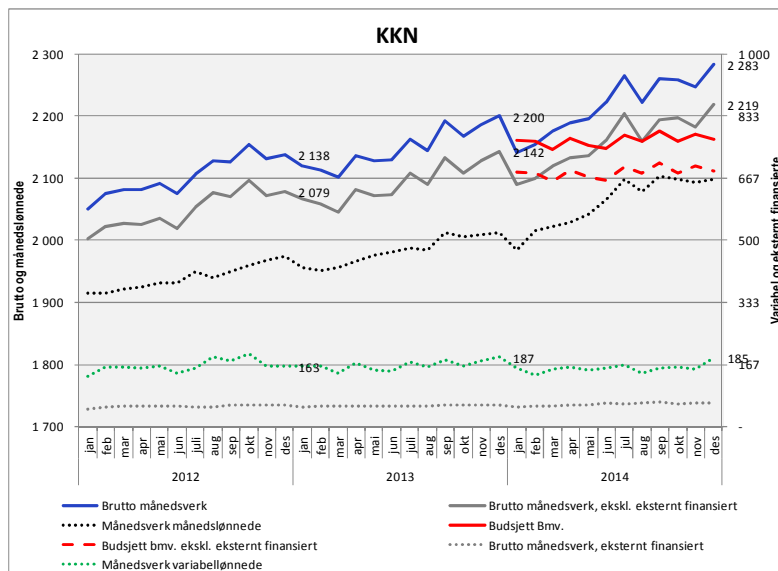
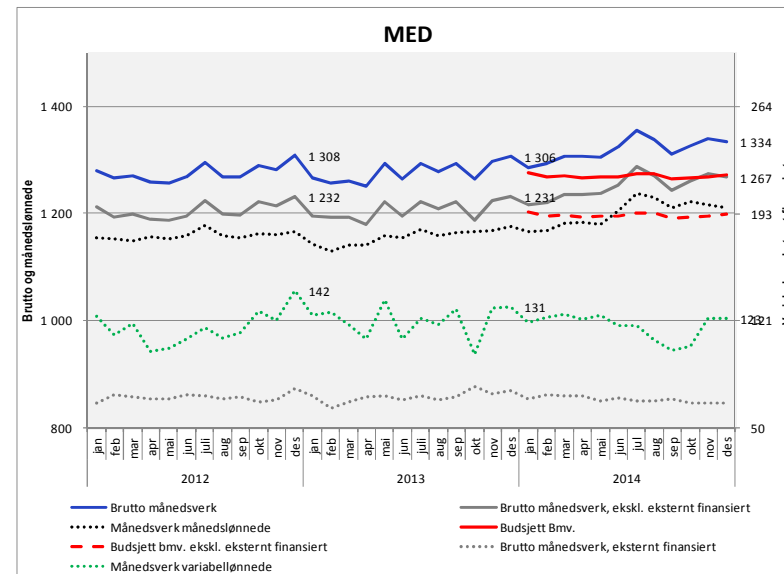
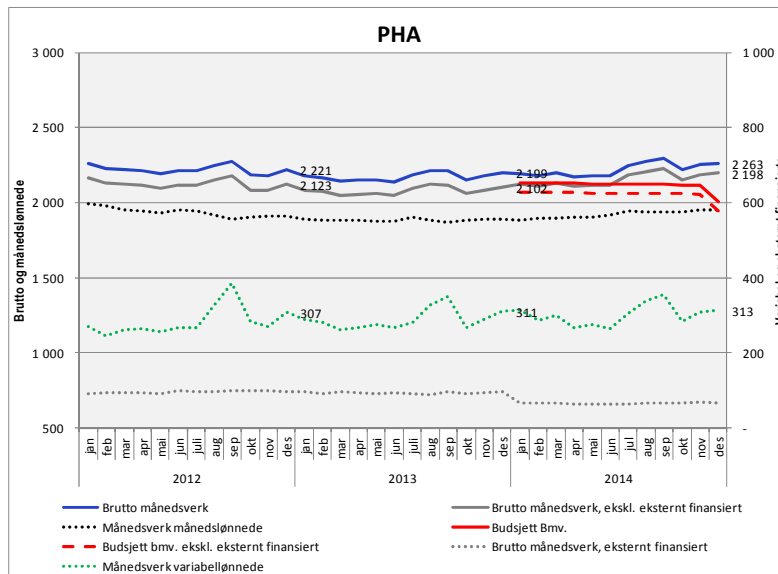
Brutto månedsværk OUS	Forrige periode	Denne periode	Hittil i 2014	Hittil i 2013	2014 mot 2013				Stillingskategorienes gjennomsnittlige andel		
	nov 2014	des 2014	Pr. des	Pr. des	Δ des 2014 mot des 2014	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor	%-vis endring	Andel hele 2014	Andel hele 2013	Gj.snittelig endring 2014 mot 2013
(1) Administrasjon/Ledelse	3 096	3 122	3 056	2 970	84	2,7 %	86	2,8 %	17,1 %	17,2 %	2,9 %
(2) Pasientrettede stillinger	1 502	1 516	1 518	1 496	26	1,7 %	22	1,4 %	8,5 %	8,7 %	1,5 %
(3) Leger	2 385	2 401	2 342	2 265	117	4,9 %	78	3,3 %	13,1 %	13,1 %	3,4 %
(3a) Overleger	1 465	1 475	1 428	1 378	84	5,7 %	49	3,5 %	8,0 %	8,0 %	3,6 %
(3b) LIS-leger	883	890	880	852	31	3,5 %	28	3,2 %	4,9 %	4,9 %	3,3 %
(3c) Turnusleger	38	36	34	34	1	3,0 %	-0	-0,4 %	0,2 %	0,2 %	-0,4 %
(4) Psykologer	270	271	265	254	15	5,4 %	11	4,0 %	1,5 %	1,5 %	4,2 %
(5) Sykepleier	5 956	5 959	5 754	5 526	300	5,0 %	228	4,0 %	32,2 %	32,0 %	4,1 %
(6) Helsefagarbeider/hjelpepleier	567	574	569	571	4	0,7 %	-2	-0,4 %	3,2 %	3,3 %	-0,4 %
(7) Diagnostisk personell	1 483	1 483	1 454	1 371	75	5,1 %	84	5,7 %	8,1 %	7,9 %	6,1 %
(8) Apotekstillinger	3	3	3	3	-	0,0 %	0	14,1 %	0,0 %	0,0 %	23,9 %
(9) Drifts/teknisk personell	1 551	1 564	1 528	1 485	57	3,6 %	43	2,8 %	8,6 %	8,6 %	2,9 %
(10) Ambulansepersonell	502	521	489	467	35	6,7 %	22	4,5 %	2,7 %	2,7 %	4,7 %
(11) Forskning	850	852	827	799	24	2,8 %	28	3,4 %	4,6 %	4,6 %	3,5 %
(99) Ukjente	34	19	50	50	-8	-43,7 %	1	1,3 %	0,3 %	0,3 %	2,7 %
<b>SUM</b>	<b>18 217</b>	<b>18 306</b>	<b>17 869</b>	<b>17 258</b>	<b>739</b>	<b>4,0 %</b>	<b>610</b>	<b>3,4 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100,0 %</b>	<b>3,5 %</b>



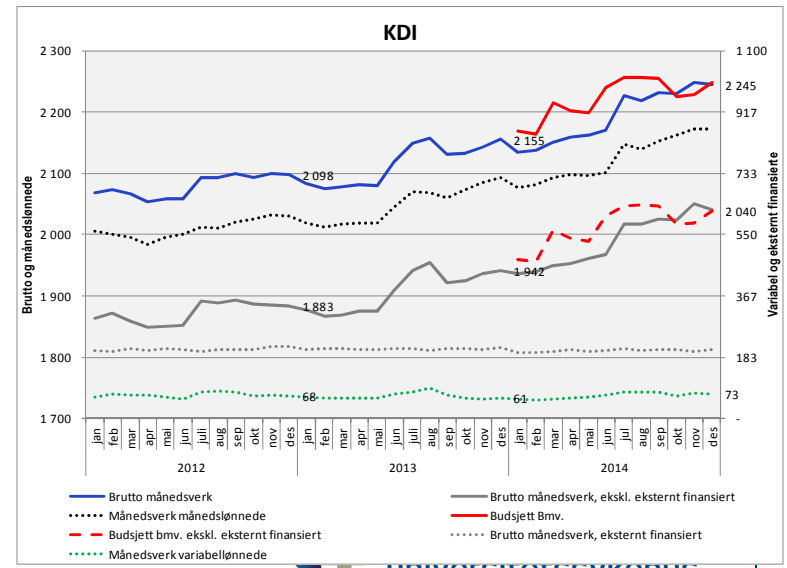
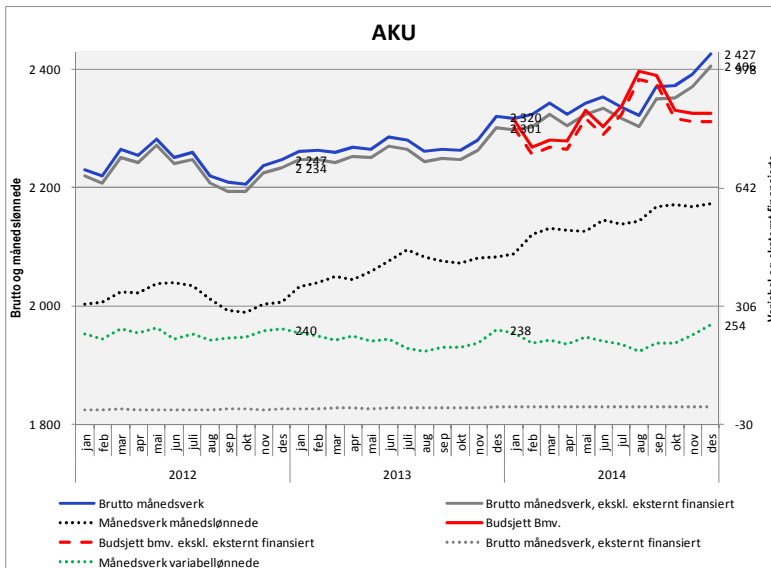
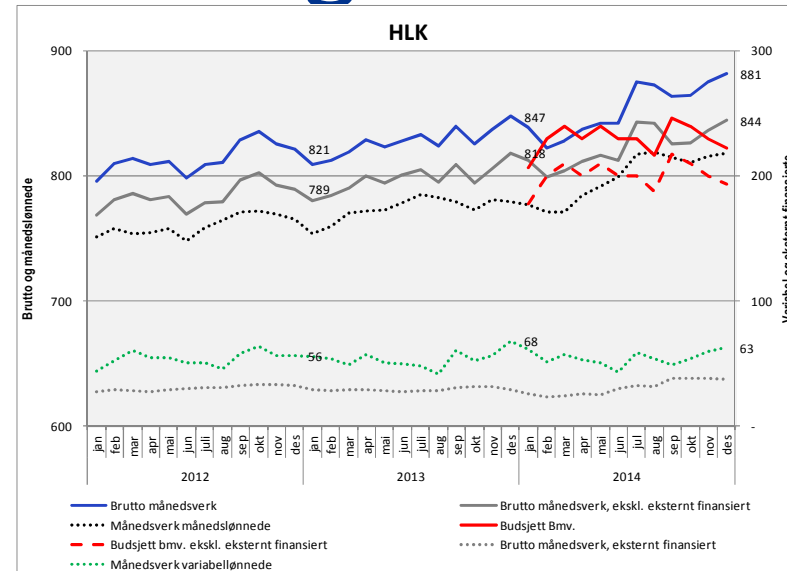
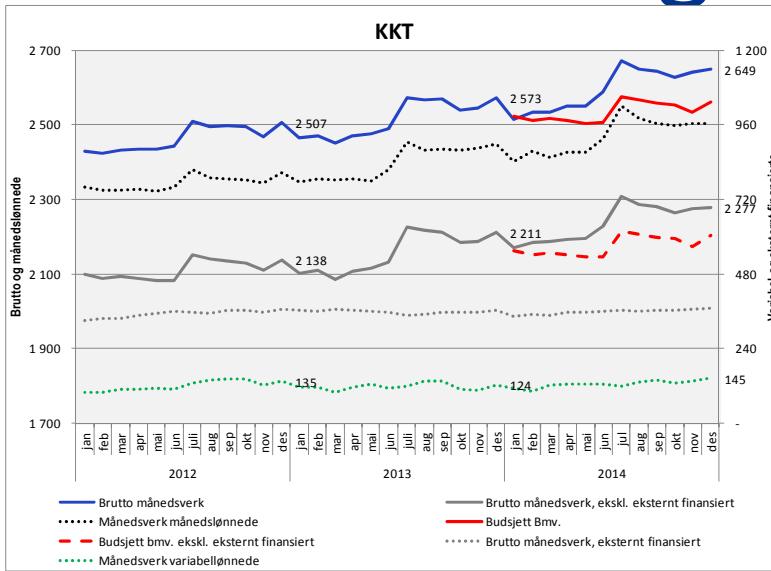
## 4.4 Andel deltid per klinikk

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

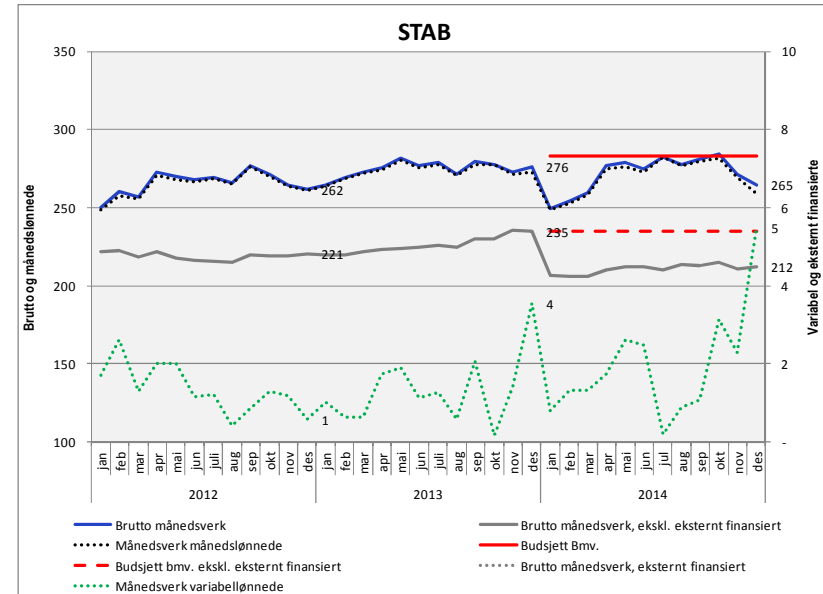
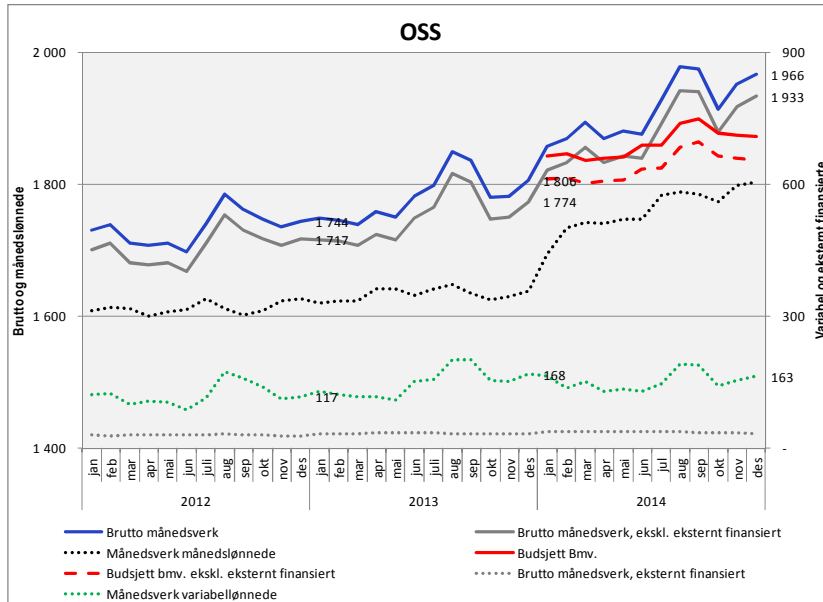
# 4.5 Bemanningsutvikling klinikk



# 4.5 Bemanningsutvikling klinikk

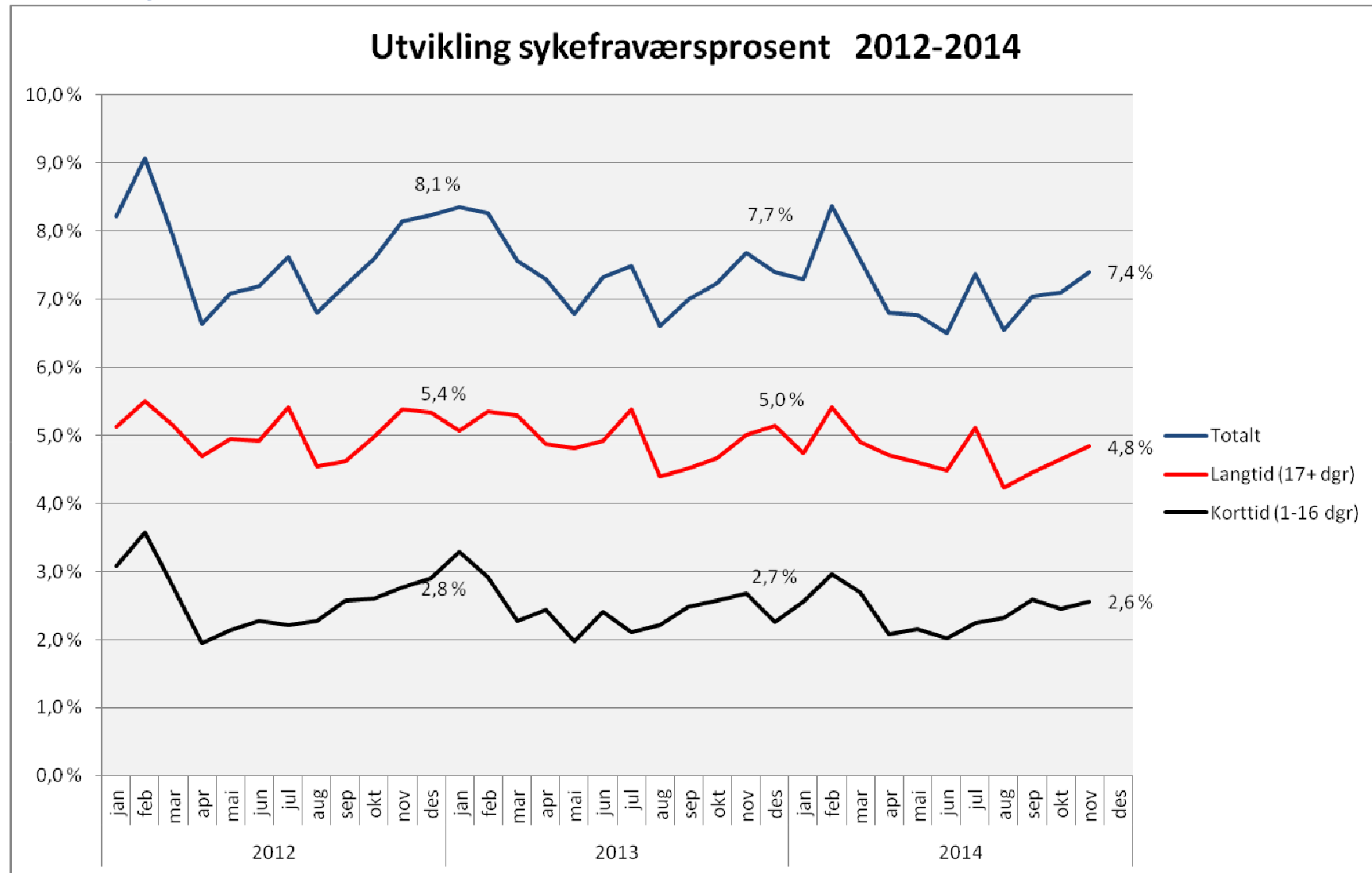


# 4.5 Bemanningsutvikling klinikk





## 4.6 Sykefravær



## 4.7 Sykefravær per klinikk

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

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



# Definisjoner årsverksindikatorer

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



# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 13. februar 2015

Saksbehandler: Direksjonssekretær

Vedlegg:

---

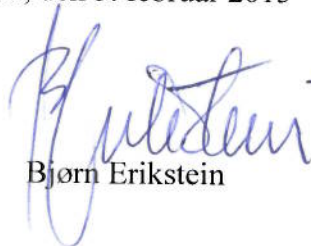
### **SAK 5/2015 RAPPORT PER JANUAR 2015**

Resultater per januar 2015 vil bli lagt frem i styremøtet.

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

*Styret tar saken til orientering.*

Oslo, den 5. februar 2015

  
Bjørn Erikstein

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 13. februar 2015

Saksbehandler: Direksjonssekretær

Vedlegg: 1. Utkast til Årlig melding for 2014  
2. Brukerutvalgets Årsrapport 2014

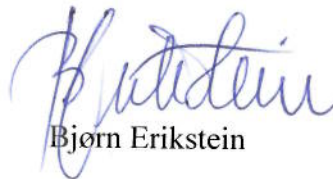
---

### SAK 6/2015 ÅRLIG MELDING 2014 OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS

#### Forslag til vedtak:

1. *Styret slutter seg til utkast til Årlig melding for 2014 med de innspill som er gitt i møtet.*
2. *Styret gir administrerende direktør fullmakt til å justere Årlig melding ut fra de endelige driftsresultater for 2014 og de innspill som er fremkommet i møtet.*

Oslo, 5. februar 2015



Bjørn Erikstein

### **Bakgrunn**

Etter § 14 i vedtektene til Oslo universitetssykehus HF skal styret i foretaket hvert år sende en melding til Helse Sør-Øst RHF som viser styrets plandokument for virksomheten og styrets rapport for oppdrag og bestilling i foregående år.

Årlig melding settes opp etter en mal utarbeidet av Helse Sør-Øst RHF og består i tillegg til en innledning av to hoveddeler:

- Rapporteringsdel for oppdrag og bestilling 2014 (Del II)
- Styrets plandokument (Del III).

Til Årlig melding vedlegges Brukerutvalgets årsrapport for 2014.

Frist for oversendelse av samlet Årlig melding er 1. mars 2015.

Rapporteringsdelen for 2012 (Del II) ble, slik Helse Sør-Øst RHF har bedt om, sendt det regionale foretaket 20. januar 2015.

### **Administrerende direktørs vurdering og anbefaling**

For å sikre fremdrift i det videre arbeidet med årlig melding, bes det om at administrerende direktør gis fullmakt til å ferdigstille arbeidet med meldingen, inkludert oppdatering med de endelige driftsresultater når disse foreligger.

**OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF**

# **Årlig melding 2014**

til Helse Sør-Øst RHF

Oslo 30. januar 2015

## Innhold

DEL I:	INNLEDNING OG SAMMENDRAG .....	3
1.	Innledning .....	3
1.1.	Om Oslo universitetssykehus HF – oppgaver og organisering .....	3
1.2.	Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag.....	4
1.3.	Oslo universitetssykehus HF's mål for 2014.....	5
1.4.	Virksomhetsstyring - styrets arbeid med intern styring og kontroll.....	5
1.4.1.	Arbeidet med god virksomhetsstyring .....	5
1.4.2.	Risikostyring og vurdering av overordnet risikobilde.....	7
1.4.3.	Styrets arbeid med god virksomhetsstyring.....	9
1.5.	Medvirkning fra brukere og ansatte.....	10
2.	Sammendrag .....	12
2.1.	Positive resultater og uløste utfordringer.....	12
2.2.	Oppfølging av mål for Helse Sør-Øst.....	18
2.3.	Evalueringsav egen virksomhet og organisering.....	20
DEL II:	RAPPORTERINGER.....	21
3.	Rapportering i forhold til oppdrag og bestilling for 2014.....	21
3.1.	Overordnede føringer .....	21
3.1.1.	Mål for Helse Sør-Øst.....	21
3.1.2.	Tildeling av midler .....	22
3.2.	Resultater for mål 2014.....	25
3.2.1.	Aktivitet .....	25
3.2.2.	Tilgjengelighet og brukerorientering.....	25
3.2.3.	Kvalitet og pasientsikkerhet .....	29
3.2.4.	Personell, utdanning og kompetanse .....	44
3.2.5.	Forskning og innovasjon .....	45
3.3.	Styringsparametre 2014.....	49
3.4.	Organisatoriske krav og rammebetingelser .....	54
3.4.1.	Krav og rammer for 2014.....	54
3.4.2.	Øvrige styringskrav 2014.....	55
4.	Rapportering for øvrige oppdrag gitt i løpet av 2014.....	62
DEL III:	STYRETS PLANDOKUMENT.....	64
5.	Utviklingstrender og rammebetingelser .....	64
5.1.	Faglig og demografisk utvikling.....	64
5.2.	Forventet økonomisk utvikling .....	66
5.3.	Personell- og kompetansebehov .....	66
5.4.	Bygningskapital og øvrige investeringsområder – status og utfordringer .....	68
6.	Helseforetakets planer for utviklingen .....	73
6.1.	Pasientbehandling .....	73
6.2.	Forskning og innovasjon .....	81
6.3.	Kunnskapsutvikling og god praksis .....	82
6.4.	Organisering og utvikling av fellestjenester.....	83
6.5.	Mobilisering av medarbeidere og ledere.....	84
6.6.	Bærekraftig utvikling gjennom god økonomistyring.....	85
DEL IV:	VEDLEGG .....	86
Vedlegg 1:	Årsrapport brukerutvalget.....	86



# DEL I: INNLEDNING OG SAMMENDRAG

## 1. Innledning

### 1.1. Om Oslo universitetssykehus HF – oppgaver og organisering

Oslo universitetssykehus HF yter et bredt spekter av spesialisthelsetjeneste og har nasjonale funksjoner, fler-regionale- og regionale funksjoner og område- og lokalsykehusfunksjoner. For å ivareta disse oppgavene driver Oslo universitetssykehus HF avansert pasientbehandling, forskning, utprøvende behandling, opplæring og rådgivning på høyt internasjonalt nivå.

Oslo universitetssykehus HF har et nasjonalt ansvar som kompetansemiljø og referanseinstitusjon for sentrale myndigheter og for andre sykehus, samt i utdanning av helsepersonell. Samarbeid om utdanning av medisinstudenter og helsefagstudenter reguleres i egne avtaler med utdanningsinstitusjonene.

Helseforetaket har som mål å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det når de trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn. Forskning og utviklingsarbeid gjør spesialisthelsetjenesten bedre i stand til å foreta kritiske vurderinger og riktig prioritering av etablerte og nye diagnostiske metoder, behandlingstilbud og teknologi og til å ivareta og veilede pasientene. Utdanning av helsepersonell i spesialisthelsetjenesten omfatter grunnutdanning, videre- og etterutdanning, turnustjeneste, spesialistutdanning og ulike typer kurs i regi av arbeidsgiver. Ved kronisk eller langvarig sykdom er opplæring for å mestre sykdommen viktig. Tidligere pasienters og pårørendes kunnskap er nyttig informasjon for andre som kommer i samme situasjon.

Kreftregisteret har ansvaret for registrering av alle krefttilfeller i Norge, forskning, rådgiving og informasjon om kreft. Kreftregisteret skal være en enhet innenfor Oslo universitetssykehus HF. Kreftregisteret har eget styre som oppnevnes av styret ved Oslo universitetssykehus HF.

Virksomheten i Oslo universitetssykehus HF skal drives med sikte på å nå nasjonale helse-, forsknings- og utdanningspolitiske mål og helseforetaksgruppens samlede målsetninger innenfor de mål, resultatkrav og rammer som fastsettes gjennom vedtekter, instruksjoner, avtaler, beslutninger truffet i foretaksmøtet, tildelte bevilgninger og vilkår knyttet til bevilgningsvedtakene. Hensynet til brukerne skal legges til grunn for foretakets samlede virksomhet.

#### **Funksjonsfordeling**

Alle regionsfunksjoner i Helse Sør-Øst er samlet ved Oslo universitetssykehus HF med unntak av reumakirurgi og deler av reumatologi. Disse er plassert ved Diakonhjemmet sykehus. Områdefunksjoner innen øre-, nese- og halssykdommer er fordelt mellom Lovisenberg diakonale sykehus og Oslo universitetssykehus. For øvrig er alle områdefunksjoner samlet ved Oslo universitetssykehus HF. Diakonhjemmet sykehus har fortsatt egen akuttkirurgi, og det har vært arbeidet med å planlegge overflytting av denne virksomheten til Oslo universitetssykehus HF. Det pågår nå en prosess i regi av Helse Sør-Øst RHF hvor man ser spesielt på kapasitet i hovedstadsområdet og i den forbindelse også endret oppgavedeling. Akuttkirurgisk virksomhet ved Diakonhjemmet sykehus må vurderes i denne sammenheng. Lovisenberg diakonale sykehus dekker indremedisin i bydel Sagene for Oslo universitetssykehus.

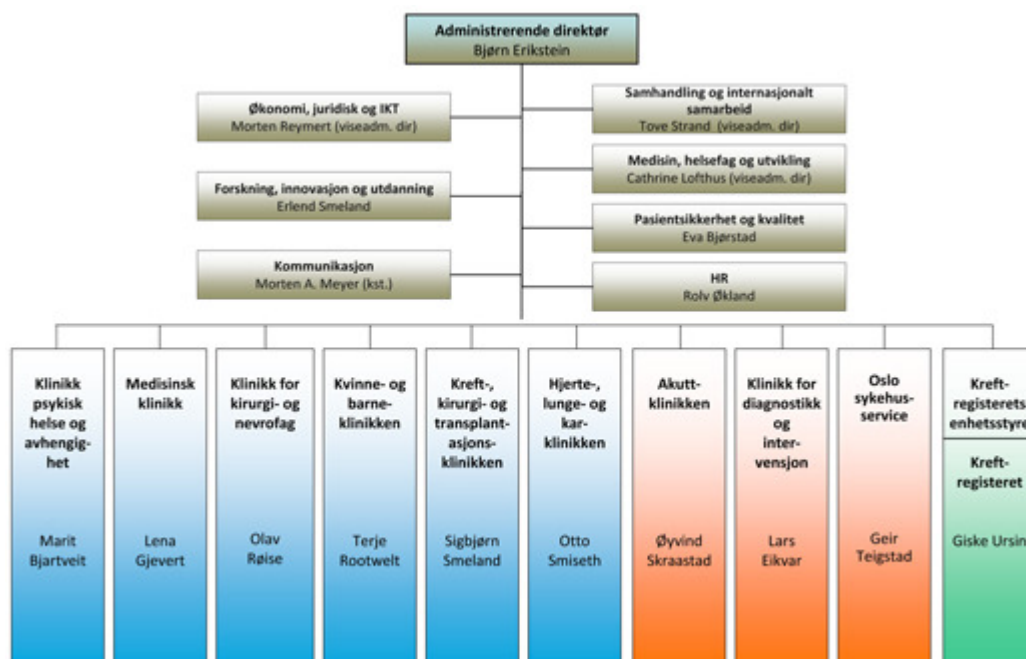
## Opptaksområde Oslo universitetssykehus

Foretaket har lokalsykehusansvar for bydelene Bjerke, Nordstrand, Søndre Nordstrand, Nordre Aker, Østensjø og Sagene. I tillegg har foretaket områdeansvar for bydelene Vestre Aker, Ullern, Frogner, St. Hanshaugen, Gamle Oslo og Grünerløkka. Dette innebærer et opptaksområde for lokalsykehusansvaret på i overkant av 250 000 innbyggere og områdeansvar for en befolkning på mer enn 500 000 personer. For enkelte funksjoner som eksempelvis øye, strekker områdeansvaret seg utover Oslo og tilsvarer et befolkningsgrunnlag på nærmere en million.

## Organisering

Oslo universitetssykehus har ni klinikker, inkludert Oslo sykehusservice som leverer ikke-medisinske tjenester til resten av foretaket. Omsetningen er omlag tjue milliarder kroner. I overkant av 20 000 mennesker har sitt arbeidssted ved Oslo universitetssykehus. Foretaket har virksomhet på flere ulike steder. Organisasjonskartet vises i nedenstående figur.

Organisasjonskart per desember 2014 - Oslo universitetssykehus HF



## 1.2. Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag

Den nasjonale visjonen som ble etablert ved oppstart av helsereformen i 2002 (jfr. også formålsbestemmelsen i Lov om helseforetak); ”Gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger når de trenger det, uavhengig av, alder, bosted, kjønn, økonomi og etnisitet”, samt de nasjonale verdiene for helseforetakene ”kvalitet, trygghet og respekt” er lagt til grunn for arbeidet med helseforetakets strategier og verdigrunnlag.

Innenfor lovpålagte oppgaver og regional strategi 2009-2020, har Oslo universitetssykehus vedtatt en strategi for perioden 2013-2018. Visjonen er ”Sammen med pasientene utvikler vi morgendagens behandling”.

Oslo universitetssykehus skal:

- ta utgangspunkt i pasientenes perspektiv
- være et fremragende universitetssykehus, en lærende og skapende organisasjon
- være en god samarbeidspartner en engasjert samfunnsaktør
- ha et arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt

### 1.3. Oslo universitetssykehus HFs mål for 2014

Helseforetakets mål for 2014 følger blant annet av eiers Oppdrag og bestilling for 2014, andre vedtak i foretaksmøte og helseforetakets strategi. I oppfølgingen av dette har Oslo universitetssykehus blant annet arbeidet for at helseforetaksgruppen skal oppnå de prioriterte mål for perioden 2011-2014 som er omtalt under punkt 2.2.

Oslo universitetssykehus arbeider kontinuerlig med å oppnå de mål som settes for virksomheten. Oppnåelsen av helseforetakets mål og løsningen av oppdrag og oppgaver er fordelt i organisasjonen og følges opp i foretakets styringssystem. Det rapporteres månedlig til eier og rapporter sendes også andre instanser.

Eiers Oppdrag og bestilling for 2014 med tilhørende tildelinger rapporteres i Årlig melding.

### 1.4. Virksomhetsstyring - styrets arbeid med intern styring og kontroll

#### 1.4.1. *Arbeidet med god virksomhetsstyring*

Å utvikle gode systemer for styring og kontroll har vært vektlagt helt siden helseforetaket ble etablert. Ved siden av myndighetenes krav om internkontroll følger også helseforetaket kravene fra Helse Sør-Øst RHF om god virksomhetsstyring, og interne føring for å ivareta best mulig kvalitet. Med intern styring og kontroll menes prosesser, systemer og rutiner som er igangsatt av ledelse og ansatte for å gi rimelig sikkerhet for at helseforetaket har en målrettet og effektiv drift, rapporterer pålitelig styringsinformasjon og etterlever lover og regler. Et sentralt prinsipp er at intern styring og kontroll skal tilpasses virksomhetens risiko og egenart.

Internkontrollansvaret ligger i linjen, og stabsenhetene har en vesentlig rolle i arbeidet med å understøtte resultatenehetenes arbeid med å etablere og gjennomføre intern styring og kontroll. I arbeidet har det også vært gjennomført egenkontroller og revisjoner som ledd i den enkelte leders oppfølging i egen enhet på de ulike nivå i foretaket.

Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst har i 2014 gjennomført en revisjon vedrørende intern styring og kontroll som del av virksomhetsstyringen i Hjerte -, lunge- og karklinikken. Det er lagt opp til at alle klinikkene skal kunne dra nytte av funnene og handlingsplanene fra denne revisjonen.

Oslo universitetssykehus sin strategi 2013-2018 angir visjon, verdier og overordnede styringsmål. Virksomhetsstyringen følges opp regelmessig med månedlige oppfølgingsmøter og i utvidete tertialvise gjennomganger i forbindelse med ledelsens gjennomgang både innad i foretaket og med styret.

#### **Internkontroll**

Alle ledere skal gjennomføre intern styring og kontroll innen eget ansvarsområde. Dette skjer blant annet med utgangspunkt i systematiske risikovurderinger og i den tertialvise oppfølging i ledelsens gjennomgang. Oppfølging og kontroll med internkontrollen skjer i lederlinjen. Foretakets lederutviklingsprogram for virksomhetsstyring er under utvikling. Det vil nå bli styrket slik at avdelings- og seksjonsledere blant annet får bedre innføring og innsikt i helseforetakets systemer for intern styring og kontroll.

Dokumenter som skal sikre god styring og kontroll er samlet i helseforetakets elektroniske dokumentstyringssystem (eHåndboken). Her kan ansatte finne de dokumentene de trenger i arbeidet med prosesser, pasientforløp og praktiske rutiner. Det er iverksatt flere utviklingsprosjekter for å sikre at verktøyet fungerer effektivt for brukerne. Som en følge av ett av prosjektene vil deler av eHåndboken bli tilgjengelig på internett fra 2015.

## **Tilsyn**

I 2014 har det vært gjennomført 33 tilsyn mot 47 i 2013. Fortsatt er det Mattilsynet, Det lokale el-tilsynet og Arbeidstilsynet som hyppigst gjennomfører tilsyn. I løpet av året har vi hatt besøk fra følgende 10 tilsynsmyndigheter:

- Oslo Brann- og redningsetat
- Fylkesmannen ved Helseavdelingen og Miljøavdelingen
- Helsedirektoratet
- Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap
- Det lokale el-tilsyn (netteier)
- Riksrevisjonen
- Statens strålevern
- Statens legemiddelverk
- Arbeidstilsynet
- Mattilsynet

En egen tilsynskoordinator koordinerer og sikrer oppfølging av alle tilsynsbesøk fra tilsynsmyndigheter. Det gir samarbeid om gjennomføring av tilsynene samt tydelig rollefordeling for videre oppfølging av avvik, pålegg og øvrige tilbakemeldinger. Gjennom de rutiner som er etablert blir tilsyn med avvik eller anmerkninger fulgt opp med konkrete handlingsplaner. Tilsyn fra Arbeidstilsynet, Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap og Oslo brann- og redningsetat har medført omfattende planer og arbeid med bygninger, utstyr og infrastruktur. Noen av tiltakene strekker seg over flere år, og derfor følges disse sakene opp med jevnlig dialogmøter. Styret holdes løpende orientert om tilsynsaktiviteten.

## **Avviksbehandling**

Antall registreringer av uønskede hendelser, avvik og farlige forhold, har vist en jevnt økende tendens de senere år og tendensen gjentar seg i 2014. Tendensen bekrefter en god ”meldekultur”.

Lærings erfaringer og tiltak fra konkrete hendelser sikres på flere måter:

- HMS saker behandles i lokale og/eller i sentralt arbeidsmiljøutvalg.
- Alle viktige pasienthendelser behandles i klinikkenes pasientsikkerhets- og kvalitetsutvalg.
- Konklusjoner i pasientsaker behandlet av Helsetilsynet legges frem og diskuteres i sentralt pasientsikkerhets- og kvalitetsutvalg.
- Viktige risikoområder basert på liknede uønskede hendelser/enkeltvis lærings saker blir publisert på intranettet.
- Rutine for pasientsikkerhetsvisitter og andre tiltak i forbindelse med nasjonal pasientsikkerhetskampanje er innført/under innføring.

## **Interne revisjoner**

Foretaket har en enhet som planlegger, organiserer og rapporterer interne revisjoner på foretaksnivå, samt bistår linjen med oppbygging av revisjonskompetanse. Klinikkenes revisjoner (egenrevisjoner) benyttes som ledd i den enkelte leders oppfølging i egen enhet på ulike nivå i foretaket.

Helseforetaket samhandler med Konsernrevisjonen gjennom regelmessige møter og i oppsettet av revisjonsplaner for å oppnå en best mulig revisjonsdekning av risikoområder ved foretaket.

Revisjonsplanen bygger på vurderinger av risiko i virksomheten. Hensikten er å rette interne revisjoner inn mot områder hvor det er høy risiko for manglende måloppnåelse, manglende etterlevelse av lov- og regelverk og/eller utilstrekkelig eller upålitelig styringsinformasjon.

Foretaksstyret blir fortløpende orientert om funn etter konsernrevisjoner og interne revisjoner. Sakene behandles også av styret hvert tertial gjennom ledelsens gjennomgang hvor det redegjøres for resultatet av alle gjennomførte tilsyn og revisjoner samt status for lukking av avvik.

#### **1.4.2. Risikostyring og vurdering av overordnet risikobilde**

Arbeidet med risikovurdering og risikostyring gjennomføres på alle nivåer i helseforetaket med bakgrunn i en egen retningslinje og et tilrettelagt verktøy. I retningslinjen settes det krav til både regelmessige, tertialvise risikovurderinger og enkeltvise situasjonsbetingede risikovurderinger.

Gjennom identifisering og analyse av risiko utarbeides det på avdelings-, klinikk- og foretaksnivå egne handlingsplaner for risikoreducerende tiltak. Metoden og arbeidet med risikoanalyse og fastsettelse av risikoreducerende tiltak er under stadig evaluering og forbedring.

#### **Tertialvise risikovurderinger**

Den grundigste gjennomgangen av risikosituasjonen gjøres i 1. tertial. Da vurderes risiko i alle klinikker og avdelinger og i helseforetaket som helhet. Utgangspunktet er oppdragsdokumentet og andre bindende føringer og forutsetninger for virksomheten. Risikovurderingene gjøres på fire områder:

- Pasientbehandling
- Arbeidsmiljø
- Forskning/innovasjon/utdanning
- Økonomi/infrastruktur.

Alle identifiserte risikoer er fulgt opp med planer for risikoreducerende tiltak. I 2014 er det gjort effektvurdering av tiltak gjennomført i forrige tertial. Denne effektvurderingen har vist at mange tiltak på overordnet nivå må strekke seg over lengre tid. Generelt har vi også sett at det er grunn til å legge større vekt på oppfølging av planlagte tiltak.

I de to siste tertialene gjøres en noe enklere gjennomgang. Da revurderes og oppdateres de overordnede risikokartene og planene. I forbindelse med budsjettprosessen for 2015 er det gjennomført en egen risikovurdering for å se hvordan helseforetakets risikobilde påvirkes av budsjetttiltakene.

De tertialvise risikovurderingene er rapportert til styret og Helse Sør-Øst RHF innen fastsatte frister.

Hovedpunkter i helseforetakets risikovurdering i forhold til bestillinger og egne mål:

#### **Pasientbehandling**

- Fortsatt viser risikobildet at kapasiteten er utilstrekkelig innen enkelte deler av virksomheten, - særlig innen operasjon, intensiv-/postop- og overvåkningsområdet, - både innen nyfødt- og voksenenehetene. Flere planlagte og igangsatte arealprosjekter har gitt en noe bedret situasjon og det forventes ytterligere forbedring etter hvert som prosjekter slutføres.
- Radiologikapasiteten er bedre men fortsatt er det lenger ventetid enn ønskelig innen flere fagområder. Tilårskommen maskinpark, nedetid i forbindelse med service og utskiftning og utfordringer med oppbemanning og opplæring er noen av årsakene. Det er prioritert ressurser for å bedre kapasiteten ytterligere.
- Kapasitetsproblemene skyldes også mangel på spesialsykepleiere. Det er iverksatt tiltak, og utdanningsstillinger for spesialsykepleiere innen operasjon, intensiv og nyfødt er sterkt prioritert.
- Når det gjelder ventetid, spesielt for langtidsvæntende og fristbrudd ser en at handlingsplanene innen det pasientadministrative arbeidet har gitt positive resultater. Det er fortsatt for lange ventetider innen enkelte fagområder. Innføringen av DIPS, planlagt aktivitetsvekst samt

gjennomføring av prosjekter for poliklinikker og samarbeid med andre sykehus forventes å gi effekt fremover.

- Responstiden til akuttmedisinsk kommunikasjonsentral er forbedret, etter flere tiltak hvor blant annet oppdrag som ikke er hasteoppdrag overføres til Pasientreiser og legevakt.

### **Arbeidsmiljø**

- Bygningsmassens tekniske standard og plassforhold er fortsatt en stor utfordring. Det iverksettes planer innen området for bl.a. å imøtekomme pålegg fra Arbeidstilsynet, Oslo Brann- og redningsetat og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap.
- Innen psykososial/ organisatorisk arbeidsmiljø er det arbeidsbelastning og bedriftskultur som er de største utfordringene. Det arbeides bredt og systematisk i alle klinikkene med å redusere brudd på arbeidstidsbestemmelsene. For å bedre kulturbyggingen er det igangsatt et prosjekt med hovedmålsettingen: "Et arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt".

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

- Det er stort behov for utstyr, arealer og IKT-systemer. Foretaket bidrar i både arbeidsgruppe og styringsgruppe med Helse Sør-Øst og Sykehuspartner om forbedrede løsninger for IKT for forskning. IKT-situasjonen for forskere vil kunne få høyere prioritet etter at DIPS-innføringen er realisert.
- Det er etablert flere nasjonale, regionale og lokale kvalitetsregistre. Registrering av data er i stor grad manuelle og ressurs- og kompetansekrevende for klinikkene. Det arbeides med å tilrettelegge tilfredsstillende IT-løsninger som muliggjør elektronisk uthenting og innregistreringer av data.
- Det meldes systematisk om utilstrekkelig med tid til forskning i miljøer som kombinerer klinisk/diagnostisk aktivitet med forskning. Det er også vanskelig å etablere gode karriereveier for forskere, gitt få faste stillinger samt kortvarig og usikker finansiering av de fleste prosjekter. Logistikk og infrastruktur for kliniske studier er heller ikke tilstrekkelig. Det er i samarbeid med Helse Sør-Øst iverksatt tiltak for å styrke infrastruktur for kliniske studier i helseforetaket gjennom et treårig prosjekt.
- For flere yrkesgrupper har foretaket mindre kapasitet enn ønskelig til å drive etterutdanning og veiledning og å opprette praksisplasser. Flere tiltak er iverksatt for å bedre situasjonen.

### **Økonomi/infrastruktur**

- Somatisk aktivitet har innen enkelte områder vært noe lavere enn budsjettet. Budsjett 2015 vil også være krevende å gjennomføre.
- Det har vært en svakere utvikling i driften i klinikkene enn det totalresultatet for Oslo universitetssykehus HF tilsier. Totalresultatet inneholder blant annet gevinst fra salg av eiendommer som ikke var budsjettet.
- Foretaket har hatt ett økt investeringsnivå i 2013 og 2014, dette har gitt en saktere aldring av den medisinsktekniske utstyrsparken.
- Store deler av bygningsmassen har et vedlikeholdsetterslep og det er betydelige tilsynskrav innen brann, HMS og elektrofag. Det arbeides med en rekke tiltak for å lukke tilsynskravene og redusere risikoer.
- Det er et jevnt høyt antall kritiske feil i flere viktige IKT-applikasjoner. Dette vil først bedres når felles regionale prosjekter gjennomføres innen klinisk dokumentasjon og infrastruktur.

### **Situasjonsbetingede risikovurderinger**

Ved siden av de tertiærvis risikovurderingene gjennomføres også ulike situasjonsbetingede risikovurderinger. Denne type risikovurderinger gjøres ved omstillinger eller når endring i forutsetninger eller krav gjør det nødvendig med gjennomgang av risikoer og konsekvenser.

### **1.4.3. Styrets arbeid med god virksomhetsstyring**

Styret handler innenfor foretakets formål, regelverk, pålegg og krav. Styret vedtar strategier, planer og mål for virksomheten, herunder planer for omstilling og forbedring, oppfølging av tilsyn og revisjoner og krav og bestillinger fra eier m.m.

Styret holder seg orientert om foretakets virksomhet og gjør vedtak om eventuelle tiltak og korrigeringer for å styre mot de oppsatte planer og mål. Styremøtene har faste aktivitets- og økonomirapporteringer og orienteringer fra virksomheten. Herunder foretakets arbeid med ventelister og fristbruddspasienter. Hvert tertial utvides rapporteringen og det fremlegges risikovurderinger på sentrale områder som styret tar til etterretning og som rapporteres til Helse Sør-Øst RHF. Styret følger utvalgte områder og saker over tid og får fremlagt status oppfølging av styrets vedtak hvert halvår.

Styret behandler alle saker som skal til Helse Sør-Øst RHF for godkjenning. Oppdrag og bestilling fra Helse Sør-Øst RHF rapporteres i Årlig melding. Årets virksomhet legges frem for godkjenning av eier i årsoppgjøret.

Styret har en instruks for sitt arbeid og har gitt instruks til administrerende direktør. Styreleder deltar i oppfølgingsmøtene med Helse Sør-Øst RHF. Administrerende direktør deltar i direktørmøtene i regi av Helse Sør-Øst RHF.

Styret for Oslo universitetssykehus HF hadde syv møter i 2014. Styret behandlet 75 saker. Det har vært fem foretaksmøter.

Styret har fremlagt beretning og årsregnskap for 2013, vedtatt i foretaksmøte 13. juni 2014.

Styret har vedtatt og fulgt opp plan og budsjett for 2014 og eiers oppdrag og bestilling og styringsbudskap for 2014.

Arbeidsmiljørapport for 2013 er behandlet. Styret har fulgt opp eiers styringsbudskap og prestasjonskrav og at helseforetaket har rapportert til eier i henhold til gjeldende rutiner. Årlig melding for 2013 er oversendt Helse Sør-Øst RHF.

Styret har fulgt opp arbeidet med Idefase OUS – Campus Oslo.

I arbeidet med å etablere gjennomgående systemer som bidrar til forsvarlig og effektiv drift ved foretaket har styret holdt seg orientert om innføringen og iverksettelsen av programmet DIPS som pasientadministrativt system og elektronisk pasientjournal for hele foretaket.

Styret er blitt holdt orientert om alvorlige tilsynssaker og prosesser som foretaket har hatt med de ulike tilsynsmyndighetene, og som angår foretakets sentrale oppgaver.

Styret har hatt møte med revisor. Rapporter fra konsernrevisjon er behandlet og handlingsplaner for forbedring og oppfølging av revisjonens anbefalinger.

Styret har vedtatt økonomisk langtidsplan 2015-2018 for foretaket. Planen ligger til grunn for budsjett 2015 som har vært gjenstand for flere behandlinger i styret. Budsjettet legger til grunn et resultat på 175 millioner kroner i 2014.

Av andre saker som styret har behandlet kan nevnes:

- Samlokaliseringer
- Virksomhetsoverdragelser
- Virksomhet på Aker sykehus
- Vedlikehold og utbedring av bygninger.
- Møte med Brukerutvalget

- Møte med ledelsen i Helse Sør-Øst RHF

## 1.5. Medvirkning fra brukere og ansatte

### Pasientmedvirkning

Foretaket har i 2014 vedtatt en handlingsplan for brukermedvirkning. Planen er utarbeidet i et samarbeid med brukerutvalg, ungdomsråd og fagpersonell.

Brukersiden i Oslo universitetssykehus er organisert via det sentrale brukerutvalget, ungdomsrådet og i klinikkvise brukerråd. Det er i perioden etablert et tettere samarbeid mellom disse råd og utvalg, noe som har vært med på å styrke brukerstemmen i helseforetaket. Brukermedvirkning er synliggjort i klinikk blant annet ved utarbeidelse av informasjonsbrosjyre om brukerrådet i Medisinsk klinikk og gjennom pasientvisitter gjennomført i klinikken, hvor representanter fra klinikkens brukerråd har deltatt.

Filmen Skulle ønske du visste... er utarbeidet i et samarbeid med syv tidligere pasienter som formidler sine behov og erfaringer med informasjon og opplæring i sine pasientforløp. Filmen er laget til bruk i undervisning i utdanningsprogram i pasient- og pårørendeopplæring for ansatte og brukere, samt pasientforløpsarbeid ved helseforetaket. Filmen er tilgjengelig på helseforetakets nettsider, både intranett og internett.

Det er etablert en brukerstyrt ressursgruppe som arbeider med utforming av læringstilbud til pasienter og pårørende ved helseforetaket, både med hensyn til tema og målgrupper. Det er utarbeidet en informasjonsbrosjyre for brukere som deltar i pasient- og pårørendeopplæring.

Retningslinje for godtgjøring av brukerrepresentanter ved helseforetaket er i år utvidet til å gjelde alle brukerrepresentanter som oppnevnes av helseforetaket, inkludert brukerrepresentanter som deltar i tidsbegrensede oppdrag. Retningslinjen åpner opp for å kunne honorere brukerrepresentant etter avtale, ved lenger brukermedvirkningsoppdrag.

### Brukerutvalget

Nåværende brukerutvalg 2013 – 2015, ble oppnevnt 27. juni 2013. I løpet av 2014 har det vært skiftet ut to medlemmer i brukerutvalget. Brukerutvalget har avholdt 7 møter à 4 timers varighet og har behandlet 64 saker. Brukerutvalgets medlemmer har deltatt i en rekke prosjekter, råd og utvalg, samt deltatt på konferanser og seminarer. De har også vært representert i klinikkens brukerråd, det sentrale kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalget og i ungdomsrådet.

Administrerende direktør og viseadministrerende direktør møter fast på utvalgsmøtene. Videre har en rekke representanter fra ledelsen møtt brukerutvalget i forbindelse med ulike temaer, deriblant pasient- og pakkeforløp, elektronisk pasientjournal og brukermedvirkning i forskning. Leder og nestleder har deltatt som observatører på samtlige styremøter. Brukerutvalget har hatt et felles møte med helseforetakets styre.

Brukerutvalget har opprettholdt kontakten med regionalt brukerutvalget, blant annet ved deltagelse på regionale brukerkonferanser, samt via regional kontaktpersonordningen for brukerutvalg.

Brukerutvalget vil spesielt trekke frem følgende saker fra 2014:

- Handlingsplan for brukermedvirkning 2014-2016. Brukerutvalget har deltatt aktivt i å realisere handlingsplan for brukermedvirkning gjennom hele perioden. Utvalget har etablert en ressursgruppe som skal ha fokus på læringstilbud til pasienter og pårørende.
- OUS Idéfase - Campus Oslo. Brukerutvalget har vært representert i idéfase prosjektets styringsgruppe og faglig rådgivingsgruppe. Prosjektledelsen til idéfase prosjektet har vært på flere



av utvalgets møter for å orientere om prosjektet. Brukerutvalget har vært aktivt engasjert i idéfase-rapporten, og leverte eget høringsinnspill, som ungdomsrådet sluttet seg til.

- Handlingsplan Pasientsikkerhet 2014. Brukerutvalget har kommet med innspill til handlingsplan pasientsikkerhet.
- Brukermedvirkning i helseforskning. Brukerutvalget har gitt innspill til høring for ny nasjonal veileder om forskning og brukermidvirkning.
- Trådløst internett til alle pasienter i OUS. Brukerutvalget har engasjert seg sterkt i saken om manglende internett på store deler av helseforetaket.
- Samarbeid brukerutvalg, brukerråd og ungdomsråd. Brukerutvalget har hatt høyt fokus på å styrke samarbeidet mellom brukerutvalg, brukerråd i klinikk og ungdomsråd, for å synliggjøre brukerstemmen i helseforetaket.

### **Ungdomsrådet**

Ungdomsrådet ble etablert 21. juni 2012. I 2014, har ungdomsrådet avholdt fem møter. I forbindelse med oppnevning av ungdomsrådet for perioden 2014-2016, har rådet fått en bredere aldersfordeling og representasjon fra flere brukerorganisasjoner. I tillegg har ungdomsrådet fått en representant fra brukerutvalget ved helseforetaket, fra kommunehelsetjenesten, samt helsepersonell fra berørte klinikker i helseforetaket. Ungdomsrådet for perioden 2014-2016 er konstituert med ny leder og nestleder.

Ungdomsrådet vil spesielt trekke frem følgende saker fra 2014:

- Trådløst nett til alle pasienter i OUS. Ungdomsrådet fremmet sak for helseforetakets ledelse i 2013 og har jevnlig fulgt opp vedtaket om at tilgang til trådløst nett skal utbedres. Blant annet har ungdomsrådet, i samarbeid med brukerutvalget påpekt hvor uholdbart unge pasienter og pårørende synes det er at arbeidet med å tilby trådløst internett i hele helseforetaket går så tregt.
- Samarbeid med Sykehusskolen. Rektor ved Sykehusskolen har informert ungdomsrådet om skolens virksomhet og tatt imot innspill om hvordan barn og ungdom kan få et best mulig undervisningstilbud.
- Prosjekt 18- års grense. Ungdomsrådet har deltatt i prosjektet ved Kvinne- og barneklubben, og har spesielt gitt innspill til utforming av tjenestetilbudet til ungdom samt til hvordan avdelingene kan benytte tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende for å tilrettelegge for denne pasientgruppen.
- OUS Idéfase - Campus Oslo. Prosjektledelsen har vært representert på to av ungdomsrådets møter, samt at det ble arrangert idémyldring for ungdom og unge voksne, hvor blant annet ungdommene i rådet deltok med sine innspill til utforming av nytt sykehus. Ungdomsrådet sluttet seg til brukerutvalgets høringsuttalelse til idéfase-rapporten.
- Profilerings og informasjon. Ungdomsrådet har holdt innlegg på fagdager om ungdomshelse i Kvinne- og barneklubben og for foreningen for hjertesyke barn. Rådet har publisert en artikkel om sitt arbeid, i Paidos (Tidsskrift for norsk barnelegeforening) og er intervjuet av Unge funksjonshemmede som utgir rapporter om gode eksempler på brukermidvirkning fra ungdom. Ungdomsrådet har også vært representert på nasjonal konferanse om e-helse og nasjonal konferanse om ungdomshelse.
- Andre tiltak ungdomsrådet har gjennomført: besøk til voksenavdelinger i Hjerne-, lunge- og karklubben og Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben for å bidra til bedre tilrettelegging for ungdom og unge voksne samt medvirket i utarbeidelse av ny prosedyre: "Ungdom i sykehus og overflytting til voksenavdeling". Ungdomsrådet har, i samarbeid med kommunikasjonsstaben, gitt innspill til utviklingen av helseforetakets hjemmesider for barn og ungdom.

### **Tillitsvalgte og verneombud**

For å ivareta god medvirkning av ansatte i Oslo universitetssykehus har foretaket en rekke fora som innebærer jevnlig møter mellom ledelsen, tillitsvalgte og verneombud på foretaksnivå. Tillitsvalgte og verneombud er involvert i registrerte prosjekter og omstillingsprosesser iht. Hovedavtalen.

Oppfølging av medvirkning og involvering er i overensstemmelse med Hovedavtalen, arbeidsmiljøloven og de 12 prinsipper for omstilling i Helse Sør-Øst.

Som tidligere legges det ikke skjul på at det er krevende å implementere gode rutiner for medvirkning i hele foretaket og på alle nivå. Foretakstillitsvalgte melder at samarbeid og medvirkning fungerer godt på foretaksnivå, men er mer varierende ellers i organisasjonen. Det arbeides for å sikre medvirkning gjennom lederopplæring og bevisstgjøring av ledere. For eksempel et eget opplæringstilbud i arbeidsgiverrollen for alle ledere.

## 2. Sammendrag

### 2.1. Positive resultater og uløste utfordringer

#### **Pasientbehandling**

Våren 2013 ble det utarbeidet en handlingsplan for gjennomføring av helseforetakets strategi 2013-2018. I 2013-14 har det vært arbeidet med konkrete tiltak for å bedre pasientenes møte med helseforetaket, tiltak for brukermidvirkning og pasient- og pårørendeopplæring, utredningspakker for seks store kreftforløp (hvor fire er koordinert med de fire nasjonale pakkeforløpene som innføres 1. januar 2015), utredet mulighet for etablering av "family centered care" ved nyfødtintensivheten på Ullevål og arbeidet med konkrete tiltak knyttet til pasientsikkerhet og kvalitet.

Aktiviteten ved Oslo universitetssykehus har vært høy i 2014 og DRG-produksjonen har økt sammenlignet med året før. Aktiviteten er i henhold til oppdragsdokumentet.

Arbeidet med reduksjon av langtidsventende og fristbrudd har pågått kontinuerlig i hele 2014. Gjennomføringsprosjektet er fulgt opp og arbeidet er koordinert med prosjektet for innføring av regional elektronisk pasientjournal (EPJ) ved Oslo universitetssykehus.

Antall langtidsventende var ved utgangen av 2. tertial 2014 redusert med 45% sammenlignet med tall fra 2. tertial 2013. Avvikling av langtidsventende påvirker gjennomsnittlig ventetid til avvikling og dette vil vedvare frem til alle langtidsventende er avviklet. Reduksjon i antall som har ventet mer enn 1 år er også knyttet til ikke-ordinær avvikling fra venteliste (dvs rydding av ventelister). Ikke ordinære avviklinger påvirker ikke gjennomsnittlig ventetid til avvikling.

Ved utgangen av 2. tertial 2014 var gjennomsnittlig ventetid for alle ventende 175 dager, hvilket er en reduksjon på 21% fra samme periode i 2013. Det er stor forskjell i ventetid for ventende med og uten rett til prioritert helsehjelp.

For å nå målsetningen om at pasienten ikke opplever fristbrudd ble det for 2014 utarbeidet nye avdelingsvise, periodiserte måltall med tiltaksplaner som innebærer reduksjon og krav om fjerning av fristbrudd. Ved utgangen av 2. tertial 2014 var antall fristbrudd av ventende pasienter redusert med 31% sammenlignet med tall fra 2. tertial 2013.

Konverteringen av ventelistedata til DIPS og implementeringen av nye rutiner har ført til en økning i antallet langtidsventende og fristbrudd mot slutten av året igjen. Dette henger sammen med at det er forskjeller i datafelter og dermed hvordan registrerte data blir tolket. Det er iverksatt ulike tiltak i form av handlingsplaner for retting av ventelister (både maskinell og manuell) og ukentlig rapportering i ledermøtet, daglig oppfølging av ventelistedata og opplæring innen spesifikke identifiserte områder (bruk av pasientadministrativt system (PAS) og kvalitetssikring av data i PAS). I prosjektdirektiv for regional elektronisk pasientjournal (EPJ) ved Oslo universitetssykehus- fase 2, skal det de første tre månedene av 2015 arbeides med stabilisering av nytt innført system og videre optimalisering og korrekt bruk av PAS

Ventelistedata benyttes særlig for driftsplaner og logistikk, i forbindelse med standardisering av pasientforløp, i generelt forbedringsarbeid og som grunnlagsdata i forbindelse med revisjonsarbeid. Det systematiske arbeidet med oppfølging av ventende og reduksjon av langtidsventende og fristbrudd fortsetter i 2015.

De viktigste virkemidlene i arbeidet har vært og er å samstemme forholdet mellom kapasitet og antall pasienter som mottas, bedre systematikken rundt fristfastsettelse og vurdering av hvilken type helsehjelp som skal tilbys (utredning/behandling), samt sikre kontinuerlig overvåking og oppfølging av ventelistene. Oppfølgingen og ryddingen av langtidsventende har eliminert en del fristbrudd. Timebok, med oversikt over tilgjengelige ressurser og tilstedeværelse av fagpersoner, har gjort det mulig å sørge for at pasienter får time i god tid før fristbrudd oppstår. Det er iverksatt kveldspoliklinikker, omfordeling av ressurser på poliklinikk, reduksjon av antall kontroller, overføring av pasienter til primærhelsetjeneste avtalespesialister og andre sykehus, driftsplanlegging i form av driftsmøter og pasientforløpsarbeid. Det er økt legekapasitet og operasjonskapasitet innen flere fagområder og det gjort oppgavefordeling på tvers av lokalisasjoner. Videre følges rutiner knyttet til utsendte venteliste-brev og korrekt pasientinformasjon opp.

Oslo universitetssykehus går inn i 2015 med både kortsiktige og langsiktige planer for videreføring av tiltak som fører til målet om tilfredsstillende ventelistedata, samt for nå målet om at det ikke skal være langtidsventende over 1 år og at fristbrudd ikke skal forekomme.

Før innføring av DIPS den 20.10.14 har det ikke vært mulig å hente ut oversikter over hvor stor andel pasienter som får tildelt time sammen med bekreftelse på mottatt henvisning. Ved innføringen av DIPS ble det lagt ned et stort arbeid i definering av timebøker og det ble gjennomført kurs i timebokoppsett. Fra 2015 vil denne kvalitetsindikatoren følges via DIPS-rapporten.

Operasjonskapasiteten er bedret noe gjennom 2014 ved at det er åpnet en ny operasjonsstue på Rikshospitalet. I tillegg er det tilrettelagt for flere kveldsøster. Ved inngangen til 2015 vil ytterligere en operasjonsstue til ferdigstilles på Rikshospitalet og i tillegg vil nye operasjonsstuer i nytt Akuttbygg på Ullevål tas i bruk. Samtidig vil den postoperative kapasiteten på Ullevål være økt etter at ombygginger i tilslutning til nytt Akuttbygg er ferdig.

På Rikshospitalet ble det høsten 2014 åpnet seks nye po-plasser. Det ble i 2013 etablert et kirurgisk driftsstyre for å sørge for koordinering og optimal utnyttning av de ressurser foretaket har innen operasjon, postoperativ- og intensiv-området. Dette arbeidet har pågått i hele 2014 og vil fortsette i 2015.

I budsjett for 2014 ble det særskilt lagt til rette for en økning i kapasiteten innen radiologi og patologi. Arbeidet med rekruttering og opplæring tar tid, slik at man forventer full effekt av dette først i 2015.

Akuttmottaket på Ullevål åpnet i nye lokaler i februar 2014, mens gjenstående ombygningsarbeider har pågått gjennom hele 2014.

Prehospital virksomhet har hatt en jevn aktivitetsøkning i 2014. Det er en økning i antall 113-telefoner og en økning på vel 2 % i ambulansetransporter. Økningen er knyttet til akutte transport, mens antall planlagte "grønne" turer reduseres. Det er etablert syketransport med "hvite" biler i løpet av høsten 2014 og en økende bruk av rullestolstaxi for å gi pasientene et differensiert og godt tilbud i de tilfeller der transporten kan planlegges.

Ved AMK-sentralen har man startet arbeidene med å ta i mot funksjonene fra Østfold med ombyggingsarbeider knyttet til arealer og etablering av reserve-AMK på Lørenskog. Det er også etablert tekniske løsninger med web-portal for bestilling av "grønne" turer slik at en del av disse bestillingene kan gå direkte til Pasientreiser og dermed utenom AMK.

Når det gjelder sengekapasitet har Medisinsk klinikk stort sett en beleggprosent opp mot eller over 100 %. Ortopedisk avdeling har også hatt utfordringer med sengekapasitet, og dette har vært mest knyttet til lang liggetid grunnet utfordringer med operativ kapasitet. For øvrig er sengekapasiteten ved Oslo universitetssykehus stort sett tilfredsstillende.

Oslo universitetssykehus HF har et særskilt ansvar for pasienter med høyriskosmitte, særlig ved høysikkerhetsisolatenheten, regionalt kompetansesenter for smittevern og CBRNe-senteret. Ebola-epidemien i Vest-Afrika medførte i 2014 at betydelige ressurser ble satt inn på å gjennomgå rutiner, gjenoppfriske tidligere gjennomført opplæring og gjøre praktiske forberedelser til å kunne transportere smittede fra de rammede landene til Norge og Oslo universitetssykehus samt å kunne behandle pasienter ved helseforetaket gjennom hele forløpet. Foretaket har samarbeidet med blant annet Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet om nasjonale veiledere og rutiner for denne situasjonen. Prehospitalt senter står nå betydelig bedre rustet til å gjennomføre transporter og overflyttinger av slike pasienter. De praktiske erfaringene fra å behandle en pasient med ebola i høysikkerhetsisolatenheten medførte en fornyet gjennomgang av opplæring, prosedyreutvikling og et prosjekt for å utbedre tekniske forhold. Driften av og beredskapen knyttet til denne spesialfunksjonen er svært ressurskrevende for alle de involverte faggruppene og enhetene i foretaket.

Mange av prosjektene som er gjennomført i 2014 har vist at de ansatte har stor evne og vilje til omstilling. Innenfor andre områder er det ikke overskudd til omstillingsprosesser og det er fortsatt store kulturforskjeller innad i en del fagmiljøer. Dette bidrar til at det er spesielt utfordrende for mellomlederne ved Oslo universitetssykehus. Det arbeides med flere ulike tiltak, inklusive igangsetting av et prosjekt for utviklingen av organiseringen av helseforetaket og revidering av lederopplæringen. Samtidig opplever helseforetaket at alle ansatte bidrar sterkt til den gode pasientbehandlingen som Oslo universitetssykehus yter hver dag.

### **Forskning**

Forskningsaktiviteten har i 2014 vært stor og holder en gjennomgående høy kvalitet. For lite tid til å drive forskning er særlig utbredt i klinikker som driver klinisk aktivitet tett integrert med forskningen. Dette er en gjentagende risikofaktor i klinikkens risikoanalyser. Selv om antall artikler (om lag 1600-1700 årlig) og doktorgrader (om lag 150 årlig) nå er noenlunde stabilt, etter en jevn økning fram til 2012, har helseforetakets andel av forskningspoeng regionalt og nasjonalt, målt blant helseforetakene, vært fallende de siste årene. Forskningsgruppene konkurrerer godt nasjonalt og internasjonalt om prosjektmidler og har i 2014 økt sitt omfang av søknader til EU og det Europeiske forskningsrådet, slik regjeringen har satt som mål. Flere forskere har mottatt priser, nasjonalt og internasjonalt, for sitt arbeid. Oslo universitetssykehus har fortsatt sitt arbeid med å videreutvikle forskningsgrupper i alle klinikker. Dette er viktig med hensyn til både kvalitet og konkurransedyktighet, etikk, læringsmiljø og kultur. Siden det synes å være relativt stor variasjon mellom gruppene med hensyn til hvordan de fungerer, har Forskningsutvalget i 2014 startet planlegging av en evaluering av gruppens funksjonsmåte. Evalueringen vil bli gjennomført i samarbeid med Universitetet i Oslo i 2015.

Medisinske kvalitetsregistre og biobanker er svært viktig infrastruktur for forskning og har stor betydning for bedret behandlingskvalitet. Forbedret infrastruktur for registre er et viktig område som er fremhevet i risikoanalysene. For å ta ut det store, kvalitetsforbedrende potensialet vi har på dette området er helseforetaket avhengig av både gode lokale løsninger, nasjonale løsninger og tilstrekkelige driftsmidler og faglige ressurser. Dette er per i dag ikke tilstrekkelig. Norge burde være i verdensklasse på utnyttelse av slike pasientopplysninger. I Danmark har helsevesenet klart å utnytte dette på en langt bedre måte i både forskning og behandling. Det har derfor vært arbeidet aktivt i Oslo universitetssykehus i 2014 med å skaffe midler internt, regionalt og nasjonalt til forbedrede løsninger for biobanker, sporingsverktøy for biobanker, etablering av klinisk datavarehus samt ulike registerverktøy. Sykehusets biobank- og registerutvalg har arbeidet aktivt med tiltak, som også er nedfelt i en egen handlingsplan. Det er igangsatt et arbeid med opprettelse av prospektive forskningsbiobanker som vil bli en felles forskningsressurs.

Foretakets forskningsmiljøer har ulike IKT-løsninger for forskning, som gjennom de siste årene har vært rapportert som særlig problematisk med hensyn til nødvendig IKT-støtte. Det har gjennom 2014 vært arbeidet aktivt i samarbeid med Helse Sør-Øst og Sykehuspartner med forbedrede løsninger gjennom et omfattende forprosjekt. Dette fortsetter i 2015 med konkrete løsningsforslag, herunder forbedrede løsninger i samarbeid med Universitetet i Oslo.

Det har også vært jobbet systematisk i 2014 med å skaffe bedre oversikt og å etablere planleggingssystemer for investeringer i forskningsutstyr. Et fagråd for medisinskteknisk utstyr for forskning ble etablert i 2014, og fagrådet har kommet godt i gang med å forberede arbeidet med en fremtidig plan for forskningsinvesteringer, herunder aktuelle finansieringskilder internt og eksternt. Det er et stort behov for bedre oversikt over eksisterende utstyr til forskning, herunder eierskap til utstyret (foretaket, universitet, stiftelser). Dette må utvikles og samordnes med Universitetet i Oslo, som eier mye av forskningsutstyret som befinner seg i foretaket. Fagrådet er sammensatt slik at det kan ivareta koordinering med Universitetet i Oslo.

### **Innovasjon**

Oslo universitetssykehus er i 2014 tildelt vertskapsrollen for ett av de 17 nye nasjonale Sentre for forskningsdrevet innovasjon, SFI, og er i tillegg partner i ett av de andre nye sentrene som er utpekt av Norges forskningsråd. Sykehuset er vertskap for senteret Centre for Connected Care – Accelerating adoption and diffusion of patient-centric innovations. Senterets hovedmål er å etablere nye innovative servicemodeller i helse- og omsorgssektoren, med utgangspunkt i en systemtenkning hvor brukeren involveres og gis påvirkningskraft og ansvar for egen helse. Det andre senteret, Big Insight, Statistics for the knowledge economy, skal bidra til økt verdiskaping i samfunnet gjennom å utvikle nye statistiske metoder og verktøy for håndtering og sammenstilling av store og komplekse datasett ("big data") for privat og offentlig sektor. Vertskap for satsingen er Norsk regnesentral.

Innovasjonsaktiviteten har i 2014 vært stor ved foretaket. Tjenesteinnovasjon har fått et løft, i tråd med helseforetakets målsetting. Et av disse prosjektene, "Brystkreftprosjektet", har fått mye positiv omtale internt og i massemedia. Samarbeidet med klinikkens innovasjonskontakter fungerer bra, og gir muligheter for Idépoliklinikken og Inven2 til å komme i kontakt med ansatte i nye fora.

Muligheten til å drive med innovasjonsvirksomhet i klinikkene er krevende ettersom det å utnytte potensialet som ligger i innovasjon i stor grad må basere seg på begrensede prosjektmidler til innovasjonsarbeid.

### **Utdanning**

I 2014 har Oslo universitetssykehus fulgt opp vedtatt utdanningsstrategi (2013-2018) og overordnet handlingsplan (2014-2015). Det er utarbeidet en mal som hver klinikk har brukt for å utarbeide klinikkvise handlingsplaner for utdanning.

I 2014 er det arbeidet videre med å forbedre koordinering, organisering, synliggjøring og profilering av utdanningsaktiviteter i foretaket. Det jobbes fortsatt med å styrke samarbeidet med utdanningsinstitusjonene. Fokuset er nå å lage gode systemer for samarbeid lenger ut i organisasjonen, der hvor utdanningen foregår.

Oslo universitetssykehus utlyste i 2014 sentrale midler til utdanningstiltak med vekt på veiledning og tverrprofesjonell læring. Det er stor interesse for disse midlene. Det ble også lyst ut to utdanningspriser for å stimulere gode læringsmiljøer. Det er første gang helseforetaket lyser ut utdanningspriser, og dette ble svært godt mottatt.

Oslo universitetssykehus har videre bidratt aktivt inn i prosjektgrupper som har revidert grunnutdanningen i medisin ved Universitetet i Oslo. Ny modell er innført i to semestre fra høsten 2014. I foretaket arbeides det med å forbedre læringsmiljøet for medisinstudenter som har ulike typer praksis ved helseforetaket, noe som vil være et satsningsområde også i 2015.

Det er fortsatt utfordringer knyttet til utdanningskapasitet og logistikk etter fusjonen. For leger i spesialisering gjelder dette særlig veiledning, supervision og gode rotasjonsordninger.

Oslo universitetssykehus har deltatt aktivt i utredningen vedrørende omlegging av spesialistutdanningen som Helsedirektoratet fikk i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Planen inneholder mange gode pedagogiske elementer som samsvarer med flere av punktene i foretakets Handlingsplan for utdanning.

Det er et vedvarende press på tid og midler til videre- og etterutdanningsaktiviteter, som er svært viktig for å opprettholde kvalitet og kompetanse. Ressurser til utdanning kan ikke leses eksplisitt ut av foretakenes budsjetter og regnskaper, da den største utdanningskostnaden er budsjettert som lønnskostnader. Dette bidrar til for dårlig oversikt over økonomiske konsekvenser av utdanningsaktivitet og i en del tilfeller for lite fokus på utdanningsaktiviteter som bl.a. veiledning, supervisjon og etterutdanningsaktiviteter.

På bakgrunn av stor mangel på spesialsykepleiere har foretakets ledelse vedtatt å videreføre ordningen med hundre utdanningsstillinger innenfor fagområder hvor mangelen er størst. Det har vært god dialog med høyskolene om å prioritere utdanning av intensiv- og operasjonssykepleiere. Det er også meldt til Helse Sør-Øst at utdanningskapasiteten for spesialsykepleiere må økes, og at dette må meldes til departementet for å øke rammebevilgningene fra Kunnskapsdepartementet til høyskolene.

Det er også i 2014 arbeidet videre med å etablere nye utdanninger basert på foretakets behov og videreutvikle/tilpasse allerede eksisterende utdanningsløp. Det er inngått et forpliktende samarbeid med Hersleb videregående skole for å styrke kvaliteten på helsesekretærutdanningen. Foretaket har også inngått en intensjonsavtale med Utdanningsetaten om å etablere en lærlingordning for helsefagarbeidere, og det er utarbeidet en søknad til Nasjonalt organ for kvalitet i utdanning (NOKUT) sammen med Fagskolen i Oslo og Akershus for å etablere en videreutdanning i sterilforsyning. Oslo universitetssykehus har videre inngått samarbeidsavtale med Norges idrettshøyskole om at studenter som tar delemnet ”trening og kreft” får praksis i helseforetaket.

### **Felles IKT**

Felles regionalt pasientadministrativt system og elektronisk pasientjournal (PAS/EPJ) ble innført som planlagt 20.10.2014. Forut for oppstart hadde over 11 000 brukere gjennomgått kurs, med 1211 gjennomførte klasseromskurs før oppstart og 57 etter. Det ble publisert nesten 300 prosedyrer og brukerveiledninger i helseforetakets kvalitetssystem. Alle opplysninger relevante for pasientjournalen fra BUPdata, RUS, DIPS Aker, DocuLive og PasDoc ble konvertert til en felles DIPS-database, og kvaliteten av dataene ble generelt forbedret i prosessen. Dataene inkluderte 17,6 millioner svarrapporter og 129 millioner journaldokumenter fra 17,7 millioner polikliniske konsultasjoner og 5,1 millioner innleggelses på i alt 2,7 millioner pasienter.

Kritiske IT-systemer som var integrert i EPJ og som fortsatt skulle brukes fremover ble integrert i DIPS. Det ble i alt etablert 300 integrasjoner med 53 ulike systemer. Seksjon for skadelegevakt ved ortopedisk avdeling i Klinikk for kirurgi og nevrofag og Akuttmottaket i Akuttklinikken hadde behov for egne tilpasninger, og disse ble utviklet i DIPS Arena. Egne funksjoner for endoskopi og hjerteultral lyd i PasDoc ble erstattet med separate spesialistsystemer i egne prosjekter (EndoBase og ComPACS), og systemene ble integrert i DIPS. Samhandling med andre aktører ble forsterket på flere måter. Pleie- og omsorgsmeldinger (PLO-meldinger) til Oslo kommune går nå elektronisk i stedet for per faks. henvisninger blir internt formidlet og behandlet elektronisk i stedet for på papir, og Norsk helsenett (NHN) sitt nasjonale adresseregister er tatt i bruk. Videre har sykepleiere i Klinikk psykisk helse og avhengighet og i Avdeling for kreftbehandling i Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken tatt i bruk behandlingsplan i DIPS.

EPJ-prosjektet har utarbeidet regional løsning for EPJ, og samarbeidet med RSKD (regionalt standardisering av klinisk dokumentasjon) om dette i hele prosjektperioden. Prosjektet har sørget for at Oslo universitetssykehus tar i bruk regional løsning for systemoppsett, kodeverk, tilgangsoppsett, journalstruktur, maler og ventelistebrev samt regionalt forankrede prosedyrer og brukerveiledninger. Et stort antall klinikere fra hele helseforetaket har deltatt i prosjektet, og dermed bidratt til intern samordning av arbeidsprosesser som tidligere har vært svært ulike.

Oppstarten har stort sett gått bra. I en periode på seks uker etter oppstarten vandret 100 av helseforetakets egne leger, sykepleiere og kontorfaglig personell rundt på helseforetaket. De var særskilt opplært som instruktører, og oppsøkte klinikere for å gi brukerbhjelp og fange opp utfordringer. De såkalte "gul-vestene" meldte om stort behov for hjelp hos brukerne de første ukene, og deretter har hjelpebehovet klinget av. I samme periode har Sykehuspartner og EPJ-prosjektet hatt dedikerte medarbeidere til å ta unna økte saksmengder fra brukerne. De store utfordringene har dreid seg om tilganger til DIPS og bruk av det nye adresseregisteret. Videre har det vært tekniske problemer med tynnklienter på Aker, og egne tiltak med utskifting av arbeidsstasjoner ble iverksatt. Seksjon for skadelegevakt har hatt betydelige utfordringer med høy responstid og økt tidsforbruk ved bruk av DIPS Arena. Likevel har majoriteten av brukerne opplevd akseptabel responstid, også når 5000 brukere benytter DIPS samtidig. Det har også vært generelle utfordringer med korrekt bruk av systemet og riktig registreringspraksis samt økt tidsbruk for spesielt legegruppen.

Prosjekt regional EPJ ved Oslo universitetssykehus - fase 2 vil følge opp arbeidsprosessene rundt bruk av DIPS, og sørge for å utnytte systemet i enda større grad. I tillegg tas vekstjournal og operasjonsplanlegging i DIPS i bruk, Sykepleiedokumentasjon skal breddes til resten av helseforetaket, og Olafiaklinikkens spesialiserte pasientjournal erstattes med DIPS Arena. Videre vil PLO-meldinger sendes til flere kommuner, mottak av elektroniske, eksterne henvisninger tas i bruk, og ytterligere systemer vil bli integrert.

De regionale prosjektene for innføring av felles laboratoriesystem og felles radiologisk system har vært forsinket ved helseforetakene som skulle innføre dem før Oslo universitetssykehus. Siden bestilling mot flere samtidige laboratoriesystemer gir uforholdsmessig stor kompleksitet og kostnad, har prosjektet måttet forskyve innføring av elektronisk rekvirering av laboratorieundersøkelser og elektronisk henvisning til radiologisk undersøkelse tilsvarende. Arbeidet med felles laboratoriekodeverk kan likevel regnes som et første steg i denne prosessen. Forsinkelsen knyttet til innføring av felles, regionalt radiologisk system har konsekvenser for spesielt Radiumhospitalet, da det er store driftsutfordringer knyttet til eksisterende radiologisk system på denne lokalisasjonen.

### **Idéfaseprosjektet**

Styret godkjente i desember 2012 mandat for idéfase Campus Oslo - somatikk, psykiske helse og avhengighet og prosjektet startet opp våren 2013. I prosjektet er det planlagt for fremtidens Oslo universitetssykehus med virksomhetsløsninger og fysiske løsninger tilpasset den medisinske utviklingen og befolkningsfremskrivninger. Foretaket ønsker å konsentrere sin virksomhet på færre lokaliteter da en flytting og sammenslåing av likeartede aktiviteter ved sykehusene innen Oslo universitetssykehus HF er nødvendig for å oppnå bedre effektivitet og kvalitet i pasientbehandlingen. Mandatet vektlegger en samling over tid hvor helseforetaket og Universitetet i Oslo er knyttet sammen innen forskning, utdanning og innovasjon og tydeliggjøres i en visjon hvor Campus Oslo er utviklet som et samlingsbegrep for et av verdens fremste områder for høyspesialisert pasientbehandling, og hvor forskning, utdanning og vitenskap for å fremme helse integreres. En første versjon av idéfaserapporten forelå i juni 2014 og styret vedtok enstemmig å sende rapporten på en bred høring med frist 1. november. Samtidig har det pågått en ekstern kvalitetssikring av prosjektet. Frem til februar 2015 pågår arbeidet med en revidert idéfaserapport basert på høringsinnspill og kvalitetssikring.

### **Arealtiltak**

Det vil ta tid å realisere nybygg og ansatte ved Oslo universitetssykehus må forvente å drifte i eksisterende lokaler i mange år fremover. Det foreligger en plan for utbedring og forvaltning av bygningsmassen i denne mellomperioden. Planen skal bidra til god pasientbehandling, gode arbeidsforhold, sikkerhet for pasienter og ansatte og økonomisk og god drift. Det er vedtatt i styret at Oslo universitetssykehus skal søke lånefinansiering for vedlikehold og oppgradering av bygningsmassen i mellomperioden.

Det arbeides fortsatt med samlokaliseringstiltak for å legge til rette for samling av fagmiljøer og bedring av pasientforløp. Dagens arealer er imidlertid lite fleksible og tilrettelegger ikke i tilstrekkelig grad for effektiv pasientbehandling.

### **Medisinskteknisk utstyr**

Det har i 2014 vært et høyt antall sammenbrudd av medisinsk teknisk utstyr og budsjettert investeringsramme ble brukt opp tidlig i 2014. Styret ga på denne bakgrunn fullmakt til å bruke av investeringsmidler for 2015 slik at sammenbrudd kontinuerlig har blitt erstattet. I tillegg ble det i 2014 foretatt flere kvalitetsforbedringer i form av nyanskaffelser noe som bedrer diagnostikk og behandling samt gir til mer effektiv drift. Likevel er det fortsatt utfordringer knyttet til mye gammelt medisinskteknisk utstyr.

### **Økonomi:**

Det foreløpige økonomiske resultatet for 2014 er forventet å bli om lag som budsjettert med ett nullresultat. Underskudd på den underliggende driften (resultat eksklusive gevinster fra eiendomssalg) er fremdeles en betydelig utfordring for Oslo universitetssykehus ved utløpet av 2014. Dette skyldes at det er krevende å finne bedre løsninger for drift av den pasientrettede virksomhet innenfor de rammebetingelser som blant annet er gitt av bygningsstruktur og IKT-løsninger.

## **2.2. Oppfølging av mål for Helse Sør-Øst**

Følgende mål for helseforetaksgruppen er i oppdrag og bestilling 2013 videreført frem til 2014:

- Ventetiden er redusert og pasienten opplever ikke fristbrudd.
- Sykehusinfeksjoner er redusert til under 3 %.
- 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.

### **Ventetiden er redusert og pasienten opplever ikke fristbrudd**

Oslo universitetssykehus har gjennom de siste årene arbeidet iherdig for å redusere antall langtidsventende og fristbrudd. For antallet langtidsventende er resultatene svært positive fra 8.771 (2012) – 4.000 (2013) – 2.200 (2014). Gjennomsnittlig ventetid til avvikling (start helsehjelp) var i 2013 99 dager, men er nå 2. tertial 2014 redusert til 78 dager. Gjennomsnittlig ventetid for alle ventende er også betydelig redusert fra 373 (2012) – 212 (2013) – 175 (2014). Andel avviklede pasienter med fristbrudd var 2. tertial 14,4. Ved siste registrering før konvertering til nytt EPJ oktober 2014 var fristbrudd for ventende 10,9%.

Konvertering av ventelistedata til DIPS og implementering av nye rutiner for bruk av PAS har dessverre ført til en økning i antall langtidsventende og antall fristbrudd ved utgangen av året. Det er iverksatt handlingsplaner for oppfølging og opplæring i bruk av PAS og kvalitetssikring av PAS. Regional EPJ fase 2 vil ha et særlig fokus på forbedring av dette de tre første månedene i 2015 og helseforetaket fortsetter arbeidet mot målsettingen om at fristbrudd ikke skal forekomme.

### **Sykehusinfeksjoner er redusert til under 3 prosent**

Prevalensandelen av helsetjenesteassosierte infeksjoner ved Oslo universitetssykehus HF i andre tertial var 5,1 %. Gjennomsnittet hittil i 2014 er 4,7 % (gjennomsnitt for hele 2013 var 4,5 %). Dette omfatter urinveisinfeksjoner, nedre luftveisinfeksjoner, blodbaneinfeksjoner og infeksjoner i operasjonsområde, som er de infeksjonstypene som skal rapporteres til Nasjonalt folkehelseinstitutt. Tallene inkluderer sykehusinfeksjoner hos pasienter overført fra andre helseforetak.



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

Det er en økende forekomst av pasienter med multiresistente bakterier ved Oslo universitetssykehus HF. Det gjelder både meticillinresistente gule stafylokokker (MRSA), vankomycinresistente enterokokker (VRE) og multiresistente Gram negative stavbakterier.

Det er mangel på enerom og isolater. Dette øker risikoen for smittespredning og reduserer kapasiteten på diagnostikk og behandling. Flersengsrom må i noen tilfeller bare brukes til én pasient.

Legionellasituasjonen ved Radiumhospitalet er fortsatt tilstede. Iverksatte tiltak har hatt en effekt, med det påvises fortsatt Legionella i små mengder i enkelte deler av rørsystemet. Filtrering av vannet på tappepunktene må derfor inntil videre opprettholdes.

Selv om en fortsatt kan se en reduksjon av prevalensandelen av helsetjenesteassosierte infeksjoner i perioden 2011 – 2014, ligger Oslo universitetssykehus HF godt over målet på 3 %. Med dagens pasientsammensetning, en til dels nedslitt bygningsmasse og annen suboptimal infrastruktur er 3 % et krevende mål for Oslo universitetssykehus HF.

#### **Pasienten får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning**

Før innføringen av nytt pasientadministrativt system (20.10.14) var det ikke mulig å hente ut oversikter over hvor stor andel pasienter som fikk tildelt time i forbindelse med bekreftet mottatt henvisning. Etter innføringen av nytt PAS/EPJ vil det være mulig å følge opp dette via DIPS-rapporter som bl.a. prosessindikatoren *Timeavtale sammen med svar på vurdert henvisning (direkte time)*. Arbeidet med å sikre pasienter timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning fortsetter og intensiveres i forbindelse med EPJ-prosjektets optimaliseringsarbeid i 2015.

#### **Alle medarbeidere skal involveres i oppfølging av medarbeiderundersøkelsen med etablering av forbedringstiltak for egen enhet**

Med bakgrunn i begrensninger i nettkapasiteten ved gjennomføring av EPJ-prosjektet (Elektronisk Pasient Journal) ble det i juni 2014 vedtatt at elektronisk spørreundersøkelse knyttet til Medarbeiderundersøkelsen 2014 kun skulle foretas i klinikker som ikke er direkte berørt av innføringen av EPJ. Undersøkelsen er av den grunn også forskjøvet med to måneder i forhold til tidligere år. Resultatrapportene fra den elektroniske spørreundersøkelsen vil være klare medio desember.

Det lokale forbedringsarbeidet foregår uavhengig av dette. Enheter og ledergrupper i alle klinikker gjennomfører i november 2014 til januar 2015 gruppesamtaler og gjennomgår og reviderer tiltak i HMS-handlingsplanen. Handlingsplanen skal være ferdig utarbeidet innen 30. januar 2015. Det er for 2014 utarbeidet en ekstraordinær prosedyre for Medarbeiderundersøkelsen og lederveileder for gruppesamtalene.

#### **Det er skapt økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer**

Oslo Universitetssykehus HF er styrt etter et resultatmål på null for 2014. Det økonomiske resultatet eksklusive eiendomssalg blir noe svakere enn det som er budsjettert. Omlegging av pensjonskostnadene nasjonalt i 2014 (ref stortingsproposisjon 23) innebærer en redusert inntekt til Oslo universitetssykehus HF og en økning i driftskreditt på om lag 600 millioner kroner.

Behovet for reinvesteringer er så vidt presserende at det er videreført en utvidet plan for investeringer også for 2015 i samarbeid med Helse Sør-Øst RHF.

Behovet for investeringer i Oslo Universitetssykehus HF kan ikke over tid baseres på ekstraordinær finansiering fra Helse Sør-Øst RHF. Det er derfor nødvendig at foretaket søker lånefinansiering fra

Helse og Omsorgsdepartementet og kontinuerlig effektiviserer virksomheten for å oppnå et økonomisk overskudd fra drift som er tilstrekkelig til å finansiere egenandeler og avdrag.

### **2.3. Evaluering av egen virksomhet og organisering**

Oslo universitetssykehus fortsetter arbeidet med utvikling av organisasjonen med sikte på en stabil og bærekraftig driftssituasjon. Målet er en organisering av klinisk virksomhet som gir grunnlag for god pasientbehandling, gode pasientforløp, forskning og undervisning og en økonomi i balanse. I 2015 vil Oslo universitetssykehus gjennomføre et prosjekt for utvikling av organiseringen av helseforetaket slik at denne er optimalt tilpasset strategi og mål.

Samlokaliseringer bidrar å oppnå mer robuste fagmiljø og å redusere kostbar vaktberedskap samt unødvendig duplisering av utstyr. Overføring av døgn- og akuttvirksomheten fra Aker sykehus til Ullevål sykehus og Rikshospitalet vil bidra til en bedret og mer stabil driftssituasjon.

Oslo universitetssykehus har en stor utfordring i å gjenvinne produktiviteten fra før overføring av opptaksområder i 2011. Det er også en stor utfordring å prioritere bruken av de begrensede ressursene riktig mellom pasientgrupper, funksjonsnivåer, innad i klinikker, på tvers av klinikker samt bruken av medisinske serviceklinikker. Det har i 2014 vært arbeidet med å redusere flaskehalsen innen blant annet radiologi og patologi. Dette arbeidet fortsetter i 2015. For bedre koordinering og utnyttning av ressurser innen operasjon og postoperativ-/intensivområdet ble det i 2013 etablert et kirurgisk driftstyre. Også innen akuttmedisinsk kommunikasjonsentral er det gjort tilpasninger til aktivitetsøkning. Helseforetaket har omfattende innsats for kontinuerlig forbedring gjennom opplæring av ansatte og ledere i lean-metodikk. Målsettingen er å bidra til et løft i klinikkens kvalitetsarbeid på alle nivå i helseforetaket.

Tiden frem til en realisering av nybygg medfører at ansatte ved Oslo universitetssykehus må forvente å drifte i eksisterende lokaler i mange år fremover. Det foreligger en plan for utbedring og forvaltning av bygningsmassen i denne mellomperioden. Planen skal bidra til god pasientbehandling, gode arbeidsforhold, sikkerhet for pasienter og ansatte og økonomisk drift. Dagens arealer er imidlertid lite fleksible og tilrettelegger ikke i tilstrekkelig grad for effektiv og moderne pasientbehandling.

Det samme gjelder dagens IKT-løsninger som innen mange områder ikke er felles for hele Oslo universitetssykehus. I 2014 er det imidlertid innført felles PAS/EPJ ved helseforetaket og det har vært viktig for pasientsikkerhet, kvalitet og bedre ressursutnyttelse. Mer effektiv drift vil imidlertid ikke oppnås før systemet er godt kjent blant brukerne. Felles system legger grunnlaget for videre samlokalisering. Det er også viktig for helseforetaket at det blir innført felles laboratoriesystem og felles radiologisystem ved Oslo universitetssykehus. Dette vil ytterligere legge til rette for pasientsikkerhet, kvalitet og bedre ressursutnyttelse.

Etter flere år hvor bare utstyr som er brutt sammen er erstattet, har foretaket etablert en treårig plan for utbedring av medisinsk teknisk utstyr. Planen som er etablert innebærer mulighet for innkjøp av utstyr som bedrer effektiviteten og hindrer flaskehalsen.

## DEL II: RAPPORTERINGER

### 3. Rapportering i forhold til oppdrag og bestilling for 2014

#### 3.1. Overordnede føringer

##### 3.1.1. Mål for Helse Sør-Øst

- *For å spisse og tydeliggjøre utfordringer og prioritere innsatsen i helseforetaksgruppen er det vedtatt målformuleringer som en del av Plan for strategisk utvikling 2013-2020. Målene uttrykker organisasjonens ambisjoner om tilgjengelighet, kvalitet og pasientsikkerhet:*
  - *Ventetiden er redusert og pasienten opplever ikke fristbrudd.*

Sykehuset har de to siste årene arbeidet strukturert og målrettet med tiltak for å redusere ventetider og forebygge fristbrudd. Dette har resulter i betydelige forbedringer for pasientene. Styringsdataene for sykehuset samlet sett har vist en positiv utvikling de siste årene, selv om det fortsatt eksisterer interne forskjeller. Arbeidet videreføres i 2015. Det henvises til mer detaljerte opplysninger under styringsparametere pkt. 3.3.

- *Sykehusinfeksjoner er redusert til under 3 %.*

Prevalensandelen av helsetjenesteassosierte infeksjoner ved Oslo universitetssykehus HF i andre tertial 2013 var 5,1 %. Gjennomsnittet hittil i 2014 er 4,7 % (gjennomsnitt for hele 2013 var 4,5 %). Dette omfatter urinveisinfeksjoner, nedre luftveisinfeksjoner, blodbaneinfeksjoner og infeksjoner i operasjonsområde, som er de infeksjonstypene som skal rapporteres til Nasjonalt folkehelseinstitutt. Tallene inkluderer sykehusinfeksjoner hos pasienter overført fra andre helseforetak.

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

Det er en økende forekomst av pasienter med multiresistente bakterier ved Oslo universitetssykehus HF. Det gjelder både meticillinresistente gule stafylokokker (MRSA), vankomycinresistente enterokokker (VRE) og multiresistente Gram negative stavbakterier. Legionellasituasjonen ved Radiumhospitalet er fortsatt til stede. Iverksatte tiltak har hatt god effekt, men det påvises fortsatt Legionella i små mengder i enkelte deler av rørsystemet. Filtrering av vannet på tappepunktene må derfor inntil videre opprettholdes.

Selv om en fortsatt kan se en reduksjon av prevalensandelen av helsetjenesteassosierte infeksjoner i perioden 2011 – 2014, ligger Oslo universitetssykehus HF godt over målet på 3 %. Med dagens pasientsammensetning, en til dels nedslitt bygningsmasse og annen suboptimal infrastruktur er 3 % et krevende mål for Oslo universitetssykehus HF.

- *Pasienten får timeantale sammen med bekrefteelse på mottatt henvisning.*

I tiden før innføringen av DIPS (20.10.14) som elektronisk pasientjournal / pasientadministrativt system (PAS/EPJ) var det ingen mulighet i det pasientadministrative system til å hente ut oversikter

over hvor stor andel pasienter som fikk tildelt time i forbindelse med bekreftelse på mottatt henvisning.

I forbindelse med innføringen av DIPS ble det lagt ned et stort arbeid i definering av timebøker og det ble gjennomført gjentagende kurs i timebokoppsett. Fra og med 13. januar 2015 vil EPJ-prosjektet videreføres i en fase 2 hvor det blir stort fokus på at pasientforløpene er planlagt og koordinert. Prosessindikatoren *Timeavtale sammen med svar på vurdert henvisning (direkte time)* vil da følges via DIPS-rapport.

Oppfølgingen av indikatoren sees i sammenheng med Helse Sør-Øst sitt prosjekt: 'Ingen fristbrudd og kortere ventetider' og sykehusets egne tiltak rettet mot å oppnå ventetider som er kortere enn 65 dager.

- *Alle medarbeidere skal involveres i oppfølging av medarbeiderundersøkelsen med etablering av forbedringstiltak for egen enhet.*

Med bakgrunn i begrensninger i nettkapasiteten ved gjennomføring av EPJ-prosjektet ble det i juni 2014 vedtatt at elektronisk spørreundersøkelse knyttet til Medarbeiderundersøkelsen 2014 kun skulle foretas i klinikker som ikke er direkte berørt av innføringen av EPJ. Undersøkelsen er av den grunn også forskjøvet med to måneder i forhold til tidligere år. Det lokale forbedringsarbeidet foregår uavhengig av dette. Enheter og ledergrupper i alle klinikker gjennomfører i november 2014 til januar 2015 gruppesamtaler og gjennomgår og reviderer tiltak i HMS-handlingsplanen. Handlingsplanen skal være ferdig utarbeidet innen 30. januar 2015. Det er for 2014 utarbeidet en ekstraordinær prosedyre for Medarbeiderundersøkelsen og lederveileder for gruppesamtalene. De tre klinikkene som høsten 2014 gjennomførte elektronisk spørreundersøkelse er 'Klinikk for diagnostikk og intervensjon', 'Oslo sykehuservice' og 'Direktørens stab'. Den elektroniske spørreundersøkelse startet 17. november. Resultatrapportene fra den elektroniske spørreundersøkelsen vil være klare medio desember.

- *Det er skapt økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer.*

Det foreløpig økonomiske resultatet for 2014 ble rapportert den 20. januar og viser 25 mill kroner i negativt avvik fra styringsmålet. Endelig resultat vil kunne avvike fra dette. Underskudd på den underliggende driften (resultat eksklusive gevinster fra eiendomssalg) er imidlertid fortsatt en betydelig utfordring for Oslo universitetssykehus ved utløpet av året. Dersom klinikkene hadde levert et resultat i henhold til budsjettforutsetningene, ville det vært skapt et betydelig økonomisk handlingsrom for investeringer. Det ble ikke realisert et slik handlingsrom i 2014, men det er en nødvendig forutsetning for kommende års drift ettersom Oslo universitetssykehus HF står overfor et betydelig investeringsbehov i medisinsk teknisk utstyr og bygg (ref. Årlig melding del III, kapittel 2.6)

### **3.1.2. Tildeling av midler**

- *Oslo universitetssykehus skal benytte midlene som stilles til rådighet på en effektiv måte og slik at de kommer pasientene til gode. Oslo universitetssykehus skal i 2014 basere sin virksomhet på de tildelte midler. Oslo universitetssykehus tildeles 8 mill kroner i 2014 knyttet til behandling og planlegging av pasienter med behov for rekonstruksjon av bryst. Oslo universitetssykehus skal fortsatt ha det overordnede ansvaret i helseregionen for pasientgruppen. Dette innebærer langsiktig og bærekraftig planlegging av tjenesten, berunder ved eget og med de andre foretakene i Helse Sør-Øst. Midlene forutsettes brukt til å styrke kompetanse og kapasitet ved eget foretak, men styrking av kompetanse samt kjøp av kapasitet fra omkringliggende foretak kan vurderes. Det forventes at kapasitet og kompetanse opprettholdes på minimum tilsvarende nivå som i 2013 og at ventetid til behandling går ytterligere ned som resultat av økt samarbeid med andre foretak og utvidet behandlingstilbud. Oslo universitetssykehus skal rapportere om aktiviteten for 1. tertial (frist 20. mai), 2. tertial (frist 20. september) og for hele året (frist 20. januar 2015). Rapporteringsmal m.m. vil bli distribuert til kontaktpersonene ved foretaket.*

Rapportering for tildelte midler	2014	
Basisramme	Tildeling:	11 151 802
	Resultat <sup>1</sup> :	10 536 757
- berav forskning i basis	Tildeling:	110 429
	Resultat <sup>1</sup> :	110 429
Forskning post 78 midler	Tildeling:	252 019
	Resultat <sup>1</sup> :	252 019
Nasjonale kompetansetjenester	Tildeling:	172 907
	Resultat <sup>1</sup> :	172 907
Statlige tilskudd	Tildeling:	241 580
	Resultat <sup>1</sup> :	241 580
ISF-refusjoner	Tildeling:	4 176 949
	Resultat <sup>1</sup> :	4 157 225
I alt	Tildeling:	15 995 257
	Resultat <sup>1</sup> :	15 360 488

<sup>1</sup> Hentet fra helseforetakets foreløpige rapportering for desember 2014 per 20. januar 2015.

*I tillegg til disse inntekter kommer gjestepasientinntekter, polikliniske refusjonsinntekter, samt øvrige foretaksspesifikke inntekter, berunder pasientbetaling og eventuelle tilskudd til definerte formål fra Helse Sør-Øst RHF, statlige etater og andre.*

Budsjettet for 2014 er planlagt innenfor disse rammene.

### Innsatsstyrt finansiering

- *ISF- refusjonsandelen er økt fra 40 til 50 % fra 2014. Innsatsstyrt finansiering er en forenkling av en kompleks klinisk virkelighet og er ikke egnet til finansiering av de enkelte avdelingene i sykehusene. Det er viktig at finansieringen ikke er til hinder for god organisering av tilbudet på den enkelte avdeling eller mellom avdelinger. Den medisinske kodingen dokumenterer helsehjelpen pasienten mottar. Kodingen må være faglig korrekt og skal ikke benyttes for å øke inntjeningen i strid med god faglig praksis og hensiktsmessig organisering.*

Helseforetaket har fokus på å sikre at den medisinske kodingen er faglig korrekt og ikke benyttes for å øke inntjeningen i strid med god faglig praksis og hensiktsmessig organisering.

### Midler til etablering og drift av kommunale ø-hjelpsplasser

- *Helse Sør-Øst skal sette av minst 234,1 mill. kroner av basisbevilgningen til etablering av døgntilbud øyeblikkelig hjelp i kommunene, og bidra til at tilbudene i kommunene har en kvalitet som reelt sett avlastet sykehus. Det forutsettes at helseforetaket setter av nødvendige midler til utbygging og drift av øyeblikkelig hjelp tilbud i henhold til antatte utbyggings- og opptrappingsplaner med kommuner i helseforetakets opptaksområde.*

Oslo kommune åpnet 32 kommunale akutte døgnplasser (KAD) på Aker i 2013. Sengetallet ble ytterligere økt i 2014 og Oslo kommune drifter nå i underkant av 50 KAD-senger på Aker.

### Utleveringskostnader LAR

- *De regionale helseforetakene har i dag ansvaret for å dekke medikamentkostnader LAR. Fra 2014 vil de regionale helseforetakene også få ansvaret for å dekke utleveringskostnadene i LAR, med unntak for pasienter som oppfyller kriterier for å få utlevert medikamenter av kommunale tjenester.*

Den nye innretningen er tatt til etterretning.

### Utenlandsbehandling

- *Oslo universitetssykehus ivaretar på vegne av Helse Sør-Øst RHF oppgaver knyttet til pasienter som får behandling i utlandet som følge av manglende kompetanse i Norge. Dette omfatter pasienter fra hele regionen. Helse Sør-Øst RHF dekker eventuelle merkostnader som følge av ivaretagelsen av denne oppgaven. Kostnads- og aktivitetsutvikling skal rapporteres til Helse Sør-Øst RHF hvert tertial.*

Per august 2014 (2. tertial) hadde Utenlandskontoret brukt 3,4 mill kroner mer enn det som fulgte av periodisert budsjett. Regnskapsmessig er dette nøytralisert ved at det er forventet en tilsvarende økt utbetaling fra Helse Sør-Øst RHF. Status for hele 2014 blir rapportert i forbindelse med desemberrapporteringen i januar.

### **Fra tilskudd til basis**

- *Tidligere tilskudd knyttet til barn som pårørende, nasjonalt klinisk nettverk for spiseforstyrrelser, regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri, rusmestringsenbeter i fengsel, soningenbeter for personer under 18 år og narkotikakontroll for domstolskontroll inngår fra 2014 i de respektive helseforetakenes basisrammer og skal videreføres på minst samme nivå som i 2013. Tiltak Hørsel og psykisk helse- nasjonal behandlingstjeneste er overført fra finansiering av nasjonale kompetansetjenester, (kap 732 post 78) til basis. Det er forutsatt at helseforetaket viderefører bevilgningen til tiltaket.*

I sykehusets budsjett 2014 knyttes tilskuddene til formålene.

### **Raskere tilbake**

- *Ordningen med "Raskere tilbake" videreføres i 2014. Det oremerkede tilskuddet til "Raskere tilbake" er ikke omfattende av vederlagstabellen over. Dette tilskuddet skal komme i tillegg til, og ikke istedenfor, de kostnader som finansieres gjennom basisbevilgningen. Tilskuddets størrelse vil bli avklart senere. Aktivitet som genereres i medhold av denne ordningen er ikke omfattende av aktivitetsbestillingen i tabellen over, men kommer i tillegg.*

Det er egen rapportering av aktivitet og inntekter fra ordningen med Raskere tilbake.

### **Drift og investering**

- *For 2014 tildeles foretaket en samlet basisramme til drift og investeringer. Det forutsettes at helseforetaket legger til rette for at investeringer kan gis den nødvendige prioritering innenfor basisrammen. Basisrammen tilfører likviditet slik at Oslo universitetssykehus kan gjennomføre ordinære investeringer for i alt 335,0 millioner kroner forutsatt et økonomisk resultat i balanse. Helse Sør-Øst RHF presiserer at positive resultater som oppstår i løpet av året ikke kan benyttes til investeringer for foretaket har tilstrekkelig grad av sikkerhet for positiv resultatoppnåelse på årsbasis. Det tildeles et lån på 470 millioner kroner til investering i samlokalisering fase 1 og samhandlingsarena Aker. Det er videre reservert inntil 350 millioner kroner til Oslo universitetssykehus som lån til nødvendige bygningsmessige investeringer hovedsakelig for å lukke avvik knyttet til arbeidsmiljø- og branntilsyn og tilsyn fra Direktoratet for sikkerhet og beredskap. Oslo universitetssykehus tildeles i tillegg et lån på inntil 100 millioner kroner til nødvendige investeringer i medisinskteknisk utstyr. Endelig finansiering vil kunne bli endret i løpet av året basert på faktiske pådrag.*

Investeringsbudsjettet for 2014 er planlagt innenfor disse forutsetningene.

### **Likviditet og kapitalforvaltning**

- *Foretaksgruppens etablerte prinsipper for likviditetsstyring ligger til grunn for løpende tilpasning av investeringsnivå til resultat og tilgjengelig likviditet. Utbetalingene til helseforetaket skjer innen den 7. arbeidsdag i hver måned. Månedlig overføring utgjør normalt 1/12 av samlet likviditetsoverføring. Enkelte tilskudd mv vil bli utbetalt i sin helhet når disse er utbetalt til Helse Sør-Øst RHF. Helseforetaket skal forespørre Helse Sør-Øst RHF i god tid dersom det er behov for driftskreditt ut over gjeldende ramme, og det skal fremlegges tilstrekkelig underbyggende dokumentasjon. Fra 2014 innføres renteberegning av alle helseforetakenes langsiktige, konserninterne fordrings- og gjeldsforhold overfor det regionale helseforetaket.*

De regionale prinsippene for likviditetsstyring gjelder også for helseforetaket.

### **Resultatkrav for 2014**

- *Styring og kontroll med ressursbruken er avgjørende for å kunne gjøre de riktige faglige prioriteringene og sikre høy kvalitet på pasientbehandlingen. God ledelse er en viktig forutsetning for å nå resultatkrav. Oslo universitetssykehus må iverksette nødvendige tiltak for å innfri resultatkravene innenfor rammer og oppgaver som gjelder. Gjennomføringen av tiltak skal skje i samarbeid med de ansatte og deres organisasjoner, og i god dialog med pasienter, pårørende og deres organisasjoner. Det legges til grunn at det er etablert prosesser for medvirkning på alle nivåer.*

- Oslo universitetssykehus skal skape økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer.

Se pkt. 3.1.1.

- Oslo universitetssykehus skal for 2014 ha et resultat i balanse.

Helseforetakets foreløpige økonomiske resultat for 2014 ble rapportert den 20. januar og viser 25 mill kroner i negativt avvik fra styringsmålet. Endelig resultat vil kunne avvike fra dette.

## 3.2. Resultater for mål 2014

### 3.2.1. Aktivitet

- Budsjettert aktivitet er i tråd med bestillingen.

Rapportering av aktivitet	2014	Somatikk	VOP	BUP	TSB
Totalt antall DRG-poeng (døgn, dag, poliklinikk og bilo. Legem.) i henhold til ”sorge for”-ansvaret	Krav:	204 893			
	Resultat <sup>1</sup> :	204 539			
<b>Pasientbehandling</b>					
- Antall utskrevne pasienter, døgnbehandling	Krav:	104 269	1 542	96	2 900
	Resultat <sup>1</sup> :	103 687	1 881	146	3 093
- Antall liggedøgn døgnbehandling	Krav:	480 086	71 400	4 230	27 500
	Resultat <sup>1</sup> :	464 402	73 892	5 573	24 685
- Antall dagbehandlinger	Krav:	70 649	40	3 161	574
	Resultat <sup>1</sup> :	69 937	100	3 080	262
- Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner	Krav:	741 648	79 669	49 356	10 552
	Resultat <sup>1</sup> :	737 807	81 796	45 628	11 292

<sup>1</sup> Hentet fra helseforetakets foreløpige rapportering for desember 2014 per 20. januar 2015.

Per november er aktiviteten innenfor somatikken 0,6 prosent lavere enn aktivitetsmålet i Oppdrag og bestilling fra Helse Sør-Øst RHF. Det styrevedtatte budsjettet forutsetter imidlertid høyere aktivitet innenfor somatikken i 2014 enn måltallet fra Helse Sør-Øst RHF, og målt mot periodisert aktivitetsbudsjett er det et negativt avvik på samme tidspunkt på 1,9 prosent.

### 3.2.2. Tilgjengelighet og brukerorientering

- Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten er under 65 dager.

Sykehuset arbeider systematisk og målrettet med å redusere gjennomsnittlig ventetid og følger utviklingen i reduksjon av ventetid tett. Utfyllende kommentarene er beskrevet i pkt. 3.2.4 oppgavedeling og oppnådde reduserte ventetider og pkt. 3.3 styringsparametere.

- Ingen fristbrudd.

Sykehuset bestreber seg aktivt på å unngå fristbrudd gjennom avdelingsvise måltall og tiltaksplaner. Utfyllende kommentarer er beskrevet i styringsparametere pkt.3.3.

- Redusert ventetid, økt kapasitet og god kompetanse innen brystrekonstruksjon for pasienter med brystkreft.

Antall ventende er omtrent halvert for både rekonstruksjon med eget vev og protese fra okt 2012 frem til utgangen av 2014. Ventetiden er redusert betydelig fra 208 uker til 50 uker for protese, og fra 520 uker til 100 uker for eget vev. Antall brystrekonstruktive prosedyrer ble omtrent doblet fra 472

prosedyrer i 2012 til 950 prosedyrer i 2013. Svært positivt er en tredobling av antall rekonstruksjoner med eget vev som er meget ressurskrevende. Antall ventende for sekundære prosedyrer etter hovedrekonstruksjonen er utført er fortsatt høyt, noe som forklares av det store volumet av pasienter som er operert i løpet av 2013/2014. Det ser ut som en økt aktivitet for primære rekonstruksjoner har ført til et noe redusert behov for sekundære rekonstruksjoner med protese. Det er og vil være uendret og svært god kompetanse ved avdelingen.

- *Alle ventetider på [frittsykehusvalg.no](http://frittsykehusvalg.no) er oppdatert månedlig.*

Forventet ventetid for de lavest prioriterte pasientgruppene oppdateres månedlig på [www.frittsykehusvalg.no](http://www.frittsykehusvalg.no) og er oppdatert med 100%.

- *80 % av kreftpasienter har startet behandling innen 20 dager fra mottatt henvisning.*

Sykehuset har ikke nådd målsettingen og kommer dårligere ut enn gjennomsnittet i regionen. Dette skyldes i hovedsak at regionssykehuset også behandler pasienter som er henvist fra andre sykehus. Forløpstiden regnes fra henvisning er mottatt i annet HF til behandlingen starter ved Oslo universitetssykehus. Tiden det tar fra henvisning er mottatt i annet HF og til behandling starter ved Oslo universitetssykehus inngår i forløpstiden ved Oslo universitetssykehus. Dette betyr at pasienter som behandles i samme sykehus som de først er henvist til får kortere forløpstid. Sykehuset har stort fokus på forløpstider for kreftpasienter og har iverksatt tiltak knyttet til identifiserte flaskehalsar. Primært er dette knyttet til bedring i radiologisk og patologisk kapasitet.

Utfyllende kommentarer for kreftforløpene Tykktarm, Lungekreft og Brystkreft er beskrevet i styringsparametere pkt. 3.3.

- *Det er gjennomført pasienterfaringsundersøkelser på behandlingsenhetnivå, resultatene er offentliggjort på helseforetakenes nettsider og aktivt fulgt opp i tjenesten.*

Den elektroniske pasienterfaringsundersøkelsen er tatt i bruk i hele sykehuset i løpet av 2014, men det er stor variasjon mellom enhetene i responsrater, noe som tyder på at pasientene må involveres sterkere i deltakelse. Dette er en utfordring for enhetene selv. Resultatene er elektronisk tilgjengelige for ledere, er offentliggjort på helseforetakets intranettsider, presentert og drøftet i Sentralt Kvalitetsutvalg (SKU).

- *Det er etablert brukerstyrte plasser innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i alle helseforetak.*

Det er etablert tilbud om brukerstyrte plasser ved seksjon rus- og avhengighetsbehandling ung og voksen. Det er kontinuerlig pasienter "på kontrakt". Det er imidlertid få innleggelses, men gode resultater de gangene pasientene benytter tilbudet. Behandlerne tar kontakt ukentlig med pasienter som har en avtale om brukerstyrt plass.

Ved DPSene er det opprettet fire brukerstyrte plasser, fordelt med tre plasser ved Josefinesgate DPS og én plass ved Søndre Oslo DPS. Søndre Oslo DPS planlegger å øke med ytterligere to plasser i 2015 etter flytting til nybygg på Mortensrud.

- *Det er etablert flere standardiserte forløp i henhold til nasjonale retningslinjer. Oslo universitetssykehus skal i 2014 tilrettelegge for helhetlige pasientforløp og utvikle behandlingslinjer for sykdomsgruppene hjerneslag, prostatakreft og hoftebrudd, samt for TBC-pasienter og pasienter med skadelig bruk / avhengighet av alkohol. I størst mulig grad oppfordres det til samarbeid med brukere og samarbeidende kommuner. For kreftforløp ønskes det særskilt oppmerksomhet på forløpstider.*



Det er utarbeidet pasientforløp for skadelig bruk/avhengighet av alkohol. For hoftebrudd er det utarbeidet en "fast-track" hoftebruddsløyfe som innebærer mindre transport og et mer standardisert pasientforløp ved innkomst. Det er under utarbeidelse pasientforløp for hjerneslag og prostatakreft, samt flere andre pasientforløp f.eks. innen personlighetsforstyrrelser, Asberger syndrom, NSTEMI og akutt forverret kols. Det er ikke laget pasientforløp for TBC-pasienter, men dette arbeidet er planlagt å starte opp i mars 2015. Forløpstider relatert til NPR-målinger i de nye pakkeforløpene for kreft prioriteres. Det er utarbeidet et styrende dokument for dette: "Pasientforløp – målinger av resultater".

- *Det er oppnevnt koordinator for pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester.*

Lovgivers intensjon om å styrke tiltak for pasienter med komplekse og koordinerte behov ser sykehuset som svært positivt. Koordinerende enhet (KE) fikk i oppdrag å svare ut hvordan koordinator skal operasjonaliseres og implementeres ved Oslo universitetssykehus. KE har representanter fra sykehusets ulike klinikker, er tverrfaglig sammensatt og har brukerrepresentasjon. Det er utarbeidet funksjonsbeskrivelse for koordinator som er behandlet i ledermøte i oktober 2013. Leder møtet bestilte samtidig en pilotundersøkelse i 5 klinikker med formål å teste ut funksjonsbeskrivelsen. Som følge av dette arbeidet er klinikkenes fokus på koordinatorfunksjonen betydelig styrket. Det arbeides videre med å implementere koordinatorfunksjonen samtidig som dette ses i sammenheng med høringsnotatet som omhandler kontaktlege.

- *Helseforetaket skal ha konkrete og gjennomførbare planer for å redusere ventetiden og unngå fristbrudd.*

Det forligger både kortsiktige og langsiktige planer for videreføring av tiltak som fører til målet om ventetider under 65 dager og forebygging av fristbrudd. De viktigste tiltakene er:

1. Etter innføring av DIPS som PAS/EPJ har antall langtidsventende og fristbrudd av ventende pasienter økt. Dette henger sammen med konvertering av data fra gammelt til nytt PAS hvor det er forskjeller i datafelter og dermed hvordan registrerte data blir tolket. Det er derfor behov for både manuell og maskinell retting av konverterte data og dette følges opp.
2. Linjeledere har plan for reduksjon av andel fristbrudd og langtidsventende for alle fagområder. Periodisk plan med angivelse av avvik.
3. Timebok med definerte ressurser minst 12 måneder frem i tid.
4. At time gis ifm bekreftelse på at henvisning er vurdert.
5. God pasientoppfølging via oppfølging av styringsdata og ventelistedata knyttet til frister som forfaller.
6. Korrekt bruk av venteliste-brev og pasientinformasjon.
7. Økende fokus på sanntidsregistrering (ankomstregistrering og ventetid slutt).
8. God organisering av arbeidsflyten mellom leger og merkantilt personell.
9. Fortsette arbeidet med identifisering av organisatoriske flaskehals/kapasitetsutfordringer som hindrer effektiv flyt i pasientforløpene.
10. I økende grad benytte Fritt sykehusvalg og viderehenvise til avtalespesialister og private leverandører.
11. Regelmessige statusoppdateringer til bruk for resultatmåling og videre fremdrift i arbeidet.
12. Sykehusledelsens oppfølging fortløpende, månedlig og tertialvis.
13. Opplæringsplan i korrekt bruk av PAS.
14. Opplæringsplan i kvalitetssikring av ventelistedata i PAS.
15. Implementere regionale prosedyrer og brukerveiledninger.
16. Håndtering av henvisning og oppfølging av ventelister er tatt inn i revisjonsplan for Oslo universitetssykehus for 2015.

- *Oslo universitetssykehus skal iverksette kapasitets- og driftsmessige tiltak på kort og mellomlang sikt, berunder kjøp av plasser, jf. sak 094-2013 Kapasitetsutvidelser og koordineringstiltak i hovedstadsområdet - premisser for videre utredning og kapasitetsanalyse.*

Oslo universitetssykehus har stort fokus på kapasitets- og driftsmessige tiltak. I budsjett for 2014 ble det lagt opp til aktivitetsvekst generelt og spesielt innen fagområder med kapasitetsutfordringer. Videre ble kapasitet innen radiologi økt markant og kapasiteten innen patologi ble også økt. Dette er to områder som har representert flaskehals knyttet til pasientforløpene ved sykehuset. Innen ortopedi har mange pasienter blitt overført til Martina Hansens hospital, slik at antall langtidsventende er redusert kraftig. Innen plastikk-kirurgi samarbeider sykehuset med andre sykehus i regionen, men mange av pasientene som får tilbud om helsehjelp ved andre foretak foretrekker å stå på venteliste ved Oslo universitetssykehus. Innen nevrologi er antall legeårsverk økt og innen øyesykdommer pågår det arealmessige tilpasninger som tilrettelegger for mer effektiv drift. For nevrokirurgi er operativ kapasitet økt og ytterligere økning er planlagt for 2015. Innen gastroenterologi har skopikapasiteten vært utfordrende selv med økt aktivitet og produktivitet. Her er det etablert kveldspoliklinikk og bedre utnyttelse av kapasitet på tvers av ulike lokalisasjoner. Når det gjelder kjøp av plasser har foretaket etablert avtaler med Aleris og Unilabs knyttet til brystdiagnostikk for å sikre korte forløpstider for denne pasientgruppen. Det er også etablert avtaler med Aleris om kontroller etter behandling av cancer testis. Generelt sett samarbeider Oslo universitetssykehus med alle sykehus i regionen og spesielt med de andre sykehusene i hovedstadsområdet. Foretaket deltar også i det regionale arbeidet som pågår hvor man ser på kapasitet og mulig endret oppgavedeling i hovedstadsområdet.

I forbindelse med rapportering for arbeidet med ventetider og fristbrudd, henvises det også til protokoll fra helseforetakets foretaksmøte 13. februar 2014 sak 3: Overordnede styringsbudskap for 2014:

- *Ventetid og fristbrudd vil være kritiske suksessfaktorer i 2014. Mange helseforetak har god utvikling i arbeidet med disse områdene, og noen har allerede nådd de målene som er satt. Erfaringen viser likevel at dette ikke er områder der gode resultater opprettholdes av seg selv, men at god resultatoppnåelse bygger på et kontinuerlig arbeid.*

Det forventes bedre datagrunnlag og enklere tilgang for ledere til adekvate rapporter for oppfølging gjennom innføringen av DIPS.

Sykehuset fortsetter arbeidet med generell prosessforbedring gjennom generell opplæring i bruk av det pasientadministrative systemet, forbedringsmetoder som for eksempel Lean-metodikk og utarbeidelse av pasientforløp og pakkeforløp med utgangspunkt i kunnskapsbasert praksis.

Det vises til videreføring av tiltak som vil forbedre målsettingen om reduserte ventetider som nevnt over og i pkt. 3.3 styringsparametere som omhandler ventetid og fristbrudd.

Det vises også til protokoll fra helseforetakets foretaksmøte 12. juni 2014 sak 3: Årlig melding 2013, jf. lov om helseforetak § 34 og vedtektene §§ 6 og 14:

- *Helseforetaket må i 2014 ha en særlig ambisjon om å bedre tilgjengeligheten for pasientene med spesiell vekt på å unngå fristbrudd. Ventetider og fristbrudd har i flere år vært prioritert som et av de fem overordnede målene for Helse Sør-Øst. Foretaksmøtet forutsatte at helseforetakets styre legger stor vekt på å forbedre måloppnåelsen innen disse områdene. I årlig melding 2013 har Oslo universitetssykehus HF gitt tilbakemelding om at antall langtidsventende er redusert med 53 % mellom november 2012 og november 2013, og at man så lenge arbeidet pågår med å avvikle de lengste ventetidene, må forvente at gjennomsnittlig ventetid til start helsehjelp vil være høy og variere til dels betydelig fra periode til periode. Gjennomsnittlig ventetid for avviklede (behandlede) pasienter var i november 99 dager, hvilket er på samme nivå som i 2012. Foretaksmøtet merket seg at gjennomsnittlig ventetiden i 2014 frem til og med april har vært på 90 dager. Dette viser at helseforetaket fortsatt må arbeide aktivt for å kunne nå målet for 2014 som er satt til under 65 dager. Tilbakemeldingen i årlig melding 2013 viser at antall avviklede pasienter med fristbrudd i november var 919 (17 %) og antall fristbrudd av ventende pasienter var 1 622 (15 %). Helseforetaket bemerket i sin årlige melding at det fortsatt har lange ventetider og/eller fristbrudd innen noen fagområder som ortopedi, nevrokirurgi, plastikkirurgi, nevrologi og øyesykdommer. Årsakene er sammensatte, som mangel på operasjons-sykepleiere, økende pasienttilstrømning og flyttinger samt bruk av fritt sykehusvalg. Foretaksmøtet var ikke fornøyd med at helseforetaket hadde fristbrudd i 2013. Frem til og med april 2014 er andel fristbrudd rapportert til 15 %. Foretaksmøtet ba om at styret i Oslo universitetssykehus HF følger opp og styrker arbeidet med å fjerne fristbrudd slik at den overordnede målsettingen kan oppfylles.*

Sykehuset har fulgt opp foretaksmøtets bekymring for langtidsventende med tiltak og kan vise til positive resultater. Fra august 2013 til august 2014 er antallet langtidsventende redusert med 45 pst fra 4000 til 2200. Særlig positiv har utviklingen vært innen hjertesykdommer, ortopedi, nevrologi, medisinsk genetikk og øyesykdommer. Foretaksmøtet merket seg at gjennomsnittlig ventetid fram til april 2014 var på 90 dager. Denne er pr. 2. tertial redusert til 78 dager. Sykehuset fortsetter med særskilt oppfølging av fagområder som fortsatt har langtidsventende og hvor det er avvik i forhold til planlagt avvikling av langtidsventende. Konverteringen av ventelistedata til DIPS og implementeringen av nye rutiner har ført til en voldsom økning i antallet langtidsventende mot slutten av året igjen. Det er iverksatt ulike tiltak i form av handlingsplaner for retting, daglig oppfølging av ventelistedata, opplæring innen spesifikke områder og ukentlig rapportering i ledermøtet.

Utviklingen for avviklede pasienter med fristbrudd går også i riktig retning for sykehuset. 2. tertial viser indikatoren av andelen er 14,4 pst. hvilket er positivt sammenlignet med 1. tertial og spesielt om en tar med i vurderingen at sykehuset har redusert kapasitet ifm sommerferieavviklingen og et ikke ubetydelig antall pasienter ”ikke møtt” i sammenheng med ferieperioden.

Fagområdene ortopedi, nevrokirurgi, plastikkirurgi, nevrologi og øyesykdommer er omtalt spesifikt på forrige side (under punktet om kapasitets- og driftsmessige tiltak).

### **3.2.3. Kvalitet og pasientsikkerhet**

I forbindelse med rapportering for alle underpunkter under overskriften kvalitet og pasientsikkerhet, henvises det også til protokoll fra helseforetakets foretaksmøte 13. februar 2014, sak 3 Overordnede styringsbudskap for 2014:

- *Arbeidet med standardisering av arbeidsprosesser og støttefunksjoner er, sammen med utvikling av gode pasientforløp, viktige elementer for å heve kvaliteten i behandlingen. I Helse Sør-Øst har mange helseforetak utviklet gode tilbud basert på dette. Alle helseforetaksstyrer vil ha et ansvar for at det gode arbeidet fortsetter og at erfaringer både fra eget og andre helseforetak følges opp i den videre utviklingen. Det forventes at helseforetakstyrene sørger for at det utarbeides konkrete tiltaksplaner for å realisere oppdragsdokumentets styringskrav.*

Mange pasientforløp som har vært under utarbeidelse i sykehuset er ferdigstilt/vil bli ferdigstilt om kort tid. En utfordring har vært å få publisert pasientforløpene på en hensiktsmessig måte både på sykehusets nettsider og i det interne dokumentstyringssystemet, e-Håndboken. E-håndboken vil i løpet av 2015 bli tilgjengelig på internett og flere pasientforløp vil fortløpende bli publisert. Dette forventes å bidra til bedre oversikt, læringsoverføring mellom fagmiljø og inspirasjon i videre arbeid med standardisering og pasientforløpsarbeid.

Sykehuset har i det siste året satset mer aktivt på kontinuerlig forbedring gjennom bruk av lean-metodikk. Det er etablert et nettverk for kontinuerlig forbedring som arrangerer undervisning og kurs for ansatte og ledere, støtter klinikkens satsninger og legger til rette for erfaringsoverføring mellom avdelinger og seksjoner. Målsettingen er å utvikle nødvendig og tilstrekkelig kompetanse til å benytte lean-metodikk som forbedringsverktøy i eget kvalitetsarbeid på alle nivå i sykehuset.

Metodikk, kurs, styrende dokumenter og veiledere er etablert for arbeidet med pasientforløp. Pasientforløpsarbeidet etableres nå i sammenheng med arbeid med kontinuerlig forbedring og Lean-metodikk. I forbindelse med innføringen av pakkeforløpene for prostatakraft, lungekreft, brystkreft og tykk- og endetarmskreft 1. januar 2015, er det høsten 2014 jobbet med å få etablert flere forløpskoordinatorer som viktige bidragsyttere i arbeidet med kontinuerlig forbedring av pasientforløpene.

Standardisering av arbeidsprosesser har også vært viet stor oppmerksomhet knyttet til innføring av DIPS som PAS/EPJ og det forventes at dette arbeidet også vil bidra til bedre flyt i pasientforløpene.

## Pasientsikkerhetskampanjen

- *Pasientsikkerhetskampanjens tiltakspakker inngår som en del av sykehusenes ordinære aktivitet og resultatene følges opp i ledelseslinjen.*

For å sikre implementering av tiltakspakker i Nasjonalt pasientsikkerhetsprogram er det vedtatt en handlingsplan for pasientsikkerhet i OUS 2014 med veileder basert på forberedelsesarbeidet i 2013.

Det er i sykehuset utviklet egne veiledningspakker med informasjons- og støttemateriell som handlingskort, veiledere, plakater og brosjyrer. Det er etablert kampanjesider på intranettet og avholdt en rekke informasjons- og undervisningsmøter. Ledere, tillitsvalgte, kvalitetsutvalg og brukerråd er blitt fortløpende involvert i arbeidet.

Det er etablert et oppfølgingsverktøy for å sikre og måle spredning av tiltakene. Alle klinikker er godt i gang med implementeringen. Arbeidet fortsetter i 2015.

## Rapportering til Helsedirektoratet

- *Kvalitetsindikatorer og ventetider som rapporteres til Helsedirektoratet, inkludert til fritt sykehusvalg, er rapportert på sykehusnivå, og benyttes til regelmessig evaluering av klinisk praksis, systematisk forbedringsarbeid og forskning.*

Kvalitetsindikatorer og ventetider som rapporteres til Helsedirektoratet, inkludert Fritt sykehusvalg, er rapportert på sykehusnivå. Dataene benyttes særlig for driftsplaner og logistikk, i forbindelse med standardisering av pasientforløp (og etter hvert pakkeforløp for kreft), i generelt forbedringsarbeid og som grunnlagsdata i forbindelse med revisjonsarbeid.

## Nasjonale medisinske kvalitetsregistre

- *Medisinske kvalitetsregistre med nasjonal status har:*
  - *nasjonal dekningsgrad*
  - *omfatter pasientrapporterte effektmål*
  - *benyttes til regelmessig evaluering av klinisk praksis, systematisk forbedringsarbeid og forskning.*

Oslo universitetssykehus har ansvar for 11 nasjonale kvalitetsregistre, ett av disse er ikke igangsatt pga manglende konsesjon (HIV-registret). Registerne har:

- *Nasjonal dekningsgrad:*  
Enkelte av kvalitetsregistrene er under omstilling/oppstart, mens seks av registrene har per i dag en dekningsgrad på 80% eller mer. De øvrige planlegger gjennomføring av dekningsgradsanalyse opp mot Norsk pasientregister.
- *Omfatter pasientrapporterte effektmål:*  
Registermiljøene følger tett opp det nasjonale servicemiljøets (SKDE) arbeid med etablering av et PROM-senter og valg av lisensierte instrumenter og tekniske løsninger for innsamling av data, for å kunne igangsette systematisk registrering av PROM-data.
- *Benyttes til regelmessig evaluering av klinisk praksis, systematisk forbedringsarbeid og forskning.*  
De nasjonale kvalitetsregistrene følger opp relevante kvalitetsmål på sykehusnivå og rapporterer disse regelmessig tilbake til det enkelte helseforetak

## Nye metoder i spesialisthelsetjenesten

- *Det er etablert en enhetlig og kunnskapsbasert praksis for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten.*

Styrende dokument for kunnskapsbasert arbeid med mini-metodevurdering og beskrivelse av systematisk litteratursøk er utarbeidet. Det er etablert en internettside med verktøy for kunnskapsbasert arbeidsmetode og en intranettside for Råd for metodevurdering med de mer spesifikke verktøy for dette kunnskapsbaserte arbeidet. Sykehuset har vært sentral i arbeid med kunnskapsbaserte fagprosedyrer gjennom flere år og nyter godt av dette når mini-metodevurdering innføres.

Det er gjennom de siste årene vært avholdt dagskurs i kunnskapsbasert arbeidsmetode for å gi kompetanse i å lage kunnskapsbaserte prosedyrer. Mange ansatte har deltatt på kursene som nå er flyttet og holdes i Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten hvert halvår. De 4 siste år er det utdannet ca 250 helsefaglig ansatte i generell kunnskap om kunnskapsbasert praksis. Sykehuset har således god kompetanse til å veilede i alle trinnene i kunnskapsbasert utarbeidelse av mini-metodevurdering.

- *Oslo universitetssykehus er etablert som regionalt kompetansesenter for metodevurdering.*

Regionalt kompetansetjeneste er etablert og ledet av fagdirektør med en spesialrådgiver i 50% stilling fra 1.10.14, ansatt i Stab medisin, helsefag og utvikling .

Hovedfokus for kompetansetjenesten i Helse Sør-Øst er å formidle og bygge opp kompetanse i helseforetakene. Dette skal gjøres bla gjennom metodestøtte, råd og veiledning, initiere og drifte et faglig nettverk/referansegruppe og aktiv kommunikasjon med relevante miljøer, fagråd og bibliotek tjenester.

Status for mini-metodevurderinger i regionen er at Akershus universitetssykehus selvstendig har utført to minimetodevurderinger og Sørlandet sykehus har utført en minimetodevurdering og har en under utarbeidelse. Oslo universitetssykehus har utført 3 minimetodevurderinger og har 12 under utarbeidelse. Arbeidet med metodevurderinger er organisert i et Råd for metodevurdering bestående av en representant for hver klinikk og ledet av fagdirektør. Rådet har også behandlet ferdige metodevurderinger fra andre helseforetak for å vurdere dem til bruk i Oslo universitetssykehus. Noen innmeldte ønsker om metodevurdering er vurdert til å gå til bestillerforum for full metodevurdering, andre er kommet som oppdrag fra bestillerforum og enkelte er avvist grunnet uklare problemstillinger og/eller manglende forskningsgrunnlag. Slik har rådet og berørte fagmiljøer gjennomgått erfaringsbasert læring gjennom prøving og feiling.

Gjennomførte mini-metodevurderinger er publisert på [www.minimetodevurdering.no](http://www.minimetodevurdering.no)

Erfaringer fra implementeringen i Oslo universitetssykehus er delt med andre regioner i flere sammenhenger og møter bl.a i Helse- og omsorgsdepartementet (statusmøte - nasjonalt system for innføring av nye metoder) og i Helsedirektoratet (nasjonal arbeidsgruppe for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten). Internt har Oslo universitetssykehus vektlagt erfaringsbasert læring i arbeid med mini-metodevurdering der et lite sekretariat bestående av medisinsk fagdirektør og spesialrådgivere fra sentral stab, bibliotekar og økonomer har bistått fagmiljøer i klinikkene. Klinikklederne har pekt ut en representant med solid forskerkompetanse i alle klinikker, og disse skal følge alle saker i sin klinikk. Det er nå bare en klinikk ved Oslo universitetssykehus som ikke har fått erfaring med mini-metodevurdering. Resultatene som følge av mini-metodevurdering så langt har ført til at en gammel metode er avvirket og to metoder er innført ved sykehuset. To av sakene er behandlet i sykehusets ledermøte.

Sykehuset har hatt fordel av en bibliotekjeneste som er godt kurset og opplært i systematisk litteratursøk, og mange fagmiljøer kjenner også godt til kunnskapsbasert arbeidsmetode via arbeid med kunnskapsbaserte fagprosedyrer. Erfaringer fra Oslo universitetssykehus er tenkt brukt når Referansegruppen for metodevurdering i Helse Sør-Øst nå etableres og mini-metodevurdering i alle helseforetak i Helse Sør-Øst skal innføres. Via kontakt med Sekretariatet for Nasjonalt system for innføring av nye metoder og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har erfaringer fra Oslo universitetssykehus bidratt til forslag til forbedringer av nettside, skjema og andre detaljer i arbeidet.

I samarbeid med Helse Sør-Øst er det sendt ut informasjon og invitasjon til helseforetakene i regionen om å melde representanter til et regionalt faglig nettverk/referansegruppe som skal fremme arbeidet med metodevurderinger lokalt. Det var ønskelig å få dette nettverket etablert i løpet av høsten 2014, men det kommer ikke i gang før på nyåret. I denne sammenhengen er det vesentlig å avklare oppgaver og ansvarsforhold mellom kompetansetjenesten og aktuelle fagråd i regionen og helseforetak, noe som må avklares i hvert enkelt tilfelle. Frem mot konstituering av et slikt nettverk vil man fra kompetansetjenesten arbeide med et utkast til en handlingsplan for kompetansespredning og

implementering av nasjonale retningslinjer og kunnskapsbasert praksis.

### **”Øyeblikkelig hjelp”-døgntilbud i kommunene**

- *Det er etablert flere ”øyeblikkelig hjelp”-døgntilbud i kommunene i samarbeid mellom helseforetak og kommuner.*

Det er ved utgangen av 2014 etablert 42 KAD-senger på Aker sykehus. Oslo universitetssykehus og Oslo kommune har nå funnet løsning for en økning med ytterligere 10 senger tidlig i 2015. Samtidig arbeides det med en helhetlig arealplan for Aker sykehus hvor mulighet for evt ytterligere etablering av KAD-plasser på Aker vil bli vurdert.

KAD har hatt fullt belegg i sommer, men liggetiden for pasienter som skal tilbake til bydel eller sykehjem øker. Det blir vesentlig å kartlegge årsakene til dette. Ambisjonen for bruk av plassene er rulling, og målet er 3 døgnns gjennomsnittlig liggetid. For Oslo universitetssykehus er det viktig å se mer på samhandlingen mellom bydelene og sykehuset om inntaket på KAD.

- *Helseforetaket har bidratt til at ”øyeblikkelig hjelp”-døgntilbud i kommunene har god kvalitet, og har vurdert effektene av tilbudene.*

*Hensikt med etablering av KAD var:*

- Kommunen skulle ta ansvar for pasienter som ikke trenger innleggelse på sykehus
- Styrke kommunens 24/7-tilbud,
- Bidra til at fastlegen kan ta mer helhetlig ansvar i det kommunale systemet
- KAD skulle dessuten sikre at spesialisthelsetjenestens ressurser ble benyttet til de pasienter som har størst behov for høykompetent behandling og oppfølging.

Etableringen skulle således avlaste Oslo universitetssykehus og andre sykehus og sikre en bedre dimensjonering av tjenestetilbudet, derfor overføring av penger.

Helseforetaket har et forpliktende samarbeid med kommunen gjennom en felles referansegruppe for KAD. Her diskuteres krav til kvalitet og kriterier for inntak. KAD gjennomfører i samarbeid med referansegruppen en kontinuerlig korrigerende og utvikling av tjenesten.

*Hvilke pasientgrupper mottas i KAD?*

Det er en rekke pasientgrupper KAD ikke kan ta ansvar for begrunnet i utilstrekkelig kompetanse og mangel på ressurser forøvrig. KAD kan ikke ta ansvar for pasienter som er for ”syke”. Sykehusene i Hovedstadsområdet og kommunen utarbeidet derfor i fellesskap inklusjonskriterier for inntak av pasienter i KAD. Noen av pasientgruppene som er omfattet av inklusjonskriteriene er imidlertid uteblitt. Eksempler på dette er KOLS-pasientene som fortsatt legges inn i sykehusene. Heller ikke palliative pasienter får tilbud ved KAD, men dette vil det på sikt bli arbeidet med å få til.

*Evaluerings av KAD:*

En større evaluering er planlagt, men man kan reise spørsmål om denne evalueringen går dypt nok ned i problemstillingene og om undersøkelsen gir foretaket svar på om KAD er effektiv for Oslo universitetssykehus.

I evalueringen bør Oslos særskilte utfordringer vektlegges. Oslo universitetssykehus bør kunne ha en forventning om at KAD kan påta seg oppgaver ift mer avanserte pasienter enn de gjør i dag, for eksempel sårpasienter. Det bør derfor vurderes å endre inklusjonskriteriene.

*KAD kan ivareta flere pasienter enn det de i dag gjør,*

Listen for innleggelse ved Oslo universitetssykehus er høy. Derfor er det få pasienter som kan benytte seg av KAD. Nettopp derfor må man vurdere å endre inklusjonskriteriene. KAD kan ivareta flere pasienter enn det de gjør i dag og dette fordrer mer kompetanse hos de ansatte. Oslo universitetssykehus vil gjerne bistå med veiledning og kompetanseoverføring dersom dette kan bidra til å sikre sykehusets behov for å overføre pasienter som ikke trenger høyspesialisert sykehusbehandling.

- *Helseforetaket samarbeider med kommunene for å unngå uønskede reinnleggelser.*

Den mest benyttede definisjonen på en reinnleggelse er en situasjon der en pasient blir akutt innlagt på samme eller annet sykehus innen 30 dager etter utskrivning fra et døgnopphold.

Det å ha et tydelig målbilde på «riktig nivå» på reinnleggelser er vanskelig. Enkelte reinnleggelser er ønsket (for eksempel kreftbehandling) og ulike pasientgrupper har store forskjeller i nivå på reinnleggelser.

Gjennomsnittlig rate for reinnleggelser (antall reinnlagte pasienter i forhold til alle døgnpasienter) ligger på ca 10%. Ulike pasientgrupper (Kols, hjertepasienter osv), nærhet til sykehus, utskrivningsklare pasienter, medisinsk eller kirurgisk behandling og alder er faktorer som på ulikt vis påvirker nivået på reinnleggelser. *Alder er den enkeltfaktor som i størst mulig grad påvirker nivået på reinnleggelser.*

Foretaket samarbeider med primærhelsetjenesten både på administrativt og klinisk nivå om å unngå reinnleggelser. Et av sykehusene i Oslo og tilhørende bydeler skal inviteres til et felles prosjekt for å gjøre mer detaljerte analyser og vurderinger knyttet til reinnleggelser. Målet for dette arbeidet vil være å få økt kunnskap om sammenhenger mellom både nivå og utvikling av reinnleggelser og innføring av samhandlingsreformen. Det er ikke noe som tyder på at Samhandlingsreformen har bidratt til økning i antall reinnleggelser i sykehuset. Samtidig kan dette prosjektarbeidet gi grunnlag for forbedringsarbeid for å redusere antall uønskede reinnleggelser.

## Psykisk helsevern

- *Det er høyere vekst innen psykisk helsevern og rusbehandling enn for somatikk. Det legges til grunn at veksten innen psykisk helsevern skjer ved DPS og innenfor psykisk helsevern for barn og unge. DPS skal bygges ut og utrustes til å ta ansvar for gode akuttjenester gjennom døgnet, ambulante tjenester, poliklinikk og døgnbehandling, slik at befolkningens behov for vanlige spesialisthelsetjenester er dekket. Veksten måles blant annet gjennom endring kostnader, ventetid og aktivitet.*

*Endringer i kostnader:* Tabellen under viser prosentvis økning i kostnadsramme (inkl lønns- og prisøkning) fra 2013 til 2014 for Klinikken psykisk helse og avhengighet, for DPSene, for psykisk helsevern for barn og unge og for rusbehandling.

	Prosentvis økning fra 2013 til 2014 inkl lønnsøkninger
DPS	4 %
BUP	7 %
TSB	4 %
Sum for hele klinikken	7 %

Tabellen viser at klinikken hadde en samlet økning på 7% inkl lønns- og prisvekst, fra 2013 til 2014. DPSene hadde en vekst på 4%, psykisk helsevern for barn og unge på 7% og rusbehandling hadde en vekst på 4%.

Klinikken psykisk helse og avhengighet har, i tillegg til ansvar for eget opptaksområde med 6 bydeler i Oslo, omfattende oppgaver for Oslo sykehusområde (totalt 12 bydeler) og regionale oppgaver for Helse Sør Øst. Dette har ført til en skjevfordeling til fordel for sykehusfunksjoner i 2014. I 2015 vil særlig DPSene bli styrket.

*Aktivitetendringer:* Datagrunnlaget for tabellen under er rapportert aktivitet for 2013 og estimert aktivitet for 2014.

	Prosentvis endring i aktivitet fra 2013 til 2014		
	DPS	BUP	TSB
Polikliniske konsultasjoner	1 %	11 %	28 %
Dagbehandling	-	8 %	-42 %
Liggedøgn	-9 %	10 %	7 %

Tabellen viser en økning i polikliniske konsultasjoner fra 2013 til 2014 for alle tre tjenestene. Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) har økt med 28 %. Dagbehandling er nedprioritert både innenfor rusbehandling og ved DPSene. Det sees også på tallene. Antall liggedøgn er redusert ved DPSene, men har økt ved psykisk helsevern for barn og unge (BUP) og for rusbehandling.

*Tjenestetilbud ved DPSene:*

- Akuttjenester:
  - Psykiatrisk legevakt er organisert som egen seksjon under Josefinesgate DPS (JDPS). Åpningstid er kl 16.00-22.00 på hverdager og 12.00-22.00 i helger/ helligdager. Legevakten betjener hele Oslo sykehusområde og er samlokalisert med Oslo kommunale legevakt.
  - I tillegg er det etablert akutteam ved hvert DPS: Josefinesgate DPS åpnet ny akuttenhet 1. oktober 2014. Enheten har åpningstid hverdager fra kl 08.00-15.30 og har hovedansvar for alle ø-hjelp henvendelser til avdelingen og henvendelser om tvungen legeundersøkelse. Søndre Oslo DPS (SODPS) har et ambulans akutteam som fungerer som akutteam på dagtid. På dagtid i helgene og på kveldstid hverdager tas bare kjente pasienter.
- Ambulante tjenester.
  - Josefinesgate DPS gjorde om sitt ambulante team til et arenafleksibelt tilbud. Målgruppen er pasienter med psykose eller psykose kombinert med rusmisbruk.
  - Søndre Oslo DPS har et team for ambulans psykosebehandling.
- Poliklinikk:
  - Begge DPSene har allmennpsykiatriske- og psykosepoliklinikker. Josefinesgate DPS har fra 2015 i tillegg en nyetablert gruppeenhet og en Raskere Tilbake poliklinikk. Søndre Oslo DPS har egen gruppeenhet og et DBT-team som gir dialektisk atferdsterapi ved emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Begge DPSene har egne TIPS- team for tidlig intervensjon ved psykose. Teamene arbeider ambulans og poliklinisk (arenafleksibelt).
- Døgnplasser:
  - Josefinesgate DPS har i 2014 redusert antall døgnplasser fra 36 til 30 døgnplasser.
  - Søndre Oslo DPS har 22 døgnplasser. Disse skal øke til 30 i forbindelse med innflytting til nybygg på Mortensrud i 2015.

Det legges til grunn at veksten skal skje innenfor psykisk helsevern for barn og unge i tillegg til DPS. Klinikken psykisk helse og avhengighet har i 2014 etablert to prosjekter som skal styrke tilbudet til barn og unge i psykisk helsevern. Prosjektene tar sikte på å bedre tilbudet innen arenafleksibel døgnbehandling med spesialister i front til alvorlig syke barn og deres familier, og til barn og ungdom med utviklingsforstyrrelser.

*Ventetid:* Neste tabell viser gjennomsnittlig og median ventetid for avviklede pasienter med rett til helsehjelp for periodene 1. – 31. januar 2013 og 1.-31. oktober 2014. Dataene er hentet fra LIS Eksterne ventelister.



	1-31. januar 2013, avviklede pasienter		1-31. oktober 2014, avviklede pasienter	
	Gjennomsnitt	Median	Gjennomsnitt	Median
Josefinesgate DPS	47	43	32	28
Søndre Oslo DPS	56	56	44	42
Psykisk helsevern barn og unge	71	84	30	28
Rusbehandling	49	44	25	20

Tabellen viser at både gjennomsnittlig ventetid og median ventetid er redusert til dels betydelig når de to periodene sammenliknes.

- *Andel årsverk DPS har økt i forhold til antall årsverk innen psykisk helsevern i sykehus.*

Andel årsverk i psykisk helsevern fordelt mellom DPS og sykehusfunksjoner er gjengitt i tabellen under. Årsverkene inkluderer faste og variable i vedtatte budsjett for hvert av årene 2012, 2013 og 2014. Bemanningstall for Seksjon for psykosebehandling Gaustad er utelatt, døgnplassene her driftes i all hovedsak for Akershus universitetssykehus (Ahus) og Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet sykehus (LD-sektor).

Tallene inkluderer lokale sykehusfunksjoner og områdefunksjonene. Befolkningen i Oslo universitetssykehus sitt opptaksområde er omtrent det samme som samlet befolkningensmengde i opptaksområdet for LD-sektor. For områdefunksjonene er derfor 50 % av bemanningen regnet som lokale sykehusfunksjoner.

Bemanning – Vedtatt budsjett, fast og variable	Prosent			Antall		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014
DPS						
Søndre Oslo DPS				138	133	126
Josefinesgate DPS				133	135	130
Sum DPS	35 %	36%	35%	271	268	256
Lokalfunksjoner						
Lokalfunksjoner ekskl DPS, TPB og psykoser	59 %	58 %	58 %	449	435,3	427
Områdefunksjoner						
Seksjon Tidlig psykosebehandling				60	64,6	62,3
Seksjon for personlighetsforstyrrelser				23,2	26,8	26,2
Områdepoliklinikk for spiseforstyrrelser, Gaustad				8,1	8,1	9,2
Sum områdefunksjoner				91,3	99,5	97,7
Lokal andel	6 %	7 %	7 %	45,65	49,75	48,85

Tabellen viser at DPSene samlet har ca 35 % av budsjettert faste og variable årsverk. Det er små endringer fra år til år. Andelen vil øke i 2015, da er vedtatt at Søndre Oslo DPS skal øke sine døgnplasser i forbindelse med innflytting til nybygg.

Det kan også diskuteres om områdepoliklinikkene Personlighetspsykiatri og Spiseforstyrrelser (Gaustad) skal inkluderes i DPS-funksjoner eller om de skal legges til sykehusfunksjoner. Dersom dette ikke hadde vært områdefunksjoner ville én løsning vært å legge ressursene til DPSene.

- *Andel tvangsinnleggelse for helseregionen er redusert med 5 % sammenliknet med 2012.*

For å få sammenliknbare tall i 2012, 2013 og 2014 er tallene for 2014 beregnet med utgangspunkt i antall vedtak pr. 30. november.

Tabellen under viser antall vedtak om tvungen observasjon og antall vedtak om tvungen innleggelse pr 1000 befolkning 18 år og over i Oslo universitetssykehus sitt opptaksområde for *lokale funksjoner* og Oslo universitetssykehus sin *andel av områdefunksjonene*. Befolkningstallene er hentet fra SSB (pr 31. desember 2011, 2012 og 2013).

### Vedtak om tvungen observasjon og tvungen innleggelse pr 1000 befolkning 18 år og over – lokale funksjoner

Lokale funksjoner	Antall pr 1000 innb			Prosentvis endring	
	2012	2013	2014	2012 - 2014	2013 - 2014
Tvungen observasjon pr 1000 innb lokale funksjoner	0,314	0,300	0,31	-1 %	3 %
Antall tvungne innleggelser pr 1000 innb lokale funksjoner	1,04	1,57	1,13	8 %	-28 %

Tabellen viser at innenfor Oslo universitetssykehus sitt opptaksområde gikk antall vedtak om tvungen observasjon ned med 1 % fra 2012 til 2014, mens det var en økning på 3 % fra 2013 til 2014. Antall vedtak om tvungen innleggelse hadde en topp i 2013. I 2014 er antall vedtak om tvungen innleggelse redusert igjen. Samlet har det vært en økning på 8 % fra 2012 til 2014, mens det har vært en reduksjon på 28 % fra 2013 til 2014.

Det vil være naturlig med årlige svingninger i antall vedtak av denne typen. Antall vedtak om tvungen observasjon og tvungen innleggelse er i utgangspunktet lavt ved Oslo universitetssykehus.

Tabell under viser tilsvarende oversikt for de *regionale funksjonene*, dvs vedtak om tvungen observasjon og tvungen innleggelser pr 1000 befolkning 18 år og over. Befolkningen er den voksne befolkningen i Helse Sør-Øst sitt område.

### Vedtak om tvungen observasjon og tvungen innleggelse pr 1000 befolkning 18 år og over – regionale funksjoner

Regionale funksjoner	Antall pr 1000 innb			Prosentvis endring	
	2012	2013	2014	2012 - 2014	2013 - 2014
Tvungen observasjon pr 1000 innb regionale funksjoner	0,0028	0,0023	0,0034	24 %	51 %
Antall tvungne innleggelser pr 1000 innb regionale funksjoner	0,003	0,0045	0,005	67 %	18 %

Tabellene viser at det er en økning i antall vedtak om tvungen observasjon og tvungen innleggelse. Tallene er imidlertid svært små. I 2013 var det 5 vedtak om tvungen observasjon, mens det i 2014 er beregnet å bli 8 slike vedtak. For tvungen innleggelse var tallene henholdsvis 10 vedtak og 12 vedtak. Oslo universitetssykehus har ansvaret for regional sikkerhetsavdeling (RSA) med 16 + 2 sengeplasser. I perioden har beleggprosent innlagte pasienter i RSA økt betydelig

### Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

- *Det er etablert systemer ved somatiske avdelinger for å fange opp pasienter med underliggende rusproblemer.*

Prosjektplan for reetablering av Avdeling rus- og avhengighetsbehandling sitt KL-team er behandlet i Klinikk psykisk helse og avhengighet og oversendt til medisinsk klinikk for videre behandling. Det tas sikte på i gangsetting av funksjonen tidlig 2015.

- *Samarbeidsavtalene mellom helseforetakene og kommunene skal eksplisitt omtale konkret samhandlingsarenaer og samhandlingsrutiner innen TSB herunder samarbeidet i forhold til utskrivningsklare pasienter.*

Et forslag til underavtale mellom Oslo universitetssykehus, klinikk psykisk helse og avhengighet og de 6 bydelene i lokalsykehusfunksjonen er ferdig utarbeidet fra arbeidsgruppen. Den er nå foreløpig behandlet av Direktørmøtet (møte med bydelsdirektørene) og vil bli noe bearbeidet før endelig beslutning.

Avdeling rus- og avhengighetsbehandling tilbyr behandling også til pasienter i bydelene i hhv. Diakonhjemmet og Lovisenberg sektor. Prinsippene i utarbeidet underavtalen bør være gjeldende også for andre bydeler og avtalesforslaget vil derfor bli lagt fram for Samarbeidsutvalget som er et byomfattende utvalg med representanter fra sykehus, Oslo kommune, ansattes organisasjoner og brukerorganisasjoner.

- *Det er etablert tilbud om brukerstyrte plasser innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling.*

Det vises til svar tidligere i dokumentet.

### **Langvarige smerte- og utmattelsestilstander der årsaken er uklar**

- *Det er i samarbeid med kommunene og brukerorganisasjonene etablert et effektivt og brukerorientert utrednings- og behandlingsforløp for pasienter med langvarige smerte- og utmattelsestilstander der årsaken er uklar.*

Pasienter med langvarige smerte- og utmattelsestilstander der årsaken er uklar må deles i 2 grupper:

1. Pasienter med langvarige smertetilstander der årsaken er uklar og hvor tretthet/utmattelse/søvnvansker følger med som en del av symptombildet.
2. Pasienter med kronisk utmattelse (CFS/ME) hvor utmattelse er hovedproblemet, men hvor smerte av ukjent årsak er et av flere følgesymptomer.

Avdeling for smertebehandling har et etablert tilbud til kategori 1 og behandler pasienter som er innlagt på Oslo universitetssykehus, fra lokalområdet og fra hele Helseregion Sør-Øst. Avdelingen tar imot 1000 nye pasienter hvert år etter henvisning fra fastleger eller spesialisthelsetjenesten. Mer enn halvparten tilhører kategori 1. Tilbudet til denne pasientkategorien er i 2014 styrket ved at det er tilsatt 2 nye psykologer (totalt 4 psykologer nå). Brukermedvirkning er søkt ivare tatt gjennom brukerutvalget i Oslo universitetssykehus hvor avdelingen har fått oppnevnt 2 representanter med erfaring fra fagområdet. Kontakt med kommunen om tilbudet har skjedd gjennom møter med Samhandlingsarena Aker-prosjektet og prosjektmøter med allmennleger i Oslo knyttet til Institutt for allmennmedisin. Avdelingen har konkrete planer om et prosjekt hvor allmennlegene skal få opplæring til å ta hånd om mange pasienter i primærhelsetjenesten gjennom et etablert opplegg med kollegaveiledning. På den måten vil kun en selektert gruppe henvises Avdeling for smertebehandling. Avdelingens tilbud omfatter: a) Tverrfaglig utredning, b) Tverrfaglig møte m/ pasient, c) Tverrfaglig behandling iht til pasientens individuelle behov. Dette kan være medikamentell behandling, mestringskurs, individuell kognitiv behandling, fysioterapi mm. Totalt gjelder dette ca 500 pasienter/år. Avdelingen samarbeider med avdeling for kreftbehandling og palliative enheter ved Oslo universitetssykehus.

Pasienter med mistenkt CFS/ME behandles primært i CFS/ME-senteret ved Oslo universitetssykehus. Senteret mottar ca 550 søknader/ år og tar i mot ca 330 pasienter. De fleste utredes av lege poliklinisk, det gjennomføres tverrfaglig utredning ved behov. Enkelte pasienter fra hele landet tas imot til innleggelse for utredning dersom det er behov for det. 130 pasienter deltar i mestringskurs årlig.

Langvarige utmattelsestilstander der årsaken er uklar:

Denne pasientgruppen er heterogen, men der pasientene har til felles at de har en langvarig, betydelig, og til tider invalidiserende utmattelse og karakteristiske tilleggssymptomer får diagnosen CFS (kronisk utmattelse) /ME (myalgisk encefalomyelitt) som er en tilstand uten sikker og entydig årsak.

Denne pasient gruppen har behandlingstilbud ved:

- CFS/ME-senteret ved Oslo universitetssykehus som ligger på Aker sykehus (voksne)
  - mottar pasienter etter henvisning fra fastlege og lokalsykehus
  - har poliklinikk og pasientsenger
  - tilbyr tverrfaglig utredning
  - har samarbeid med primærhelsetjenesten før, under og etter innleggelse
  - senteret utarbeider henvisningsveileder for fastleger/lokalsykehus
  
- CFS/ME team ved Oslo universitetssykehus som holder til på Rikshospitalet (pasienter under 18 år)
  - pasienter må ha gjennomgått en tilstrekkelig grundig rutineutredning for å stille diagnosen i lokal barneavdeling før henvisning
  - henvisninger tas kun imot fra
    - primærhelsetjenesten, hvis Oslo universitetssykehus er pasientens lokalsykehus.
    - barneavdeling eller privatpraktiserende spesialist i pediatri på nasjonalt nivå.
  - teamet tilbyr tverrfaglige vurderinger
  
- Nasjonal kompetansetjeneste for CFS/ME
  - Tjenesten utgår fra CFS/ME-senteret og CFS/ME-teamet og baserer seg på den samlede kompetansen.

### Pasientadministrative rutiner

- *Helseforetaket har stor oppmerksomhet på betydningen av gode pasientadministrative rutiner som bidrag til trygghet og sikkerhet i pasientbehandlingen og forløpet.*

I 2014 har Oslo universitetssykehus lagt ned et omfattende arbeid med å revidere og samordne pasientadministrative rutiner, bl.a. ved å følge opp gjenstående punkter av Gjennomføringsprosjektet (omtalt i tidligere årlige meldinger), rydde i historiske data, opprette sentralt henvisningsmottak og gjennomføre Prosjekt regional EPJ ved Oslo universitetssykehus. Organisatorisk er det opprettet et eget råd for henvisninger, ventelister og fristbrudd, som følger opp registreringspraksis og datakvalitet. Rådet erstatter tidligere nettverk for henvisninger, ventelister og fristbrudd. Styringsmessig er nesten 300 nye prosedyrer og brukerveiledninger blitt revidert/utviklet og publisert i Oslo universitetssykehus sitt kvalitetssystem som ledd i overgangen til nytt PAS/EPJ den 20.10.2014. Det må påpekes at sykehuset fortsatt er i en krevende fase etter systembyttet.

For oversiktens skyld presenteres endringene sortert etter arbeidsprosessen de hører hjemme i:

#### *1. Mottak av henvisninger*

Samtidig med overgang til nytt PAS/EPJ har Oslo universitetssykehus opprettet et felles henvisningsmottak for hele sykehuset, som har gitt felles forenklede rutiner for mottak med mindre bruk av internpost.

Felles postmottak åpner all post og videresender henvisninger og andre pasientrelaterte henvendelser til Sentralt Henvisningsmottak. Henvisninger med vedlegg blir registrert, skannet og sendt elektronisk til avdelingsvise arbeidsgrupper (elektroniske postkasser). Avdelingene sender deretter henvisningene elektronisk til aktuelt fagmiljø for medisinsk vurdering.

Endringen har også medført en forenkling ved at Oslo universitetssykehus sikrer en vei inn i sykehuset uavhengig av pasientens tilstand eller hvilken lokasjon pasienten skal følges opp ved.

## *2. Medisinsk vurdering av henvisninger*

Legene ved Oslo universitetssykehus har til nå vurdert henvisninger dels elektronisk og dels på papir. Overgangen til Sentralt Henvisningsmottak har medført at praktisk talt alle henvisninger internt formidles elektronisk, og at alle resultater av vurderingene blir registrert elektronisk. Dette har medført en reduksjon i antall henvisninger som vurderes på papir, men en kan ikke utelukke at enkelte leger velger å skrive ut henvisninger for sin egen vurdering. Samlingen av DocuLive/PasDoc, DIPS Aker, BUP-data og RUS-data til et og samme system (DIPS) har gitt enklere tilgang på journalopplysninger for vurdering av pasienter som har hatt kontakt med Oslo universitetssykehus tidligere. Videre har manuell rydding av historiske data redusert antall pasienter med to eller flere journaler (hjelpenummere) betraktelig, og dermed bidratt til å redusere faren for at relevant journalinformasjon blir oversett.

Etter at henvisningen er rettighetsvurdert, sendes den videre i elektronisk arbeidsflyt for oppfølging. Dette innebærer planlegging av kontakter og booking av timer.

## *3. Planlegging av kontakter med booking av time på poliklinikk/dagenhet eller tid for innleggelse på sengepost*

Et felles PAS/EPJ har forenklet planlegging av pasientforløp som går over lokalisasjoner som tidligere brukte separate systemer. Maskinell rydding av historiske data har gitt en viss opprydding i komplekse sykehistorier bl.a. ved at ferdigstilte åpne henvisninger er blitt lukket og inkonsistente kombinasjoner av åpne og lukkede perioder, episoder og kontakter er blitt korrigert der det er mulig.

DIPS har gitt Oslo universitetssykehus betydelig forbedret mulighet til å hente ut rapporter for lokal kvalitetssikring av ventelistedata, fristbrudd m.m. For å sikre korrekt bruk av disse rapportene er egne veiledninger for bruk av rapportene blitt utviklet og distribuert.

## *4. Innkalling av pasienter til poliklinisk time eller innleggelse*

Utgående pasientadministrative brev (venteliste-brev) er blitt kvalitetssikret og samordnet til regional standard. Dette har gitt mer presis og konsistent kommunikasjon overfor pasientene, også med tanke på beskrivelse av deres rettigheter.

## *5. Mottak, overføring og utskriving av pasienter*

Ett felles PAS/EPJ har forenklet og oppdatert registrering av pasientkontakter. I tillegg har enheter som tidligere har registrert disse opplysningene etterskuddsvis i større grad gått over til å registrere pasientkontakter fortløpende. Dette har gitt en bedre oversikt over hvor pasientene befinner seg til enhver tid, med antatt positive følger for pasientlogistikk og brannvern.

## *6. Lesing av journal inkl. tilgangsstyring*

Ett felles PAS/EPJ har gjort det enklere for klinikere å få lest alle relevante journalopplysninger (inkl. allergier og kritisk informasjon), særlig hos pasienter som flytter seg mellom lokasjoner som tidligere brukte separate systemer.

Ved innføring av DIPS har muligheten til å tildele seg selv tilgang til journalopplysninger hos pasienter som ikke har kontakt med eget arbeidssted blitt innskrenket. En rekke klinikere må i disse tilfellene få kollega til å tildele tilgang til seg. Innskrenkningen har vist seg for streng enkelte steder, og er blitt forsøkt tilpasset. Endringen representerer en forbedring av informasjonssikkerheten, men videre tilpasninger vil bli nødvendig i 2015 for å sikre enkel tilgang hos klinikere med tjenestelig begrunnet behov.

## *7. Klinisk dokumentasjon (dokumentproduksjon)*

Innføringen av felles PAS/EPJ har forenklet produksjon av journaldokumenter på flere punkter. Klinikere kan nå starte på et dokument (eller diktat) på en lokasjon og fullføre det på en annen, og alle uferdige oppgaver vises i samme system. Digital diktering utføres nå på samme måte uavhengig av lokasjon, og det er integrert med pasientjournalen forøvrig. Det gir en sikrere og lettere kobling mellom pasient og diktat, og gjør det mulig å lytte til uskrevne diktater uavhengig av lokasjon. I

akuttsituasjoner kan denne muligheten være avgjørende for utfallet av kliniske beslutninger.

Innføringen har sterkt forbedret og forenklet uthenting av statistikker over uferdige og usignerte dokumenter, samt uferdige og uskrevne diktater på klinikk, avdeling og personnivå. Lokale statistikker er tilgjengelige i DIPS-rapporter, og mer omfattende statistikker er i ferd med å publiseres i ledelsesinformasjonssystemet (LIS).

#### *8. Oppfølging av prøvesvar*

Innføring av felles PAS/EPJ har forenklet oppfølging av prøvesvar, både ved å samle alle oppfølgingslister inn i samme system og brukergrensesnitt og ved å forenkle reglene for adressering. Forut for oppstart er det gjennomført maskinelle ryddinger i to omganger. Rutinene for oppfølging av prøvesvar er nå i ferd med å endre seg. Fra å stige jevnt frem mot oppstart, faller nå antall ukvitterte (usignerte) svarrapporter for radiologi og patologi, og for laboratoriesvar har stigningen stoppet opp. Tilsvarende som for dokumentproduksjon er det nå lettere tilgang til statistikker og rapporter for oppfølging av usignerte prøvesvar, og dette vil bli brukt for å følge opp usignerte prøvesvar enda tettere.

#### *9. Kommunikasjon med primærhelsetjeneste og pasient: PLO og Epikrise*

Etter oppstart av DIPS har Oslo universitetssykehus begynt å sende elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger (PLO-meldinger) til Oslo kommune. Foreløpige tall viser at ca 90 % av meldingene går elektronisk. Epikriser går elektronisk til fastleger med gyldig elektronisk adresse. Foreløpig sendes papirutgaver av epikriser parallelt. Pasienter som benytter tjenesten MinJournal får tilgang til egne epikriser fra hele sykehuset. Samtidig med oppstart av DIPS som felles PAS/EPJ gikk Oslo universitetssykehus som første helseforetak bort fra adresseregistre fra private leverandører og tok i bruk Norsk helsenett (NHN) sitt nasjonale adresseregister. På sikt vil dette gi riktigere adressering, men i oppstartsfasen har Oslo universitetssykehus og Sykehuspartner måttet sette inn egne ressurser for å komplettere registeret med lokale tillegg. Samtidig med det nye registeret er adresseringen til sykehus blitt endret. I stedet for å referere til henvisende leger på andre sykehus, skal det nå refereres til tjenester. Ordningen gir større mulighet for å fordele oppfølging på motagende sykehus, men er uvant for mange.

### **Sykelig overvekt**

- *Oslo universitetssykehus viderefører en kapasitet innen fedmekirurgi som sikrer en fortsatt positiv utvikling i ventetider.*

Seksjon for sykkelig overvekt vil nå målet om 300 fedmeoperasjoner i år. Ventetiden er redusert, blant annet som følge av bedre behandling ved de andre sykehusene.

- *Oslo universitetssykehus skal videreføre arbeidet med utvikling av regionale, helhetlige tilbud til pasienter med sykkelig overvekt.*

Oslo universitetssykehus sitt tilbud til pasienter med sykkelig overvekt er videreutviklet for å optimalisere pasientforløpene, bla gjennom et samarbeid mellom Seksjon for sykkelig overvekt og Seksjon for preventiv kardiologi.

### **Nasjonale tjenester**

- *Nasjonale tjenester (behandlingstjenester, flerregionale behandlingstjenester og nasjonale kompetansetjenester) skal ivareta krav i forskrift og veileder.*

Helsedirektoratets hovedinntrykk er at det er en tydelig forbedring fra 2012 både hva gjelder selve rapporteringen og etterlevelse av krav i regelverk. Flere av de nasjonale tjenestene oppfyller kravene og de som ennå ikke har alt på plass, oppgir at de arbeider med saken.

Ni nasjonale tjenester ved Oslo universitetssykehus ble bedt om å tilleggsrapportere for driftsåret 2013 innen 1. oktober.

- *Nasjonale tjenester følger opp evalueringen fra Helsedirektoratet.*

Fire av de nasjonale tjenester har ikke rapportert i tråd med intensjonen og har problemer med å følge opp de tilbakemeldinger som blir gitt fra direktoratet ifm årlig evaluering.

Helsedirektoratet anbefaler iverksetting av tiltak lokalt for å sikre at drift av tjenesten og årlig rapportering blir i tråd med intensjon i regelverk. Dette ble tatt opp som sak på ledermøtet i Oslo universitetssykehus i desember 2014, og det ble besluttet at det fra direktørens stab medisin, helsefag og utvikling avholdes møter med hver enkelt av de 4 tjenestene og deres klinikkleder med fokus på rapporteringen for 2014.

- *Oslo universitetssykehus, ved Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser, skal inngå avtaler med Helse Vest og Helse Nord knyttet til Napos og NMK.*

I mandat for Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser (NKSD) heter det: Helse Sør-Øst RHF skal, i henhold til godkjenningbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet, inngå flere rige rammeavtaler med Helse Nord, Helse Vest og Frambu senter for sjeldne funksjonshemninger. Det skal inngås avtale med Helse Vest RHF når det gjelder Nasjonalt kompetansesenter for porfyrisykdommer (NAPOS), og Helse Nord RHF når det gjelder Nevromuskulært kompetansesenter (NMK). Det er inngått slike avtaler på RHF- nivå. Ellers godkjennes sentrenes virksomhetsplaner av NKSDs ledelse.

## **Sykehusapotek**

- *Oslo universitetssykehus skal samarbeide med Sykehusapotekene i arbeidet med å utvikle gode farmasøytiske tilbud.*

Oslo universitetssykehus har et omfattende samarbeid med Sykehusapotekene Oslo (SAO). Dette gjelder alle sykehusapotekets avdelinger:

### *Legemiddelleveranser sykehus:*

Apotekstyrt legemiddellager (ASL) finnes på 80 enheter i Oslo universitetssykehus, dvs at apoteket ivaretar ansvaret for bestilling av legemidler og at de finnes på lokalt lager.

Sykehusapoteket har gitt råd ved innføring av legemiddelkabinett i Akuttmottaket på Ullevål.

Ny modell for legemiddelberedskap i Oslo universitetssykehus er laget i samarbeid med Sykehusapoteket.

### *Tilvirkning:*

Apoteket tilbereder bruksferdige legemidler til den enkelte pasient. Dette omfatter hovedsakelig cytostatika, smerteblandinger og parenteral ernæring. I 2014 har det vært arbeidet med nye produksjonslokaler for cytostatika ved Radiumhospitalet. Dette har krevet samarbeid i forbindelse med å finne gode prosesser for transport av kurer fra nye lokaler m.m.

Det arbeides med standardisering av smerteblandinger.

### *Tjenesteavdelingen:*

Arbeider med kvalitetssikring av legemiddelhåndtering og klinisk farmasi. Stillingene innen kvalitetssikring ivaretar utarbeidelsen av nivå 1 prosedyrer innen legemiddelhåndtering, implementering av disse, undervisning og revisjoner.

Stillingene innen klinisk farmasi fordeler seg med ulike stillingsstørrelser i ulike klinikker og avdelinger. Farmasøytene inngår her i tverrfaglige team med ulike arbeidsoppgaver, avhengig av avdelingens ønsker og behov. Dette inkluderer legemiddelgjennomganger, legemiddelsamtaler, opptak av legemiddelanamnese og generell rådgivning vedrørende valg av legemiddel, legemiddelform eller blandbarhet.

### *Publikumsavdelingene:*

Tilbyr tilpasset varelager til sykehuspasientenes behov i samarbeid med helsepersonell

- *Tiltak for å forebygge alvorlige legemiddelfeil/ legemiddelhendelser skal gjennomføres.*

I sykehusets handlingsplan for pasientsikkerhet i 2014 er det to områder for bedring av sikkerhet tilknyttet legemiddelhandtering: Legemiddelvurdering og å sikre kjennskap til- og korrekt bruk av sykehusets interne styrende dokumenter om legemiddelhandtering.

Sykehuset har i dette arbeidet et godt samarbeid med farmasøyter fra Sykehusapotekene.

Hendelser med legemidler registreres og håndteres i sykehusets avvikssystem, Achilles. Alle hendelser analyseres og de mest alvorlige/med størst læringsutbytte behandles videre i klinikkens pasientsikkerhetsutvalg.

I 2014 har fokus vært rettet mot implementering av elektronisk kurve Metavision innen intensiv- og postoperative enheter. Fokuset videreføres i 2015. I tillegg har det vært arbeidet med samordning av tidligere papirbaserte pasientkurver brukt i sengepostene til en ny felles papirbasert pasientkurve. Ny pasientkurve ble tatt i bruk i mai 2014. I forberedelsen til dette ble det holdt flere undervisningsmøter med lokale opplæringsansvarlige sykepleiere og leger hvor sykehuset prosedyrer og arbeidsrutiner ble gjennomgått. I tillegg er det utviklet et eget e-læringskurs for opplæring i riktig bruk av kurven og til dokumentasjon av ansattes kompetanse.

Et spesielt tiltak er endringer i legemidlers navn, merkingsdesign og pakninger for å forebygge forvekslinger mellom navnelike eller pakningslike legemidler. Den siste endringen Oslo universitetssykehus har fått gjennomslag for er endring av pakningsdesign på Adrenalin injeksjonsvæske 1mg/ml ampuller, som lett kunne forveksles med Afipran ampuller. Begge er levert av samme leverandør, som har samarbeidet godt med Oslo universitetssykehus.

- *Det skal utarbeides gode rutiner for å sikre legemiddelinformasjon og legemiddelforsyning til pasient og samarbeidende helsepersonell ved utskrivning fra sykehus.*

Samordning av legemiddellister et prioritert innsatsområde i sykehusets handlingsplan for pasientsikkerhet i 2014, og er under implementering i alle aktuelle klinikker. Sykehuset har skriftelige rutiner i eHåndboks-dokumentet "Overføring av legemiddelopplysninger ved utskrivning fra døgnopphold" og oppdatert legemiddelliste skal følge epikrisen ved utskrivning.

Legemiddelsamstemming er definert som et betydelig pasientsikkerhetsproblem både nasjonalt og internasjonalt, spesielt samstemming av legemidler ved overganger mellom helsetjenestenivåer. For å sikre god legemiddelsamstemming må det være etablert gode prosedyrer og rutiner som kvalitetssikrer legemiddellistene gjennom endring av helsepersonells holdninger og rutiner og utbre bruken av slike lister gjennom påvirkning av pasienter.

Oversikt over føringer og retningslinjer for å sikre gode rutiner for legemiddelhandtering og legemiddelinformasjon ved sykehuset følger av e-håndbokens nivå 1-dokument;  
Legemiddelhandtering – oversikt.

De relevante prosedyrene i denne forbindelsen er følgende:

- Helsepersonells ansvar og oppgaver innen legemiddelhandtering
- Opptak av legemiddelanamnese
- Overføring av legemiddelopplysninger ved utskrivning fra døgnopphold
- Epikrise

For å vurdere og forbedre legemiddelsamstemming mellom sykehus og kommune, etablerte sykehusledelsen kontakt med Generell Indremedisinsk sengepost i Medisinsk klinikk og Utviklingstjenester for hjemmetjenester i Oslo kommune. Generell indremedisinsk sengepost møter disse problemstillingene hyppig, har vært sentral og lenge ivret for legemiddelsamstemming og utvikling av bedre felles rutiner. Behovet er dokumentert blant annet i 2 masteroppgaver som viser at nærmere 70% av pasientene har minst en uoverensstemmelse mellom legemidlene ført på kurven ved



innleggelse og pasientenes faktiske bruk av legemidler før innleggelse. Det er hittil gjennomført 2 møter i samarbeidsgruppen for å planlegge videre arbeid og for å vurdere rutinene for å sikre legemiddelinformasjon og legemiddelforsyning til pasient og samarbeidende helsepersonell ved utskrivning fra sykehus.

Utviklingstjenester for hjemmetjenester, Oslo kommune, leder arbeidet med legemiddelsamstemming i Oslo kommunes tjenester: Tidligere er det gjennomført læringsnettverk for hjemmesykepleien i legemiddelsamstemming og nå planlegges pilot for legemiddelsamstemming i boligene i Oslo kommune.

Sykehusledelsen vil nå nedsette en arbeidsgruppe som i første omgang skal definere noen punkter/områder en ønsker å se nærmere på i forhold til legemiddelsamstemming. Det er naturlig å jobbe videre med det arbeidet og erfaringene som er gjort ved Generell indremedisinsk sengepost. Det understrekes at representasjon fra alle klinikkene i dette arbeidet er svært viktig for å forankre dette godt fra starten av, da målet er å implementere gode rutiner for legemiddelinformasjon og legemiddelforsyning i hele Oslo universitetssykehus.

Første oppstartsmøte for å nedsette en arbeidsgruppe planlegges til tidlig på nyåret 2015.

- *Som en del av oppfølgingen av pasientsikkerhetsprogrammet skal metode for samstemming av legemiddellister og legemiddelgjennomganger for prioriterte pasientgrupper implementeres.*

Medisinsk klinikk etablerte i 2011 en tverrfaglig prosjektgruppe på Generell indremedisinsk avdeling som ønsket å gjennomføre IMM modellen (Integrated Medicin Management) for å kvalitetssikre pasientenes legemiddelliste ved innleggelse, individualisere og optimalisere legemiddelbehandlingen for inneliggende pasienter og sikre best mulig overføring av legemiddelopplysninger ved utskrivelse. Prosjektet er et samarbeid mellom Medisinsk klinikk og Sykehusapotekene. Prosjektet er også sykehusets bidrag til Pasientsikkerhetskampanjen, under innsatsområdet Samstemming av legemiddellister. En klinisk farmasøyt har mottatt forskningsmidler til en PhD-stipendiatstilling fra Helse Sør-Øst RHF. Ved siden av den overordnede målsetningen om å implementere IMM-modellen ønsker man å studere effekten av implementeringen av IMM modellen og tid til re-innleggelse.

Prosjektgruppen har lagt ned mye arbeid for å bredde arbeidet med legemiddelsamstemming i resten av sykehuset og har fått ”samstemming” som egen rubrikk i den nye felles papirbaserte pasientkurven, utarbeidet lommekort for legemiddelanamnese, inkluderte samstemming i utviklingen av e-læringskurset for pasientkurven og har fått legemiddelsamstemming forankret i sykehusets overordnede prosedyrer. Det arbeides også med å få i innkallingsbrevet fra DIPS at pasienten oppfordres til å ta med oppdatert legemiddelliste fra fastlegen.

Det jobbes med ytterligere tiltak, blant annet har samarbeidende kliniske farmasøyer laget en undervisningspakke som skal spres i klinikken og legemiddelsamstemming er innført som fast punkt i klinikkens opplæringsprogram for nye leger i spesialisering. Det er også tenkt å gi tilbud om undervisningspakken til de øvrige klinikkene i sykehuset. I tillegg har prosjektgruppen i samarbeid med direktørens stab pasientsikkerhet og kvalitet ekstra fokus på temaet i vinter og henger opp plakater som prosjektgruppen har laget. Arbeidet kontinueres i 2015.

- *Oslo universitetssykehus skal samarbeide med Sykehusapotekene i relevante forsknings- og utviklingsprosjekter.*
- Et eksempel på pågående forskningssamarbeid er et doktorgradsprosjekt kalt OPERA-studien (Oslo Pharmacist Intervention study: Effect on Readmissions). Hensikten med studien er å undersøke effekt av implementeringen av hele IMM-modellen (Integrated Medicine Management) på tid til første reinnleggelse. Studien skal inkludere 400 pasienter.

Samarbeid med Sykehusapotekene er ellers særlig aktuelt i forbindelse med oppdragsstudier. For alle oppdragsstudier hvor det er påkrevd er Sykehusapotekene involvert i studiene, med oppbevaring og utlevering av medisin. Sykehusapoteket er særlig involvert i utprøving av medisiner innen kreft.

Inven2, som forestår forhandlinger av oppdragsstudier for Oslo universitetssykehus, har i 2014 signert en forvaltningsavtale med Sykehusapotekene HF. I praksis betyr dette at Inven2 også blir inngangsporten for apotekene i oppdragsstudiene.

Det er også samarbeid mellom sykehusmiljøer og Sykehusapotekene når det gjelder veiledning fra sykehusansatte til masterstudenter i klinisk farmasi. Tre masteroppgaver er avsluttet i 2014 og tre er under arbeid.

### **3.2.4. Personell, utdanning og kompetanse**

- *Gjennomføre analyser og utarbeide planer for håndtering av behov for personell. Særlig innsats må rettes mot behovet for spesialisert kompetanse for å sikre gode tjenestetilbud.*

Oslo universitetssykehus HF utarbeider en oppdatert oversikt over behov for kompetanse knyttet til sårbare fagmiljøer. Den baserer seg på rapportering fra aktuelle fagmiljøer, og gir et overordnet bilde av behov for kompetanse på kort, mellomlangt og lang sikt, hvilke utfordringer og muligheter for forbedring som foreligger, og tiltak for å utdanne/rekruttere/utvikle/beholde personale knyttet til det enkelte fagmiljø/område. Det er nedsatt en egen arbeidsgruppe for koordinering av virksomheten på området strategisk kompetanseutvikling.

En særlig oppmerksomhet har også i år vært rettet mot spesialsykepleiere, spesielt intensivsykepleiere, nyfødtsykepleiere og operasjonssykepleiere. Antallet som utdannes til disse stillingene er økt. Etableringen av utdanningsstillinger for spesialsykepleiere fra 2014 har bidratt til å forbedre rekrutteringen. Det arbeides også med å sikre tilstrekkelig praksisplasser. Oppgavedelingsprosjekter og mer effektiv anvendelse av spesialsykepleierkompetanse er også viktige tiltak som hittil er igangsatt i et begrenset omfang. Det er fortsatt behov for å forbedre datakvaliteten og dermed analysegrunnlaget knyttet til spesialsykepleiergruppene innen Oslo universitetssykehus. Dette er det satt i gang et arbeid med.

- *Tilstrekkelig antall utdanningsstillinger for legespesialister, også innenfor den nye spesialiteten i rus- og avhengighetsmedisin som ventes godkjent i 2014.*

I november 2014 var det registrert totalt 121 leger i spesialistutdanning (LIS) i Personalportalen for Klinikk psykisk helse og avhengighet. Av disse har avdeling rus- og avhengighetsbehandling (ARA) 14 LIS-stillinger, som tidligere har vært knyttet til spesialistutdanning i voksenpsykiatri. Mange av de ansatte LIS i ARA kommer til å følge spesialistutdanningen i rus- og avhengighetsmedisin.

- *Redusere omfanget av midlertidige stillinger i helseforetakene.*

Oslo universitetssykehus arbeider kontinuerlig med å redusere omfanget av midlertidige stillinger ved foretaket, slik at bruken av midlertidig ansettelse er godt innenfor arbeidsmiljølovens krav. Bl.a. gjelder dette ansatte innenfor forskningsområdet, overgang til bruk av faste ekstravakter, samt omgjøring av midlertidige stillinger utover fire år til faste stillinger.

- *Det er gjennomført oppgavedeling og oppnådd reduserte ventetider og gode og effektive pasientforløp.*

#### *Arbeid med oppgavedeling i 2014*

Prosjekter som pågår og som kan resultere i ny oppgavedeling i klinikkene er som følger:

- Revisjon av arbeidsflyt for stråleterapiprosessen
- Tiltak som innebærer overgang fra dagpasienter til polikliniske pasienter
- Optimalisering av palliative forløp
- Intensivavdeling natt og helg
- Oppgavedeling mellom perfusjonister og intensivsykepleiere /leger: administrere ECMO-overføring

fra perfusjonister til intensivsykepleiere natt/helg

- Sykepleiepoliklinikk hvor sykepleiere arbeider selvstendige på poliklinikk: oppgaver overføres fra lege til sykepleiere ved poliklinikkene
- Bioingeniører makrobekjærer vevsprøver: oppgaver overføres fra patologer
- Radiografer beskriver skjelettundersøkelser på legevakten: oppgaver overføres fra radiologer
- Radiografer gjør ultralydscreening av aorta: oppgaver overføres fra radiologer
- Radiografer prioriterer og setter opp protokoller på CT/MR undersøkelser der dette er hensiktsmessig i forhold til problemstilling: oppgaver overføres fra radiologer
- Radiografer utdannes i England i billeddiagnostikk innenfor et begrenset område, for eksempel ca mamma

Det etableres også utdanning som kan bidra til oppgavedeling fra operasjonssykepleie. Et eksempel er Fagskoleutdanningen i sterilforsyning i helsetjenesten som er etablert i samarbeid med fagmiljøet.

#### *Oppnådde reduserte ventetider*

Arbeidene med oppgavedeling har som formål å sikre god pasientflyt gjennom mer effektiv utnyttelse av tilgjengelige ressurser, men er bare ett av ulike tiltak som vil kunne påvirke til gode og effektive pasientforløp. Ved Oslo universitetssykehus har det over lang tid vært et sterkt fokus på reduserte ventetider og i 2014 har det også vært et sterkt fokus knyttet til innføringen av DIPS med innlæring av gode arbeidsrutiner knyttet til oppstart av nytt system. Det vises for øvrig til punkt 3.3. styringsparametre for ytterligere informasjon om reduserte ventetider.

- *Det bygges opp lokale utdanningsløp for å sikre tilstrekkelig rekruttering til den nye spesialiteten innen rusmedisin.*

Avdeling rus- og avhengighetsbehandling har etablert eget utdanningsutvalg og igangsatt obligatorisk internundervisning for leger i spesialisering innen spesialiteten i rus- og avhengighetsmedisin. Avdelingen har 11 overleger som vil bli godkjente spesialister etter overgangsregler i løpet av kort tid. Disse overlegene gjennomfører nødvendig rotasjonstjeneste iht tjenestekrav. Avdelingen bistår i søknadsprosess, og veiledningskurs er iverksatt.

Utdanningsutvalget ved Avdeling rus- og avhengighetsmedisin i Klinikk psykisk helse og avhengighet har arbeidet hele høsten med spesialistutdanningen i rus og avhengighetsmedisin. Som ett av de første sykehusene i landet tilbyr nå Oslo universitetssykehus internundervisning til sine kandidater. 11 leger i spesialisering i spesialiteten rus- og avhengighetsmedisin startet opp 4. november 2014.

### **3.2.5.      *Forskning og innovasjon***

#### **Forskning**

- *Oslo universitetssykehus skal øke omfanget av klinisk pasientrettet forskning og helsetjenesteforskning av høy relevans og kvalitet, berunder kartlegging og oppfølging av kunnskapsvake områder.*

Oslo universitetssykehus HF er en stor aktør innen forskning og innovasjon. Sykehuset bruker om lag 1,4 milliarder årlig til forskning og utvikling, inkludert ekstern finansiering og beregnede kostnader ved støttefunksjoner og infrastruktur. Dette omfatter klinisk pasientrettet forskning og helsetjenesteforskning av særdeles høyt kvalitet og relevans. Det har vært en moderat vekst i ressursbruken til forskning de siste årene og noenlunde stabil aktivitet målt i antall artikler (ca 1600-1700 pr år) og doktorander (ca 150 pr år) utført ved sykehuset (tidsforskyvninger gjør at ressursbruk og resultater ikke er i samme fase). Sykehuset sentralt og klinikkene, som i all hovedsak selv styrer forskningsressursene, tilstreber å fordele ressurser til områder og forskningsgrupper som leverer forskning av høy kvalitet. Kartlegging av kunnskapsvake områder skjer i nasjonal regi, der blant annet Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten er en sentral premissleverandør for helsemyndighetene. Midler til prioriterte tematiske områder lyses ut gjennom ulike helseforskningsprogrammer i regi av Norges forskningsråd. Det er også satt av egne midler over

statsbudsjettet til tverr-regionale, tematiske pasientrettede prosjekter, der Regjeringen ønsker en styrket forskningsinnsats. Oslo universitetssykehus HF er aktive søkere til disse midlene. Sykehuset har i tillegg selv bevilget fem millioner kroner pr år over en femårsperiode til stimulering av tverrfaglige prosjekter som ansees å ha en viktig klinisk nytteverdi.

- *Oslo universitetssykehus skal øke synliggjoringen og anvendelsen av resultater oppnådd gjennom forskning og innovasjon.*

Oslo universitetssykehus har høsten 2014 tegnet medlemskap i organisasjonen som driver nettstedet forskning.no. Det er opprettet en egen blogg – Forskningssykehuset – der ulike temaer fra forskning og innovasjon blir trukket frem. Etter hvert vil det også jevnlig komme nyhetssaker på dette nettstedet, laget av journalister ved forskning.no eller ved Oslo universitetssykehus. Disse sakene fanges ofte opp av de mer generelle massemediene, og kommer da i tillegg til saker som er solgt inn direkte til media. Anvendelsen av resultatene internt sikres i stor grad ved at mange avdelingsledere og klinikere også er aktive forskere, og ved andre samarbeidstiltak mellom klinikk og forskning. Eksternt spres noen av resultatene via samarbeid i nasjonale grupper og tiltak som nettstedet oncolex.no og OUS-symposiet. Når det gjelder bruk av internett til informasjon om behandlingsopplegg mer generelt avventes arbeidet med nye nettsider for helseforetakene og helsenorge.no.

- *Oslo universitetssykehus skal øke omfanget av nasjonalt og internasjonalt forsknings- og innovasjonssamarbeid, spesielt innen EUs nye rammeprogram for forskning og innovasjon (Horison 2020), felles europeiske forskningsprogrammer og europeiske forskningsinfrastrukturtiltak.*

Oslo universitetssykehus HF har gjennom regional forskningsstøttefunksjon etablert et tett samarbeid med Universitetet i Oslo v/Det medisinske fakultet, med fokus på EU og søknader under Horisont 2020. Dette omfatter blant annet koordinert rådgivning mot relevante søkermiljø, felles kurs- og opplæringsprogrammer samt harmonisering av insentivordninger. På sikt er det ønskelig med ytterligere integrering av EU-støttefunksjonene ved henholdsvis Det medisinske fakultet og Oslo universitetssykehus HF. I 2014 er det utgått 40 søknader fra Oslo universitetssykehus HF. Dette er en ikke ubetydelig økning fra tidligere år, henholdsvis 10 søknader i 2013 og 32 søknader i 2012. Det relativt lave antall søknader i 2013 skyldes overgang til nytt EU-program for forskning.

Parallelt med samordning av den operative EU-støtte, har Oslo universitetssykehus HF og Det medisinske fakultet etablert et tett samarbeid om koordinering og oppfølging av søknadsprosesser til større satsinger i regi av Norges forskningsråd og andre sentrale finansieringskilder, for etablering av forskningsinfrastruktur og senterdannelser. Strategisk samordning av søknadsprosesser har også til hensikt å gjøre våre miljø mer robuste og attraktive i internasjonalt forskningssamarbeid.

- *Oslo universitetssykehus skal iverksette tiltak for større grad av brukervedvirkning i forskning.*

Oslo universitetssykehus HF har i 2014 arbeidet videre med hvordan vi kan få til økt brukervedvirkning i forskning. Verken Oslo universitetssykehus HF, eller helseforetakene i landet forøvrig, har pr idag systematiske og/eller enhetlige registreringer av ulike former for brukervedvirkning i forskning, og det er derfor vanskelig å si om omfanget er økt. Bevisstheten om brukervedvirkning er imidlertid økt hos forskningsledere og gruppeledere. Både i Norges forskningsråds nye programstruktur, som er under utarbeidelse, og i forbindelse med regionale utlysninger av forskningsmidler, får brukervedvirkning nå gradvis større plass. Brukervedvirkning teller positivt, og det skal i flere søknader begrunnes særskilt dersom brukervedvirkning ikke anses som relevant.

Styrket brukervedvirkning er nedfelt i strategi- og handlingsplaner for sykehuset. Det er viktig å finne hensiktsmessige former for og en god struktur på brukervedvirkning i prosjekter der dette er relevant. Det har i 2014 pågått et nasjonalt arbeid, felles for helseforetakene og etter oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, for å etablere nasjonale retningslinjer for brukervedvirkning. Oslo universitetssykehus HF har gitt omfattende innspill til de foreslåtte retningslinjene, i samråd med Brukerutvalget, klinikkens forskningsledere og Forskningsutvalget ved Oslo universitetssykehus HF.

Det foreligger også forslag til tiltak i den nasjonale strategien HelseOmsorg21. Retningslinjene forventes vedtatt primo 2015 av de regionale helseforetakene og vil deretter bli gjort gjeldende for helseforetakene. Oslo universitetssykehus vil, når endelige retningslinjer foreligger, bruke disse til å videreutvikle brukermedvirkning på en systematisk måte enn i dag. Et viktig punkt er hvordan gode brukerrepresentanter skal identifiseres og kontaktes, noe som også diskuteres med Brukerutvalget. Omfanget av forskningsstudier ved Oslo universitetssykehus er så stort, at medvirkning på prosjektnivå ikke kan forventes gjennomført alle steder det kan synes relevant, da det innen flere områder vil kunne kreve flere interesserte brukere enn hva som er realistisk å rekruttere. Det må derfor utvikles løsninger som kombinerer medvirkning på prosjektnivå med samarbeid gjennom andre og mer overordnede strukturer, som økt samarbeid med pasientforeninger om en helhet av prosjekter, og deltakelse i relevante utvalg.

Forskningsledelsen ved Oslo universitetssykehus HF har gjennom 2014 hatt dialog med Brukerutvalget om økt og hensiktsmessig brukermedvirkning. Flere representanter fra sykehuset og leder av brukerutvalget har også vært representert på den nasjonale konferansen om brukermedvirkning, i regi av Kunnskapssenteret, Norges forskningsråd, Funksjonshemmedes fellesorganisasjon og Diakonhjemmet sykehus.

Eksempler brukermedvirkning i forskningsstrategiske fora ved Oslo universitetssykehus pr 2014: Biobank- og registerutvalget, Fagråd for samhandlingsforskning, styringsgrupper for flere av sykehusets nasjonale kvalitetsregistre samt forskningsutvalget i Klinikk psykisk helse og avhengighet. Det arbeides ultimo 2014 med brukerrepresentasjon i Fagråd for klinisk forskningspost ved Rikshospitalet. Flere klinikker har medvirkning i prosjekter, og to av disse ble presentert på den nasjonale brukermedvirkningskonferansen. Ett av disse er Prosjektet PsyConnect, brukerens eget nettstøtteverktøy for mestring og samhandling innen psykisk helse, som i Oslo universitetssykehus er forankret ved Senter for pasientmedvirkning og samhandlingsforskning.

Forskningsledelsen og klinikkene har videre utstrakt samarbeid med pasientforeninger, både overordnet karakter og direkte inn mot rekruttering av pasienter til prosjekter.

- *Oslo universitetssykehus skal etablere en helhetlig infrastruktur for kliniske intervensjonsstudier, som også gjør det lettere å få til et effektivt samarbeid med eksterne aktører og bidra til interregionalt og nasjonalt samarbeid om gjennomføring av slike studier innenfor NorCRIN.*

Oslo universitetssykehus HF er formell partner i NorCRIN-nettverket og bidrar aktivt inn i relevante arbeidsgrupper med formål å utvikle nasjonal infrastruktur for klinisk forskning, herunder gjøre Norge til en attraktiv partner i internasjonalt forskningssamarbeid. Oslo universitetssykehus HF er blant annet aktiv deltaker i prosjekter gjennom NorCRIN.

Gjennom et internt prosjekt med støtte fra Helse Sør-Øst RHF er det også etablert et eget nettverk for prosjektkoordinatorer ved Oslo universitetssykehus HF. Dette nettverket har som hovedmål å styrke kompetanse, kapasitet og effektivitet i planlegging og gjennomføring av kliniske studier i samarbeid med industrien. Dette nettverksprosjektet inngår også som en viktig del av prosjektplanen til NorCRIN (WP4), der fokus er kliniske studier og industrielt samarbeid. I arbeidet med å styrke kliniske forskning, så deltar Oslo universitetssykehus HF også aktivt inn i andre nettverk og fora der blant annet også Legemiddelindustriforeningen, Oslo Cancer Cluster, Nansen Neuroscience network og Oslo Medtech er representert.

- *Oslo universitetssykehus skal ivareta rollen som nav i det regionale forskningssystemet jf. regional forskningsstrategi og oppdrag i tidlige oppdrag og bestilling og oppfylt regionale forpliktelser knyttet til tildelte regionale forskningsmidler, spesielt innen kategoriene regionale forskningsnettverk, større forskningsprosjekter, og regionale teknologiske kjernefasiliteter.*

Nav-funksjonen er ivaretatt gjennom regionale forskningsnettverk, prosjektbaserte nettverk, regionale teknologiske kjernefasiliteter og regionale forskningsstøttefunksjoner. For prosjekter med støtte fra

Helse Sør-Øst RHF gis det årlig en faglig prosjektrapport (eRapport til Helse Sør-Øst RHF) som er tilgjengelig på Helse Sør-Østs nettsider for forskning. I tillegg til bidragene gjennom formaliserte prosjekttildelinger og regionale forskningsstøttefunksjoner, bidrar en rekke fagpersoner i Oslo universitetssykehus HF med veiledning til stipendiater utenfor foretaket, og med annen forskningsfaglig kompetanse og samarbeid. Sykehuset bidrar også gjennom involvering av andre foretak i multisenterstudier. Det er utfordrende at en oppbygging og spredning av forskningskompetanse til øvrige foretak i regionen slår negativt ut på kreditering og tildeling av forskningsfinansiering, jamfør modell der med-forfatterskap på tvers av sykehus i regionen reduserer antall publikasjonspoeng pr institusjon og dermed gir insentiver som kan virke hemmende på samarbeid. Samarbeid på tvers av regioner gir motsatt effekt og honoreres med ekstra poeng i finansieringssystemene.

Oslo universitetssykehus HF bidrar overfor andre sykehus med presentasjoner og faglige innlegg om forskning, forskningsorganisering og forskningsledelse, som en del av nav-funksjonen og ut over det som omfattes av regionale forskningsstøttefunksjoner.

- *Oslo universitetssykehus skal ivareta regionale forskningsstøttefunksjoner som er finansiert av regionale strategiske forskningsmidler.*

Regionale forskningsstøttefunksjoner har vært levert innen områder som klinisk forskningstøtte (monitorering og datahåndtering), statistikk og metodeveiledning, søknadsskrivning og oppfølging av EU-finansierte prosjekter og annet internasjonalt samarbeid, innovasjonsstøtte samt regulatoriske og avtalerettslige spørsmål knyttet til formalisering av forskningsprosjekter, herunder personvern og informasjonssikkerhet. Leveransene er fulgt opp gjennom året i tett dialog mellom virksomhetsområde Forskningsstøtte i Oslo universitetssykehus HF og Avdeling for forskning og innovasjon i Helse Sør-Øst RHF. Oslo universitetssykehus HF arbeider aktivt for å gjøre tilbudet mer kjent i og utenfor eget sykehus. Alle relevante forskningsstøttefunksjoner er i dag tilgjengelig på egne nettsider for Regional forskningsstøtte. Forskningsstøtte har også utstrakt kurs- og opplæringsaktiviteter som er tilgjengelig for forskere i hele regionen. For å gjøre de regionale forskningsstøttefunksjoner kjent i hele regionen, så er det viktig at helseforetak og private sykehus i regionen bidrar aktivt til å gjøre tilbudet kjent i egen organisasjon. Det vil bli utarbeidet en fullstendig årsrapport for tjenestene etter nærmere avtale med Helse Sør-Øst RHF. Rapporten vil bli presentert i aktuelle regionale forskningsfora (eksempelvis Regionalt forskningsutvalg og Administrativt forskningsledernetverk).

- *Oslo universitetssykehus skal legge til rette for samhandlingsforskning i tråd med Helse- og omsorgsdepartementets føringer, også innenfor egne budsjettammer.*

Samhandlingsforskning ved Oslo universitetssykehus HF har gradvis blitt styrket de siste årene og foregår i flere klinikker. Sykehusets Fagråd for samhandlingsforskning har arbeidet med å tilrettelegge for en mer koordinert og kvalitetsmessig begrunnet satsing på samhandlingsforskning. Fagrådet ble opprettet i 2012, er bredt sammensatt og har representanter fra klinikker, stabsenheter, Universitetet i Oslo, Høgskolen i Oslo og Akershus, Oslo kommune, primærhelsetjenesten samt Brukerutvalget ved Oslo universitetssykehus HF. Fagrådet vurderte og innstilte i 2014 midler (0,5 millioner kroner) til støtte for samhandlingsprosjekter som primært skal være støtte til prosjekter som søker ekstern finansiering, og som har behov for støtte i oppstarts-/søknadsfasen. Midlene ble tildelt følgende prosjekter:

- Kan utkomme av rehabilitering etter traumatisk hjerneskade (TBI) forbedres gjennom en bedret kvalitet på uformell pårørendeomsorg?
- Referral practice and beliefs about musculoskeletal pain in health care providers and patients with musculoskeletal complaints
- Styrket samhandling for pasienter med type 2 diabetes i Oslo gjennom tverrfaglig forskningsnettverk
- Samarbeid om forskning i sykehjem

## Innovasjon

- Oslo universitetssykehus skal initiere eller delta i forskningsbaserte eller brukerdrevne innovasjonsprosjekter, og det er et konkret mål at aktiviteten økes på dette området.

Både Inven2 og Idépoliklinikken ved Oslo universitetssykehus har rikelig med innovasjonsprosjekter i sin portefølje. Inven2 har økt antall DOFI, og Idépoliklinikken har samme aktivitet som tidligere (pga kapasitet). Sykehusets innovasjonsprosjekt "Hvis pasienten fikk bestemme" – utredning og behandling ved mistanke om brystkreft, har fått stor oppmerksomhet og er blitt evaluert i året som har gått. Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling (OECD) har nylig satt opp en liste over gode nyskappingsprosjekter i offentlig sektor. Her løftes brystkreftprosjektet ved Oslo universitetssykehus frem som et eksempel på vellykket innovasjon i det offentlige.

- Oslo universitetssykehus skal delta i større innovasjonsprosjekter som bidrar til bedre pasientforbehandling og samhandling.

Idépoliklinikken veileder nå i to brukerdrevne innovasjonsprosjekter innen Psykisk helse, *Hjelp meg, det haster, veien inn til behandling for alvorlig psykisk syke* og *Ny skjermet enhet i psykiatrien*, et samarbeid med Design og arkitektur (AHO). Begge har fått midler fra Helse Sør-Øst RHF, og *Hjelp meg det haster*, har fått midler fra både Kunnskapsdepartementet og Kommunal- og moderniseringsdepartementet. Begge prosjekter følger pasienten fra hjem til hjem - samhandling.

### 3.3. Styringsparametre 2014

Styringsparametre	Mål	Status (og regionens gj.snitt)		
<i>Tilgjengelighet og brukerorientering</i>			<i>HF</i>	<i>RHF snitt</i>
<i>Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter i spesialisthelsetjenesten, somatikk</i>	<i>Under 65 dager</i>	<i>2. tert. 2013:</i>	79,8	71,6
		<i>2013 totalt:</i>	86,7	75,9
		<i>2. tert. 2014:</i>	78	70,5
<i>Kommentarer:</i>				
For 2014 er målet at gjennomsnittlig ventetid til helsehjelpen starter skal reduseres til 65 dager. Årsaken til manglende måloppnåelse er sammensatt av til dels stor restanseliste for langtidsventende, feilregistreringer og manglende sanntidsregistreringer i PAS, samt kapasitetsutfordringer.				
Utviklingen i reduksjon av langtidsventende er fulgt tett. Antall ventende ved sykehuset var 23000 per utgangen av august. Antall ventet mer enn 1 år var 2200, dvs 9 pst av alle ventende. Totalt antall ventende er redusert med 3200 fra august 2013 til august 2014. Inkludert i dette er en reduksjon i antall langtidsventende på 1800. Som en del av Gjennomføringsprosjektet ble det utført både maskinelle og manuelle rettinger av tidligere feilregistreringer. Sykehuset har etter dette jobbet videre systematisk og målrettet for å redusere antall langtidsventende. Fra august 2013 til august 2014 er antall langtidsventende redusert med 45 pst, fra 4000 til 2200. Den største reduksjonen har vært innen fagområdene hjertesykdommer, ortopedi, nevrologi, medisinsk genetikk og øyesykdommer. Foretaksmøtet merket seg at gjennomsnittlig ventetid frem til og med april 2014 var på 90 dager. Denne er per 2. tertial redusert til 78 dager.				
Det har vært, og er, en særskilt oppfølging av de fagområder som fortsatt har langtidsventende og hvor det er avvik i forhold til planlagt avvikling av langtidsventende.				
Det er foretatt en gjennomgang av hvilken behandling de langtidsventende venter på. For å redusere ventetiden til helsehjelpen starter, er det iverksatt tiltak som skal føre til bedre kapasitetsutnyttelse i form av foreliggende planer for aktivitet i avdelingene og samtidig bruk av venteliste som verktøy for bedre logistikk og planlegging av driften. Det regionale helseforetaket har nedsatt midlertidige fagråd/regionale prosjekt for ortopedi, nevrologi, øre-, nese- og halssykdommer og plastikk-kirurgi				

som blant annet skal se på kapasitetsutnyttelse i regionen. Dette er alle fagområder hvor Oslo universitetssykehus har lange ventelister. Oslo universitetssykehus utvider nå arbeidet med å gjøre avrop iht de rammeavtaler Helse Sør-Øst har inngått med private leverandører. Innenfor øyesykdommer har det kommet tilbakemeldinger om at enkelte helseforetak har redusert kapasiteten. Det pågår nå en utbedring av lokalene i øyeavdelingen for å tilrettelegge for mer effektiv drift, og spesielt mtp å kunne håndtere en økning i pasienter med aldersrelatert makuladegenerasjon. I tillegg vurderes også hvilke diagnosegrupper som kan videresendes til avtalespesialister som øyelokk-korreksjoner og andre mindre inngrep.

Innenfor ortopedi pågår det et samarbeidsprosjekt med Kontoret for fritt sykehusvalg, for å overføre langtidsventende til andre sykehus som har ledig kapasitet innefor fagområdet. Parallelt pågår det overføring av kompetanse fra Kontoret for fritt sykehusvalg til ansatte i sykehuset, slik at man framover raskere kan henvise aktuelle pasienter videre. I tillegg har sykehuset overført flere pasienter til Martina Hansens hospital, slik at antall langtidsventende er redusert kraftig.

Innen nevrologi er antall legeårsverk økt og innen nevrokirurgi er operativ kapasitet økt og ytterligere økning er planlagt for 2015.

Vedrørende redusert ventetid, økt kapasitet og god kompetanse innen brystrekonstruksjon for pasienter med brystkreft, så er den operative aktiviteten for brystrekonstruksjoner er vesentlig økt og ventetiden for denne pasientgruppen er nå innenfor anbefalt tidsramme. Avdeling for plastikk- og rekonstruktiv kirurgi ved Oslo universitetssykehus har en detaljert plan for håndtering av økende ventelisteutfordring. Avdelingen samarbeider med andre sykehus i regionen, men mange av pasientene som får tilbud om helsehjelp ved andre foretak foretrekker å stå på venteliste ved Oslo universitetssykehus.

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

Det systematiske arbeidet med oppfølging av behandlingsflyt og kvalitet i ventelistedata består i læring fra tilbakemeldingene fra NPR, oppfølging av frister som er satt i vurderte henvisninger, faste tverrfaglige møtearenaer, ventelisteråd, utarbeidelse av gode styrende dokumenter og en kombinert bruk av styringsdata (LIS) og PAS med henblikk på ivaretagelse av pasientens interesser. Forbedringsarbeidet etterfølges av planlagte revisjoner.

Når det gjelder gjennomsnittlig ventetid for alle ventende var denne 175 dager ved utgangen av august, hvilket er en reduksjon på 21 prosent fra samme periode i 2013. Det er stor forskjell i ventetid for ventende med og uten rett til prioritert helsehjelp (88 dager for ventende med rett til prioritert helsehjelp og 240 dager for ventende uten rett til prioritert helsehjelp). Reduksjon i ventetid for ventende pasienter gjelder for pasienter både med og uten rett til prioritert helsehjelp.

Konverteringen av ventelistedata til DIPS og implementeringen av nye rutiner for bruk av PAS har ført til en voldsom økning i antall langtidsventende og fristbrudd. Dette henger sammen med at det er forskjeller i datafelter og dermed hvordan registrerte data blir tolket. Det er iverksatt ulike tiltak i form av handlingsplaner for (både maskinell og manuell) og ukentlig rapportering i ledermøtet, daglig oppfølging av ventelistedata og opplæring innen spesifikke identifiserte områder (bruk av PAS og kvalitetssikring av data i PAS). I prosjektdirektiv for Regional EPJ ved OUS- fase 2, skal det de første tre månedene av 2015 arbeides med stabilisering av nytt innført system og videre optimalisering og korrekt bruk av PAS.

Oslo universitetssykehus har som mål at gjennomsnittlig ventetid til avvikling er under 65 dager i løpet av 2015.



<i>Andel fristbrudd for rettighetspasienter - avviklede, somatikk</i>	0	2. tert. 2013:	16,2	8,1
		2013 totalt:	16,3	7,7
		2. tert. 2014:	14,4	7,1

**Kommentarer:**

For å nå målsetningen i 2014 er det utarbeidet avdelingsvise periodiserte måltall med tiltaksplaner, som innebærer reduksjon og krav om fjerning av fristbrudd. Målet gjelder for både avviklede og ventende pasienter og etter Gjennomføringsprosjektet følges sykehusets enheter opp på faste indikatorer:

- Antall og andel fristbrudd for pasienter hvor utredning/behandling er startet eller avsluttet.
- Antall og andel fristbrudd for pasienter som fortsatt venter.
- Ventetid etter fristbrudd.
- Fristbrudd som forfaller frem i tid.

Utviklingen for ”avviklede pasienter med fristbrudd” går i riktig retning. Sykehuset må jobbe aktivt videre for å nå målet, men resultatet 2.tertial er positivt med tanke på at sykehuset har redusert kapasitet ifm sommerferieavviklingen og antall pasienter ”ikke møtt” i ferieperioden. Resultatet er også positivt sammenlignet med tilsvarende fra 1.tertial. Ved lukking av gammelt pasientadministrativt system den 17. oktober 2014 var antall fristbrudd av ventende 10,9 pst (1015 pasienter).

De viktigste virkemidlene i arbeidet og for det videre forbedringsarbeid har vært å samstemme forholdet mellom kapasitet og antall pasienter som mottas på venteliste, bedre systematikken rundt fristfastsettelse og vurdering av hvilken type helsehjelp som skal tilbys (utredning/behandling), samt sikre kontinuerlig overvåking og oppfølging av ventelistene. Oppfølgingen og ryddingen av langtidsventende har eliminert en del fristbrudd. Timebok, med oversikt over tilgjengelige ressurser og tilstedeværelse av fagersoner, har gjort det mulig å sørge for at pasienter får time i god tid før fristbrudd oppstår. En viktig årsaksfaktor til fristbrudd er manglende opplysninger om rettighetsvurdering i henvisninger viderehenvist fra andre HF, vansker med innhenting av slike opplysninger på tvers av foretak, interne feilregistreringer og ikke elektronisk vurdering av lege. Det er iverksatt kveldspoliklinikker, omfordeling av ressurser på poliklinikk, reduksjon av antall kontroller, overføring av pasienter til primærhelsetjeneste og avtalespesialister, driftsplanlegging i form av driftsmøter og pasientforløpsarbeid. Det er økt legekapasitet og operasjonskapasitet innen flere fagområder og det gjort oppgavefordeling på tvers av lokalisasjoner. Rutiner knyttet til utsendte venteliste-brev og korrekt pasientinformasjon følges opp.

Arbeidet med forebygging og håndtering av fristbrudd er et kontinuerlig arbeid. Andel fristbrudd har dessverre hatt en markant økning etter at data fra DIPS Aker, PasDoc og BUP ble konvertert over til DIPS. Foretaket ser utfordringer med innføring nytt PAS og dermed innføring av nye rutiner for registreringspraksis samt for arbeidsflyt og samarbeidsrutiner mellom lege og kontorlaglig tjeneste. I prosjektdirektiv for fase 2 av innføringen regional EPJ blir hovedfokus å stabilisere PAS-data (retting, rydding, opplæring, forbedring) og optimalisere arbeidsprosessene. Sykehusets mål er forebygging av fristbrudd slik at dette ikke oppstår.

<i>Andel pasienter med tykktarmkreft som får behandling innen 20 virkedager</i>	80 %	2. tert. 2013:	49,0	54,8
		2013 totalt:	51,8	54,3
		2. tert. 2014:	41,0	53,3

**Kommentarer:**

Oslo universitetssykehus ligger under snittet i Helse Sør-Øst. Dette skyldes i hovedsak at Oslo universitetssykehus som regionsykehus også behandler pasienter som er henvist fra andre HF. Forløpstiden regnes da fra henvisning mottatt i annet HF til behandling starter ved Oslo universitetssykehus. Pasienter som behandles i samme sykehus som de først er henvist til får kortere forløpstid. I pakkeforløp for tykk- og endetarmskreft 2015 vil normert forløpstid være 35-39 kalenderdager (som er lengre enn 20 virkedager). Oslo universitetssykehus har kapasitetsutfordringer innen denne pasientgruppen: primært endoskopikapasitet og poliklinikkapasitet. Det er arbeidet med å

Øke endoskopikapasiteten ved at aktiviteten og produktiviteten er økt, det er etablert kveldspoliklinikk, og det er bedre utnyttelse av kapasitet på tvers av ulike lokalisasjoner.				
<i>Andel pasienter med lungekreft som får behandling innen 20 virkedager</i>	80 %	<i>2. tert. 2013:</i>	21,6	33,6
		<i>2013 totalt:</i>	21,9	32,8
		<i>2. tert. 2014:</i>	26,4	34,5
<b>Kommentarer:</b>				
Oslo universitetssykehus ligger under snittet i Helse Sør-Øst Dette skyldes i hovedsak at Oslo universitetssykehus som regionsykehus også behandler pasienter som er henvist fra andre HF (se over). I pakkeforløp for lungekreft 2015 vil normert forløpstid være 42 kalenderdager (som er lengre enn 20 virkedager). Oslo universitetssykehus har kapasitetsutfordringer innen denne pasientgruppen: primært bildediagnostikk, patologi og poliklinikkapasitet. Radiologikapasiteten og patologikapasiteten er økt i forbindelse med budsjett 2014 og større effekt av dette forventes i 2015 når oppbemanning og opplæring er gjennomført. Det knytter seg likevel betydelige utstys- og IKT-utfordringer til radiologisk kapasitet som foreløpig ikke er løst.				
<i>Andel pasienter med brystkreft som får behandling innen 20 virkedager</i>	80 %	<i>2. tert. 2013:</i>	52,5	60,0
		<i>2013 totalt:</i>	52,9	63,0
		<i>2. tert. 2014:</i>	33,7	48,1
<b>Kommentarer:</b>				
Oslo universitetssykehus ligger under snittet i Helse Sør-Øst. Dette skyldes i hovedsak at Oslo universitetssykehus som regionsykehus også behandler pasienter som er henvist fra andre HF (se over). For primærhenviste pasienter starter Oslo universitetssykehus forløpstiden ved henvisning mottatt i Brystdiagnostisk senter (BDS), og ikke ved henvisning mottak i kirurgisk poliklinikk. I pakkeforløp for brystkreft 2015 vil normert forløpstid være 27 kalenderdager (omtrent som i dag). Oslo universitetssykehus har kapasitetsutfordringer innen denne pasientgruppen: primært BDS-kapasitet og poliklinikkapasitet, samt noe kapasitet knyttet til kirurgi med primær rekonstruksjon. Oslo universitetssykehus kjøper private radiologitjenester for å sikre tilstrekkelig BDS-kapasitet.				
<i>Brukererfaringer for inneliggende pasienter som får behandling i somatiske sykehus</i>				
<b>Kommentarer:</b>				
Den nasjonale pasientundersøkelsen ("PasOpp") gjennomføres av kunnskapssenteret (KS) og resultatene legges ut på KS hjemmesider. Viktigste undersøkelse i 2014 gjelder voksne pasienter med døgnopphold og somatiske diagnoser. Resultater fra OUS:				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• God svarprosent som ligger over det nasjonale gjennomsnittet</li> <li>• Gode tilbakemeldinger om kontakt med og tillit til helsepersonellet</li> <li>• Svakere resultater enn nasjonale på samhandling og organisering.</li> </ul>				
<b>Kvalitet og pasientsikkerhet</b>			<b>HF</b>	<b>RHF snitt</b>
<i>30 dagers totaloverlevelse</i>		<i>2013 totalt:</i>	95,3	94,7
<b>Kommentarer:</b>				
<i>Sykehusinfeksjoner</i>		<i>Mai 2013:</i>	3,6	4,2
		<i>Nov. 2013:</i>	5,9	4,7
		<i>Mai 2014:</i>	5,1	4,9
<b>Kommentarer:</b>				
Årets siste undersøkelse gjennomføres i disse dager. Resultat vil bli rapportert så fort de foreligger				

<i>Andel tvangsinnleggelseser (antall per 1000 innbyggere i helseregionen)</i>	<i>Redusert med 5 % sammenlignet med i fjor</i>	<i>2. tert. 2013:</i>	<i>Tall fra NPR for 2013/2014 foreligger ikke.</i>	
		<i>2013 totalt:</i>		
		<i>2. tert. 2014:</i>		
<b>Kommentarer:</b>				
Se tidligere svar.				
<i>Andel reinnleggelseser innen 30 dager av eldre pasienter</i>				
<b>Kommentarer:</b>				
<i>Andel pasienter 18-80 år innlagt med blodpropp i hjernen som har fått behandling med trombolyse</i>	<i>20 %</i>	<i>2. tert. 2013:</i>	<i>20,6</i>	<i>16,6</i>
		<i>2013 totalt:</i>	<i>22,3</i>	<i>16,4</i>
		<i>2. tert. 2014:</i>	<i>13,3</i>	<i>12,2</i>
<b>Kommentarer:</b>				
<p>Av pasienter i alderen 18-80 år fra Oslo universitetssykehus sin sektor er andelen pasienter som får trombolyse ca. 15%.</p> <p>I tillegg får sykehuset selekterte pasienter fra Diakonhjemmet- og Lovisenberg sektorer. Tas disse pasientene i alder 18-80 år med i beregningen, er andelen pasienter som får trombolyse ca. 20%.</p> <p>Oslo universitetssykehus har en rask og trygg trombolyse-sløyfe, med trombolyse-alarm, trombolyse-team, CT i Akuttmottaket, gjennomsnittlig dør-til-nål-tid under 30 min. og minimalt med blødningskomplikasjoner.</p>				
<i>Antall beslutninger i samarbeid mellom de regionale helseforetakene om å innføre eller ikke innføre en ny metode, jf. nasjonale metodevurderinger i system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten</i>				
<b>Kommentarer:</b>				
Rutiner for dette arbeidet er etablert nasjonalt men saker for beslutning er ikke ferdigstilt.				
<i>Antall gjennomførte mini metodevurderinger som er sendt til Kunnskapscenterets database</i>				
<b>Kommentarer:</b>				
<p>Det er i regi av Oslo universitetssykehus gjennomført og publisert 4 mini-metodevurderinger på <a href="http://www.minimetodevurdering.no">www.minimetodevurdering.no</a>. I tillegg er 12 mini-metodevurderinger er under arbeid i sykehuset. 3 mini-metodevurderinger er avslått og ikke vurdert som egnet til full- eller mini-metodevurdering. 3 potensielt fulle metodevurderinger er meldt bestillerforumet.</p>				
<i>Andel årsverk i psykisk helsevern for voksne fordelt på henholdsvis DPS og sykehus</i>				
<b>Kommentarer:</b>				
Se tidligere svar.				
<i>Fastlegers vurdering av distriktpsikiatriske sentre</i>				
<b>Kommentarer:</b>				
<p>Fastlegene er gjennomgående mindre fornøyd med DPSene i Oslo enn gjennomsnittet for landet. Dette kan henge sammen med at DPSene i Oslo har mindre ressurser enn DPSene ellers i landet. Fastlegene i Oslo universitetssykehus og ellers i landet ønsker bedre veiledning fra DPSene. Veiledning og samarbeid med fastlegene blir et satsingsområde for DPSene fremover.</p>				
<i>Pasienterfaringer med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling</i>				
<b>Kommentarer:</b>				
<p>Det ble gjennomført pasienttilfredshetsundersøkelse høsten 2013 i regi av Kunnskapscenteret. Oppsummert er pasientene nokså til godt fornøyd med behandlingen, men savner mer medvirkning i egen behandling og bedre "utstyr" ved institusjonene. Hva som ligger i begrepet "utstyr" er ikke spesifisert i undersøkelsen. Ny undersøkelse ble gjennomført i uke 37/2014. Rapport fra undersøkelsen er ventet rundt årsskiftet.</p>				

### 3.4. Organisatoriske krav og rammebetingelser

#### 3.4.1. Krav og rammer for 2014

- *Resultatkrav og rammer legges til grunn for styrets arbeid i 2014.*

Styret har lagt til grunn alle styringskrav for sitt arbeid i 2014. Mer detaljer fremkommer av svarene på oppdrag i henhold til foretaksprotokollene.

- *Det forutsettes at helseforetakene iverksetter nødvendige tiltak for å innfri kravene i oppdragsdokumentet og foretaksmøtet slik at virksomheten drives innenfor de juridiske, økonomiske og organisatoriske rammene som gjelder for helseforetak. Nedleggelse av akutt- og fødetilbud som ikke er begrunnet i kvalitet og pasientsikkerhet, skal ikke skje før regjeringens nasjonale helse- og sykehusplan er behandlet i Stortinget.*

Oslo universitetssykehus har i 2014 lagt opp til å innfri kravene i oppdragsdokumentet og foretaksmøtet slik at virksomheten drives innenfor de juridiske, økonomiske og organisatoriske rammene som gjelder for helseforetak.

- *Foretakene skal forholde seg til krav og føringer som følger av regjeringens eierskapspolitikk (jf. Meld. St. 13 (2010-2011) Aktivt eierskap – norsk statlig eierskap i en global økonomi). Foretakene skal føre en ansvarlig arbeidsgiverpolitikk som også bidrar til å sikre tilgang på helsepersonell i framtida og forsikre seg om at ansatte hos leverandører - også i andre land - har forsvarlige vilkår.*

Oslo universitetssykehus har forholdt seg til krav og føringer som følger av regjeringens eierskapspolitikk (jf Meld St 13 (2010-2011) Aktivt eierskap - norsk statlig eierskap i en global økonomi).

Tilgang og etterspørsel av helsepersonell er i kontinuerlig endring. Utviklingen innen helse tilsier også bemanningsbehovene framover er mange og sammensatte. For å møte de lokale utfordringene blir det viktig å utarbeide gode langsiktige strategier, men også å gjøre tiltak for å tiltrekke seg de beste kandidatene i markedet her og nå. Sykehuset ansatte i 2013 en egen spesialrådgiver med fokus på rekruttering – operativt og strategisk. Ulike tiltak er iverksatt eller er under planlegging, og disse gjennomføres på tvers av klinikker, fagmiljøer og staber. Tiltakene vil inngå en overordnet rekrutteringsstrategi for sykehuset.

Rekruttering kan aldri dekke sykehusets behov alene, og må alltid ses i sammenheng med tiltak knyttet til å beholde og utvikle ansatte, utdanne og videreutdanne ansatte, samt sikre at kompetanse brukes riktig og fornuftig. Fokus på turnover, god organisering og god ressursstyring er vesentlig. Sykehuset har iverksatt ulike arbeidsgrupper som har til hensikt å fokusere på bemanning og kompetansebehov fremover.

- *Foretaksmøtet viste til og la til grunn videreføring av tidligere krav om intern kontroll og risikostyring, herunder krav til forbedring av det pasientadministrative arbeidet. Foretaksmøtet understreket at god ledelse som kan representere foretaket utad i offentligheten og overfor andre interessenter, er en viktig forutsetning for å nå resultatkravene.*

Sykehuset har gjennom året hatt stort fokus på å forbedre det pasientadministrative arbeidet. To revisjoner gjennomført av Helse Sør-Øst i 2011, pekte på flere områder innen pasientadministrasjon og ventelistebehandling som måtte forbedres. I tillegg gjennomfører Helse Sør-Øst et prosjekt som har undersøkt det pasientadministrative arbeidet på sykehus, "Glemt av sykehuset".

Gjennomføringsprosjektet ved Oslo universitetssykehus fikk i oppdrag å rette opp i dette, blant annet med grundig opplæring i alle klinikker. Gjennomføringsprosjektet har satt spesielt fokus på korrekt

behandling og forbedringer av henvisninger, ventelister og fristbrudd. Prosjektperioden var fra 2012-2013. Alle områder har etter dette blitt fulgt opp i alle klinikker av stab Medisin, helsefag og utvikling og er videreført i prosjektet med innføring av ett felles PAS/EPJ ved sykehuset. Det er ennå for tidlig å evaluere effekten av innføringen av DIPS, men sykehuset forventer forbedringer knyttet til enklere oversikt og mulighet for samordning. Oslo universitetssykehus har også gjennomført en rekke punktrevisjoner i det pasientadministrative arbeidet.

- *Regjeringen har til hensikt å innføre nøytral moms for helseforetakene i løpet av stortingsperioden. Foretakene må ta hensyn til dette når de planlegger og beslutter investeringer og innkjøp.*

Dette følges opp av helseforetaket.

### **Videreutvikling av nasjonalt samarbeid - bedre samordning på tvers av regionene**

- *I foretaksmøte for Helse Sør-Øst RHF 7. januar 2014 ble det vist til protokoll fra foretaksmøtet i januar 2013 og omtale i Prop. 1 S (2013-2014) vedrørende utredning av muligheter for å ta ut gevinster av bedre samordning på tvers av regionene for arbeidet med sykehusbygg, IKT og innkjøp. Videre ble det vist til at de regionale helseforetakene skal etablere et felles helseforetak, Nasjonal IKT HF, for strategisk samarbeid på IKT-området. Det ble også vist til at de regionale helseforetakene har igangsatt et prosjekt for mer nasjonalt samarbeid om innkjøp.*
  - *Oslo universitetssykehus må merke seg oppdragene de regionale helseforetakene er gitt innen videreutvikling av nasjonalt samarbeid.*

Oslo universitetssykehus er deltagende i både regionale og nasjonale initiativer innenfor arbeidet med IKT

#### **3.4.2. Øvrige styringskrav 2014**

- *Øvrige styringskrav legges til grunn for styrets arbeid i 2014.*

Styret har lagt til grunn øvrige styringskrav for sitt arbeid i 2014. Mer detaljer fremkommer av svarene på oppdrag i henhold til foretaksprotokollene.

### **Beredskap og sikkerhet**

- *Oslo universitetssykehus skal i 2014 ha:*
  - *etablert beredskap for kritisk infrastruktur, bl.a. vann, strøm, IKT, legemidler*

Foretaket har beredskapsplaner for hendelser som involverer kritisk infrastruktur, inkludert vann, strøm, IKT og legemidler. I samarbeid med viktige leverandører (som Sykehuspartner og Sykehusapotekene) har foretaket vaktordninger som sikrer rask iverksetting av feilsøking og feilretting ved svikt i tekniske anlegg, eller ekstraordinær utlevering av legemidler utenfor normalarbeidstid. Spesielt for IKT-området er beredskapen styrket i 2014 gjennom DIPS-prosjektet med utrulling av felles elektronisk pasientjournalssystem, forbedret infrastruktur og utvikling av beredskapsløsninger ved svikt. Leveringssikkerheten for legemidler følges svært tett med ukentlige møter mellom foretaket og sykehusapoteket, og månedlig med Statens legemiddelverk.

Oslo universitetssykehus har i 2014 fullført noen og påbegynt arbeidet med resterende vannsikkerhetsplaner for de fire store sykehusene. Det er iverksatt tiltak for å forebygge Legionella-situasjoner på Radiumhospitalet med god effekt. Det er i 2014 gjennomført kartlegging på de fire store sykehusene av alle rom hvor det har vært og er pasientbehandling. Disse er reklassifisert i henhold til forskriften om medisinsk utstyr. Det er utarbeidet handlingsplan med tiltak for å sikre at disse tilfredsstiller forskriften og det er gjennomført kortsiktige tiltak j.fr. handlingsplanen. Parallelt er de medisinske ansvarlige ved alle avdelinger informert og oppdatert med hensyn til reklassifiseringen av pasientrom.

Betydelige deler av foretakets kritiske infrastruktur er i en tilstand som gir utfordringer beredskapsmessig. Riksrevisjonen har i 2014 pekt på at helseforetakene har mangelfulle risiko- og sårbarhetsanalyser for IKT, vann og strøm og at det gjennomføres få øvelser knyttet til kritisk infrastruktur. Dette er i 2014 tilfellet også i Oslo universitetssykehus HF.

- *etablert sikringstiltak i tråd med sikkerhetsloven, bl.a. objektsikkerhetsforskriften*

Oslo universitetssykehus har etablert adekvat sikring for de objektene sykehuset besitter som krever sikring iht Sikkerhetsloven.

- *ferdigstilt oppfølgingstiltak for spesialisthelsetjenesten etter 22. juli 2011 innen 31. desember 2014.*

Oslo universitetssykehus har arbeidet med oppfølging av erfaringene siden beredskapen ble avviklet i august 2011. Egen handlingsplan for arbeidet ble godkjent i styret 15. desember 2011. Beredskapsplaner, herunder varslingslister ble oppdatert høsten 2011. Varslings- og innkallingsystem UMS, basert på SMS er implementert og testes jevnlig. Oslo universitetssykehus har deltatt i den nasjonale innføringen av krisehåndteringsverktøyet HelseCIM som bl.a benyttes til loggføring og rapportering. Sykehuset har samarbeidet med Folkehelseinstituttet, FHI, Kripes, Oslo politidistrikt og Oslo kommune om støtte til rettsmedisinsk obduksjon, ID-arbeid samt pårørende- og etterlattehåndtering. Partene er enige om ansvar og roller samt rutiner for utveksling av pasientidentiteter. Sykehusets beredskapsplaner er fra desember 2014 samordnet og oppdatert med kontaktpunkter. Deler av beredskapsplanene vil bli øvet på i sivil nasjonal øvelse, HarbourEx15, i april 2015. Den prehospitaltjenesten, herunder AMK har oppdatert og styrket sitt beredskapsplanverk, inkl varslingsplaner i den akuttmedisinske kjeden og samarbeidende tjenester. AMK har etablert døgnkontinuerlig legevaktberedskap og samarbeidet med CBRNe senteret er styrket. Egen beredskapsambulanseløsning og CBRNe ambulanseløsning er etablert. Nytt nødnett er godt innarbeidet. Nasjonalt kompetansesenter for prehospital akuttmedisin, NAKOS, har bidratt sentralt i utarbeidelse av nye nasjonale rutiner og veiledere for nødetatene. Fordeling av pasienter mellom sykehus ved katastrofer er avklart gjennom nasjonalt traumesystem og regional beredskapsplan. Ny reserve AMK er etablert og vil være operativ fra januar 2015. Oslo universitetssykehus har deltatt i regionale prosjekter for økt driftssikkerhet og funksjonalitet i AMK. Rutiner og systemer for "flight-following" av luftambulanser er utredet og luftambulanseskoordinator vil være operativ fra februar 2015 for regional koordinering av tjenesten. Egen, detaljert rapport er utarbeidet til Helse Sør-Øst i desember 2014.

## Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven

- *I forbindelse med lovendringen er de regionale helseforetakene bedt om å gjennomføre et felles arbeid for å utvikle og implementere nødvendige endringer i sykehusenes pasientadministrative systemer (EPJ/PAS) for best mulig etterlevelse av endringene i pasient- og brukerrettighetsloven. De skal også bidra i arbeidet med å utvikle bedre systemstøtte for pasientrettigheter på tvers av virksomheter og IKT-systemer og bidra i Helsedirektoratets arbeid med å utvikle standard for elektronisk henvisning mellom helseforetak. Videre skal de gjennomføre implementering og utrulling av elektronisk henvisning mellom helseforetak i samarbeid med leverandørene.*
  - *Oslo universitetssykehus skal i 2014 delta i dette arbeidet etter nærmere vurdering fra Helse Sør-Øst RHF.*

Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven er en blant flere viktige lovendringer og forskriftsendringer innen helseområdet som er vedtatt og som gir føringer for sykehusets pasientvirksomhet og hvordan sykehuset organiserer, administrerer og gjennomfører helsehjelpen. Endringene trer først i kraft i 2015. Generelt arbeider Oslo universitetssykehus på mange måter og nivå med innføring av regelverk som regulerer kjernevirksomheten. Året 2014 har imidlertid vært enestående idet sykehuset som del av den regionale satsingen innførte ett felles EPJ/PAS i hele organisasjonen, som også var et organisasjonsutviklingsprosjekt. DIPS som system ble gjenstand for en særskilt juridisk gjennomgang for å sikre at løsningen tilfredsstiller alle relevante lovkrav innenfor helselovgivningen. Som del av vurderingen av produktrisiko ble det gjennomført en gjennomgang av løsningen i samarbeid med Juridisk seksjon i Oslo universitetssykehus. Resultatet av analysen er gitt

til prosjektet i egne rapporter. Innføringen av EPJ/PAS har vært organisert som et felles prosjekt med Helse Sør-Øst RHF som regional systemeier. For systemet DIPS er lover som helseregisterloven, personopplysningsloven og helsepersonelloven sentrale. For å ivareta framtidige endringer i prosedyrer, brukerveiledninger, ventelistebrev og tilganger til systemet eller andre aspekter ved DIPS som krever juridiske vurderinger og avklaringer vil Oslo universitetssykehus sikre at Juridisk seksjon har en faglig førende rolle.

Oslo universitetssykehus deltar for øvrig i arbeid med Helse Sør-Øst om å imøtekomme oppgaver og funksjoner som vil tre i kraft neste år. Det pågår prosess med leverandør på regionalt nivå for å forberede seg på nødvendige endringer i systemene som skal oppfylle de kommende lovkrav.

### **Informasjonsteknologi og digitale tjenester (ehelse)**

- *Helse Sør-Øst RHF skal bidra i arbeidet mot visjonen om én innbygger - én journal. Samtidig skal det legges vekt på å fullføre igangsatte tiltak.*

En innbygger - en journal har i 2014 arbeidet med analyse av nåsituasjon for eHelse i Norge, og en kartlegging av mulighetsrommet. Oslo universitetssykehus har bidratt ved besvarelser av undersøkelsene, men har også via sin deltakelse i Nasjonal IKT deltatt på referansebesøk arrangert av Helsedirektoratet, og nordiske og nasjonale seminarer om bruk av standardiserte terminologier. Oslo universitetssykehus har i tillegg bidratt vesentlig til Helsedirektoratets analyse av muligheter for beslutningsstøtte i kliniske IKT-systemer.

- *Digital fornying er Helse Sør-Østs program for fornying og standardisering av teknologiske løsninger og arbeidsprosesser og er realiseringen av Helse Sør-Øst sin vedtatte IKT-strategi (styresak 066-2012). Programmet er en satsing som skal gi felles løsninger bygget på standardiserte arbeidsprosesser for hele regionen. Oslo universitetssykehus Helseforetaket skal understøtte digital fornying ved å innføre løsninger i henhold til vedtatt gjennomføringsplan fra fornyingsstyret og bidra med nødvendig kompetanse og kapasitet, samt realisere tilknyttede gevinster og kvalitetsforbedringer i tråd med regionalt planverk. Dette forutsetter god endringsledelse og virksomhetsutvikling i innføringsprosjektene. Oslo universitetssykehus skal i 2014:*
  - *oppdatere områdeplan slik at den er i henhold til regional gjennomføringsplan.*
  - *forberede, starte og gjennomføre prosjekter som i gjennomføringsplan er del av digital fornying sin portefølje i 2014.*
  - *ansette fagressurser til de regionale programmene slik at utvikling av regionale standarder, inkludert standardisering av prosesser og løsninger som understøtter digital fornying, skjer på bakgrunn av helseforetakenes behov.*
  - *delta i regionale styre, fora, råd og nettverk der det etterspørres.*
  - *bidra til forvaltning av regional løsning ved å bemanne rollene helseforetakene har i regional forvaltningsmodell.*
  - *gjennomføre en sikker etablering og innføring av regional DIPS-løsning ved helseforetaket.*

Oslo universitetssykehus har fulgt opp programmet Digital fornying som angitt med prosjekt regional EPJ, laboratorieprogrammet, felles RIS/PACS (radiologisystem), Digital samhandling og Infrastrukturmodernisering. Områdeplan IKT er tilpasset regional strategi og gjennomføringsplan. Forsinkelser i enkelte programmer har gjort driften ved Oslo universitetssykehus krevende, noe som kompenseres i den lokale Områdeplanen for å sikre stabil og sikker drift.

Oslo universitetssykehus har 3 IKT- fagutvalg (klinisk, forskningsstøtte og samhandling/ laboratorie-radiologi og administrative systemer) samt et overordnet IKT-utvalg. Alle klinikker ble tidlig høst 2014 anmodet om å sende inn prosjektsøknader knyttet til nye IKT-behov. Deretter ble søknadene prioritert i 2 omganger av fagutvalgene før det ble lagt frem for IKT-utvalget i november 2014 der prosjektene for 2015 ble anbefalt vedtatt. Endelig vedtak ble foretatt av ledermøte i desember 2014. Områdeplanen er en del av denne behandlingen. Etter fastsettelse av prosjektene for 2015, ble Områdeplanen justert og sendt til alle utvalgenes medlemmer for kommentarer. Disse ble tatt inn og Områdeplanene presentert for ledermøte i desember 2014 og for styret 18.12.2014.

Prosjekt Regional EPJ er gjennomført som planlagt og Oslo universitetssykehus har deltatt aktivt i regionale standardiseringsprosesser. Digital samhandling har levert i henhold til plan og Infrastrukturmodernisering har oppgradert viktig infrastruktur og arbeidet med planverk for

oppgradering av Windows plattformen i 2015. Videre har Oslo universitetssykehus bemannet roller og deltatt i regionale prosjekter, styrer, fora, råd og nettverk som etterspurt og etter regional forvaltningsmodell.

Det har vært stor aktivitet innen IKT- prosjektene i hele 2014. Alle IKT-anskaffelsene som ble påbegynt i 2013 er nå slutført, og siste kontrakt er signert. Sykehuset har satt i drift flere regionale og lokale IKT-løsninger. De viktigste er regional PAS/EPJ basert på DIPS, regional endoskopiløsning, regional fødesystemløsning, regional hjerteultralydløsning, epikriser og poliklinikknotat til alle pasienter innlagt ved Oslo universitetssykehus i MinJournal, videre implementering av kurveløsning, lagringsløsning for øyebilder og etablering av felles innkjøp- og logistikk-løsning i sykehuset. Felles fullmaktsregister for hele sykehuset, med automatisk oppdatering fra personalsystemet og støtte for å fakturere elektronisk fra Oslo universitetssykehus, er innført i fakturaløsningen. Sykehuset har nå løsning for både inngående og utgående eFaktura.

Elektronisk fødejournal (Partus) ble innført på fødeavdelingen 30.mars 2014. Innføringen har vært meget krevende. Full bruk av systemet også for legene er arbeidskrevende og oversikten er ikke tilfredsstillende, særlig for kompliserte pasienter. Flere integrasjoner mangler, og nødvendig funksjonalitet i fostermedisinmodulen er ikke tilgjengelig ennå. Arbeid med forbedring fortsetter i 2015. Regional endoskopiløsning og hjerteultralydløsning har blitt innført etter plan.

Det er etablert en flerspråklig versjon av brukerundersøkelsen i avvikssystemet. Det er i tillegg inkludert funksjonalitet som støtter meldeplikter både for helseforskning og for celler og vev i avvikssystemet. Oslo universitetssykehus har i 2014 for første gang levert kostnad per pasient (KPP)-beregninger til Helsedirektoratet. Helsedirektoratet har godkjent foretakets metode og beregninger slik at dette arbeidet kan videreføres inn mot leveranse til kostnadsvektarbeidet (DRG-prissetting) i 2015. Helseforetakets Ledelsesinformasjonssystem (LIS) er nå etablert på ny plattform, slik at systemet kan håndtere økte datamengder og økte krav til rapportering.

Fremdeles er noen aktiviteter forsinket pga. manglende kapasitet hos Sykehuspartner. Dette omfatter nytt system for transplantasjonsimmunologi, celleterapi, IKT analyseplattform for DNA-sekvensering, produksjonsplanleggingsprogram for mikrobiologi, levende samtykke i Min Journal og enkelte administrative løsninger.

Felles regionalt PAS/EPJ ble innført som planlagt 20.10.2014. Forut for oppstart hadde over 11 000 brukere gjennomgått kurs, med 1211 gjennomførte klasseromskurs før oppstart og 57 etter. Det ble publisert nesten 300 prosedyrer og brukerveiledninger i sykehusets kvalitetssystem. Alle opplysninger relevante for pasientjournalen fra BUPdata, RUS, DIPS Aker, DocuLive og PasDoc ble konvertert til en felles DIPS-database, og kvaliteten av dataene ble generelt forbedret i prosessen. Dataene inkluderte 17,6 millioner svarrapporter og 129 millioner journaldokumenter fra 17,7 millioner polikliniske konsultasjoner og 5,1 millioner innleggelser på i alt 2,7 millioner pasienter.

Kritiske IT-systemer som var integrert i EPJ og som fortsatt skulle brukes fremover ble integrert i DIPS. Det ble i alt etablert 300 integrasjoner med 53 ulike systemer. Seksjon for skadelegevakt ved ortopedisk avdeling i Klinikk for kirurgi og nevrofag og Akuttmottaket i Akuttklinikken hadde behov for egne tilpasninger, og disse ble utviklet i DIPS Arena. Egne funksjoner for endoskopi og hjerteultralyd i PasDoc ble erstattet med separate spesialistsystemer i egne prosjekter (EndoBase og ComPACS), og systemene ble integrert i DIPS. Samhandling med andre aktører ble forsterket ved å sende PLO-melding til Oslo kommune elektronisk i stedet for per faks (nå over 90%), sikre at intern formidling og behandling av henvisninger foregår elektronisk i stedet for papir, og ta i bruk NHN sitt nasjonale adresseregister som første helseforetak. Videre har sykepleiere ved Klinikk psykisk helse og avhengighet og i Kreft-, kirurgi og transplantasjonsklinikken ved Avdeling for kreftbehandling tatt i bruk elektronisk behandlingsplan

EPJ-prosjektet har utarbeidet regional løsning for EPJ, og samarbeidet med RSKD (regionalt standardisering av klinisk dokumentasjon) om dette i hele prosjektperioden. Prosjektet har sørget for at



Oslo universitetssykehus tar i bruk regional løsning for systemoppsett, kodeverk, tilgangsoppsett, journalstruktur, maler og ventelistebrev samt regionalt forankrede prosedyrer og brukerveiledninger. Et stort antall klinikere fra hele helseforetaket har deltatt i prosjektet, og dermed bidratt til intern samordning av arbeidsprosesser som tidligere har vært svært ulike.

Oppstarten har stort sett gått bra. I en periode på seks uker etter oppstarten vandret 100 av sykehusets egne leger, sykepleiere og kontorfaglig personell rundt på sykehuset. De var særskilt opplært som instruktører, og oppsøkte klinikere for å gi brukerhjelp og fange opp utfordringer. De såkalte ”gul-vestene” har meldt om stort behov for hjelp hos brukerne de første ukene, og deretter har hjelpebehovet klinget av. I samme periode har Sykehuspartner og EPJ-prosjektet hatt dedikerte medarbeidere til å ta unna økte saksmengder fra brukerne. De store utfordringene har dreid seg om tilganger til DIPS, bruk av det nye adresseregisteret og generelle utfordringer med korrekt bruk av systemet og riktig registreringspraksis. Videre har det vært tekniske problemer med tynnklienter på Aker, og egne tiltak med utskifting av arbeidsstasjoner ble iverksatt. Seksjon for skadelegevakt har også hatt betydelige utfordringer med høy responstid og økt tidsforbruk ved bruk av DIPS Arena. Det har siden oppstart vært arbeidet med tilpasninger og forbedring av løsningen, og det er forventet at dette arbeidet må fortsette i 2015. Majoriteten av brukerne har imidlertid opplevd akseptabel responstid, også når 5000 brukere benytter DIPS samtidig.

Prosjekt regional EPJ ved Oslo universitetssykehus fase 2 vil følge opp arbeidsprosessene rundt bruk av DIPS, og sørge for å utnytte systemet i enda større grad. I tillegg tas vekstjournal og operasjonsplanlegging i DIPS i bruk, bruk av behandlingsplan i sykepleie (KDS) skal implementeres til resten av sykehuset, og Olafiaklinikkens spesialiserte pasientjournal erstattes med DIPS Arena. Videre vil PLO-meldinger sendes til flere kommuner, mottak av elektroniske eksterne henvisninger tas i bruk, og ytterligere systemer vil bli integrert.

### **Teknologiskifte i Telenor**

- *Telenor skal gjennomføre et teknologiskifte med overgang fra analog teknologi (PSTN/ISDN) til digital teknologi (IP) og/eller mobile løsninger. Teknologiskiftet blir gjennomført gradvis med oppstart 2013/14 og antas å være sluttført innen utgangen av 2017. De regionale helseforetakene er bedt om å gjennomføre en felles risiko- og sårbarhetsanalyse knyttet til det forestående teknologiskiftet i Telenor. Oslo universitetssykehus vil være omfattet av denne risikovurderingen.*

Håndteres gjennom regionale initiativer, blant annet Infrastrukturmoderniseringsprogrammet.

### **Utvikling av nødmeldetjenesten**

- *Foretaksmøtet viste til tidligere krav om utvikling av nødmeldetjenesten og innføring av Nødnett. I 2014 vil den nasjonale utbyggingen fortsette for det nye digitale nødsambandet. De regionale helseforetakene er bedt om å bidra til videre utbyggingen av Nødnett i tråd med endringene i revidert styringsdokument for innføringsprosjektet, fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet 11. november 2013. Oslo universitetssykehus vil være omfattet av dette arbeidet.*

Flere av Oslo universitetssykehus omkringliggende sykehusområder er i ferd med å ta i bruk nødnett, hvilket vil forenkle og styrke den prehospitalt samhandling ut over eget prehospitalt dekningsområde. Viktig funksjonalitet ble ikke implementert i første runde, og Oslo universitetssykehus er forberedt på videre innføringsarbeid i eget foretak.

### **Kostnader på pasientnivå (KPP)**

- *Bedre og mer presis informasjon om KPP vil et være et viktig verktøy for å analysere medisinsk praksis og kvalitet, for styring på ulike nivåer i helsetjenesten, og for sammenligning mellom ulike organisatoriske enheter. Målsettingen er at KPP skal være implementert som gjennomgående kvalitets- og styringsverktøy for alle helseforetak innen 1. januar 2017. Strategien skal legges fram for departementet innen utgangen av første halvår 2014. Helsedirektoratet skal trekkes med i dette arbeidet. De regionale helseforetakene er bedt om å utarbeide en felles strategi med leveranser og milepæler som er*

*nødvendig for å sikre implementering av KPP i alle helseforetak i tråd med tidsplanen. Oslo universitetssykehus vil omfattes av endringen når den er implementert.*

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

### **Laboratoriekodeverk**

- *Helsedirektoratet skal etablere og gjennomføre et nasjonalt program for kodeverk og terminologi for å øke kvaliteten på styringsdata samt innføre nasjonalt laboratoriekodeverk innen 1. oktober 2014. De regionale helseforetakene er bedt om å bistå Helsedirektoratet i arbeidet. Oslo universitetssykehus vil omfattes av dette arbeidet.*

Nasjonalt laboratoriekodeverk (NLK) med NPU (Nomenclature of properties and units) og NOR koder (Særnorske koder i NLK) fra Helsedirektoratet er sammen med lokale koder fra Oslo universitetssykehus benyttet ved konfigurering/oppsett av analysekodeverket i DIPS. DIPS ved Oslo universitetssykehus utgjør for øvrig grunnlaget for den regionale DIPS-løsningen i Helse Sør-Øst. NLK ligger også til grunn for analysekodeverket i laboratoriedatasystemene Unilab, Swisslab og Flexlab innenfor fagområdene medisinsk biokjemi, medisinsk immunologi, klinisk farmakologi og delvis for medisinsk mikrobiologi.

Helsedirektoratet legger hver måned ut nye versjoner av NLK, som følges opp av Klinikk for diagnostikk og intervensjon, og der aktuelle endringer og nye koder bestilt av Oslo universitetssykehus inkluderes i gjeldende laboratoriekodeverk for sykehuset.

Oslo universitetssykehus sitt analysekodeverket samkjøres mellom DIPS og de aktuelle LIMS (Laboratory information management system) ved felles koordinering ved LIMS forvaltere i Klinikk for diagnostikk og intervensjon.

Oslo universitetssykehus benytter NLK med NPU, NOR og Oslo universitetssykehus sine koder i svarmeldinger til primærhelsetjenesten.

Arbeidet som Klinikk for diagnostikk og intervensjon har gjort har stor betydning for å lette samordning og kommunikasjon mellom laboratoriene i sykehuset, og sikre enhetlig presentasjon av prøvesvar i felles EPJ, uavhengig av hvor analysen er utført. NLK-kodeverket gir mulighet for bedre samhandling mellom primærhelsetjenesten og Oslo universitetssykehus, og legger grunnlaget for å kunne innføre elektronisk rekvirering/henvisning internt og fra eksterne aktører (IHR, interaktiv henvisning/rekvisisjon).

### **Etikk og miljø**

- *Oslo universitetssykehus skal i 2014 ha:*
  - *utført årlig klimaregnskap for å vise sine CO2-utslipp på skjema utviklet av Difi og Helse Sør-Østs regionale faggruppe for miljø.*

Klimaregnskap for Oslo universitetssykehus for 2013 ble levert til Helse Sør-Øst RHF 24. mars 2014. Klimaregnskap for Oslo universitetssykehus for 2014 leveres i løpet av første kvartal 2015.

- *innført miljøledelse etter ISO 14001-standard og er blitt sertifisert av Det norske Veritas innen 31.12.14.*

Prosjektet startet høsten 2013 og benyttet det første året til å opparbeide nødvendig kompetanse innen området, innhente nødvendig informasjon og data til arbeidet og å utarbeide utkast til miljøstyringssystem. Det Norske Veritas gjennomførte i juni 2014 prosjektarbeidet og utarbeidet i etterkant en statusrapport. Denne konkluderer med at det er utført et grundig arbeid og at det foreligger utkast til alle deler av et miljøstyringssystem. Ferdigstilling og implementering av dette gjenstår for en internrevisjon kan gjøres forut for revisjonen. Innføring av miljøledelse og miljøstyringssystem for Oslo universitetssykehus er omfattende med ca 1 million kvm areal og rundt 22.000 involverte. DNV-

GL trenger rundt 6 måneder til planlegging av sertifiseringen fra avrop på avtale. Sertifisering av miljøledelse etter ISO-standard vil bli gjennomført 1. halvår 2015.

### **Innkjøp og logistikk**

Sykehuset reviderte i 2014 Nivå 1 prosedyren ”Bestilling fra eksterne leverandører”. Videre ble iProc utrullet på Ullevål sykehus, og ca. 700 rekvirenter ble opplært i nye rutiner. I den forbindelse ble det laget et e-læringskurs i Iproc. Det er også innført rutiner på å returnere faktura uten bestillingsnummer til leverandør.

Innkjøpsenheten har hatt en produksjonsøkning på ca. 20% og det er tilført noen flere ressurser til gjennomføring av anskaffelser. Det tar tid å lære opp nye medarbeidere og det forventes ytterligere effekter av dette i 2015. Et felles bestillingssystem med mulighet for rapportgenerering, vil også forenkle oppfølgingen og utviklingen av målrettede tiltak pr. klinikk og avdeling.

- *Oslo universitetssykehus skal i 2014 ha:*

- *oppnådd 80 % bruk av avtaler.*

2. tertial 2014: 74 %

- *oppnådd 70 % bruk av innkjøpssystem.*

2. tertial 2014: 83 %

- *oppnådd 90 % bruk av elektronisk produktkatalog.*

2. tertial 2014: 54 %

- *brukt Forsyningscenteret for innkjøp med 164 millioner kroner*

Oslo universitetssykehus lå per august 6,1 % under budsjettet innkjøp fra Forsyningscenteret. Det er i løpet av tredje kvartal etablert varemottak på Ullevål sykehus og per oktober var avviket redusert til - 1,9 %. Det forventes at avviket er lukket innen utgangen av 2014.

- *gjennomført en vurdering av hvordan forsyningskjeden fungerer lokalt og tilrettelegge for endring av forsyningsstruktur til større andel leveranser fra regionalt forsyningscenter og begrensning i lokalt lagerhold. Det må tilstrebes en reduksjon i kapitalbinding og svinn.*

Det har siden 2007 vært varemottaksfunksjon og Aktiv Forsyning (AF) på Radiumhospitalet og Rikshospitalet. I løpet av tredje kvartal 2014 ble dette også etablert på Aker og Ullevål. Ved utgangen av 2014 er det etablert AF ved 80 avdelinger på Ullevål. En driftsorganisasjon for AF er i ferd med å bli etablert. Dette er viktig for å vedlikeholde og videreutvikle AF-løsningen. AF bidrar til å redusere ukurans og svinn, samt sikrer at varer med gyldig avtale og som suppleres i den etablerte forsyningstjenesten blir bestilt.

### **HR**

- *Oslo universitetssykehus skal i 2014:*

- *bidra til standardisering av arbeidsprosesser rundt HR i eget foretak og hos Sykehuspartner.*

Prosjekt vedrørende standardisering av ansettelsesprosessen, inkl. endringer i arbeidsforhold, ble avsluttet i april 2013.

Det er ellers et kontinuerlig pågående arbeid med å standardisere og forbedre de ulike områder knyttet til rekruttering og ansettelse, hele arbeidsforholdet inkl. avslutning, ved at det utarbeides stadig flere retningslinjer i eHåndbok for hvordan ledere og HR-medarbeidere skal utføre sine oppgaver.

Utbedring av HR og personalsidene på intranettet er også et pågående arbeid.

- gjennomføre konkrete tiltak for å styrke særlig førstelinjeledernes kompetanse.

På grunn av innføringen av felles PAS/EPJ har kursvirksomheten i stor grad vært knyttet opp mot opplæring av DIPS og annen kursvirksomhet har måttet vike.

Oslo universitetssykehus HF har hatt eget lederutviklingsprogram for førstelinjeledere hvor opp mot 700 av ca 800 ledere har gjennomført dette programmet. Oslo universitetssykehus HF har en rekke lederopplæringskurs innen HMS, økonomistyring, kvalitetsarbeid og HR-arbeid. Det ble også opprettet egne kurs våren 2013 i ressurs- og arbeidstidsplanlegging og fokus på arbeidsgiverrollen ("Så arbeidsgiverhatten passer"). Erfaringene fra disse kursene samles nå inn under ett felles grunnleggende lederprogram som starter opp i januar 2015 og vil både inngå som obligatorisk grunnopplæring og dels som påbyggingskurs etter at ledere har tatt det grunnleggende lederprogrammet.

## 4. Rapportering for øvrige oppdrag gitt i løpet av 2014

### Foretaksmøte 13. februar 2014 sak 3: Overordnede styringsbudskap for 2014

- Videreføring av utviklingsarbeidet som er i gang i spesialisthelsetjenesten
- Styrets arbeid med å gjennomføre regjeringens politikk i spesialisthelsetjenesten.
- Helseforetakets konkrete tiltaksplaner for å realisere oppdragsdokumentets styringskrav.
- Helseforetakets prioriteringer og oppmerksomhet mot det som er viktigst for pasientene for å gi gode tilbud til alle pasientgrupper etter at detaljstyring og rapporteringskrav er fjernet.
- Eiers overordnede styringsbudskap legges til grunn for styrets arbeid i 2014.

Eiers styringsbudskap er lagt til grunn Dette er ivarettatt gjennom flere punkter i oppdrag og bestilling og vi viser derfor til tidligere kommentarer og besvarelser i Årlig melding.

### Foretaksmøte 13. juni 2014 sak 3: Årlig melding 2013, jf. lov om helseforetak § 34 og vedtektene §§ 6 og 14

- Opplegget for styrets samlede gjennomgang av virksomheten, basert på foreliggende sammenlignbar statistikk, som omfatter kvalitetsforbedrings- og pasientsikkerhetsarbeidet.
- Resultater av styrets samlede gjennomgang i 2014 av virksomheten
- Arbeidet med meldingsutveksling og bruk av det nasjonale adresseregisteret (NHN adresseregister), henvisninger og basismeldinger mellom sykehus, fastleger og pleie- og omsorgssektoren i kommunene.
- Arbeid med utviklingen av en heltidskultur der flest mulig ansatte i faste hele stillinger er viktig for å lykkes med å utvikle "pasientens helsetjeneste".
- Det forutsettes at driften innrettes slik at alle styringskrav for 2014 etterkommes.

Styrets samlede gjennomgang av virksomhetens driftsmessige resultater og utfordringer skjer tertialvis i forbindelse med Ledelsens gjennomgang (LGG) som er en del av sykehusets kvalitetssystem. Det vises i den forbindelse til Styresak 3/2014 og 55/2014.

Oslo universitetssykehus har som første helseforetak tatt i bruk det nasjonale adresseregisteret. Adresseringen av elektroniske epikriser til primærhelsetjenesten er generelt blitt styrket av dette, selv om det fortsatt er feil og mangler i registeret. Oslo universitetssykehus tok også i bruk elektroniske PLO-meldinger til Oslo Kommune. Disse har erstattet utsendinger på fax. Det henvises for øvrig til avsnittet "Informasjonsteknologi og digitale tjenester (e-helse) som tidligere kommentert i Årlig melding.

Oslo universitetssykehus har lenge jobbet aktivt med å redusere bruken av deltidsarbeidende og vil fortsette med dette viktige arbeidet i 2015.

#### **Foretaksmøte 13. juni 2014 sak 4: Godkjenning av styrets forslag til årsregnskap og årsberetning 2013, jf. lov om helseforetak § 43 og vedtektene § 6**

- *Foretaksmøtet påpekte at alle helseforetak i Helse Sør-Øst skal skape økonomiske handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer. Dette innebærer at helseforetaket minst har et resultat i balanse det enkelte år. I økonomisk langtidsplan har helseforetaket estimert behov for årlige resultater, blant annet med utgangspunkt i nødvendig nivå på ny- og reinvesteringer i bygg og medisinskteknisk utstyr. I 2013 har Oslo universitetssykehus HF et årsresultat på -280,2 millioner kroner. Foretaksmøtet merket seg at dette viser en forbedring siden forrige år, men reduserer fortsatt helseforetakets handlingsrom. Foretaksmøtet forutsatte at det arbeides med å oppnå økonomisk handlingsrom som legger til rette for en bærekraftig utvikling over tid. Foretaksmøtet understreket viktigheten av at styring og kontroll med kvalitet og pasientsikkerhet ikke må stå i motsetning til styring og kontroll med ressursbruken.*

Oslo universitetssykehus har for 2014 budsjettert med et resultat i null (før nye pensjonskostnader) Det foreløpige økonomiske resultatet for 2014 ble rapportert den 20. januar og viser 25 mill kroner i negativt avvik fra styringsmålet. Endelig resultat vil kunne avvike fra dette (ref kapittel 3.1.1). Helseforetaket jobber for å sikre nødvendig økonomisk handlingsrom som legger til rette for en bærekraftig utvikling over tid.

#### **Foretaksmøte 7. november 2014 sak 3: Omsetning av egenkapitalbevis i Pensjonskassen for helseforetakene i hovedstadsområdet (PKH)**

- *Foretaksmøtet forutsetter at helseforetakene som hører inn under Pensjonskassen for helseforetakene i hovedstadsområdet (PKH) formaliserer avtaler om omsetning av egenkapitalbevis som lagt til grunn i konsesjonsøknad for PKH.*

Administrerende direktør har signert avtalen og den er sendt til Akershus universitetssykehus for signering i desember 2014.

## DEL III: STYRETS PLANDOKUMENT

### 5. Utviklingstrender og rammebetingelser

#### 5.1. Faglig og demografisk utvikling

Oslo universitetssykehus har som visjon at vi sammen med pasientene utvikler morgendagens behandling. Foretaket skal sikre at alle pasienter tilbys likeverdige helsetjenester; likhet i tilgang, kvalitet og resultat. For å få dette til må helseforetaket tilpasse sin virksomhet til de fremtidige demografiske utfordringene som befolkningsvekst, flere eldre, flere med innvandrerbakgrunn, sosioøkonomiske forskjeller og et større kulturelt og språklig mangfold.

Oslo sykehusområde er det området i landet som de kommende år forventes å ha den sterkeste befolkningsveksten. Frem til 2020 antas det at befolkningsgrunnlaget vokser med omlag 12 prosent. Det forventes vekst i alle bydelene i Oslo. Kraftigst vekst forventes i bydelene hvor Oslo universitetssykehus har områdeansvar. Regionen har, sammen med Helse Vest, høyest forventet befolkningsvekst sammenlignet med landet for øvrig.

Utviklingen av sykdomsbildet og etterspørsel etter sykehustjenester framover vil påvirkes av følgende forhold:

- **Aldersutviklingen.** Omfanget av sykdommer og tilstander med økt forekomst over 65 år vil øke. For utviklingen på litt lengre sikt er det snakk om følgende bilde: Dersom en tar hensyn til befolkningsvekst og endring i aldersprofil tilsier prognosen at Oslo universitetssykehus HF vil stå overfor en samlet økning på nærmere 50 prosent i forekomst av de fire vanligste krefttypene i løpet av de neste 20 årene. Prognose for sykehusinnleggelse i Oslo universitetssykehus HF for alle hoveddiagnosene gir 20 – 50 prosent økning fram til 2030. Befolkningsveksten for Oslo sykehusområdet frem til 2030 er i størrelsesorden 27 prosent.
- **Økt overlevelse.** Overlevelseshgrad etter behandling av livstruende sykdommer og skader vil øke ytterligere. Dette vil føre med seg økt behov for rehabilitering, oppfølgende behandling, håndtering av bivirkninger og senskader. Pasienter som overlever alvorlig sykdom og omfattende behandling vil ofte være utsatt for andre sykdommer som også krever behandling. Her vil ikke minst det økte antallet kreftoverlevende være en viktig og ressurskrevende gruppe framover.
- **Antibiotikaresistens.** Antibiotika benyttes mye i behandlingen av svært syke pasienter. En økning av antallet antibiotikaresistente bakterier vil kunne medføre at infeksjoner ikke lar seg behandle effektivt med bl.a. negativ konsekvens for pasienter som gjennomgår kirurgiske inngrep og annen behandling.
- **Livsstil.** Endret livsstil fører til endret sykdomsbilde. Konsekvensene her er sammensatte. Livsstilsendringene er sterkt påvirket av sosial bakgrunn, arbeid og utdanning. Særtrekk ved sykdomsframkallende livsstil i vårt opptaksområde vil gjenspeiles av den sosioøkonomiske profilen i dette området (store sosioøkonomiske forskjeller). Fedme og livsstil som ligger bak dette, ser ut til å være hovedutfordringen framover.
- **Særskilte forhold.** For Oslo kommer spesielt utfordringer knyttet til særskilte forhold som stor konsentrasjon av enslige, stort antall mennesker med annen kulturell bakgrunn, sterk økning i antall barn og unge, mange innbyggere som er sosioøkonomisk ressursvake og mennesker med midlertidig opphold. Disse forholdene kan slå ut i form av relativt større utfordringer når det gjelder f.eks. psykisk

helse og rus, livsstilssykdommer samt omfang og risiko for infeksjonssykdommer. I tillegg kan det bety større utfordringer når det gjelder samarbeid om omsorgsansvar mellom pasientenes hjemmemiljø og helsevesen.

Prognose (middels) fra Statistisk Sentralbyrå tilsier at Norge per 2025 vil ha en million innbyggere med innvandrerbakgrunn. En stor del av veksten forventes å komme i Oslo-området. Denne demografiske utviklingen gir nye helse- og kommunikasjonsrelaterte utfordringer. For helseforetaket innebærer økt kulturelt mangfold blant annet å håndtere ulike syn på helse, sykdom og behandlingsformer på en profesjonell og åpen måte som ivaretar respekten for pasientens verdisyn. Samtidig er det viktig å legge til rette for økt forståelse for det norske helsevesen og betydningen av helsefremmende arbeid blant større grupper av befolkningen.

Faglige retningslinjer og helseforetakets virksomhet vil i årene framover i stor grad påvirkes av ny kunnskap og en rask teknologisk utvikling. Sentrale faktorer er:

- Generelt en fortsatt vekst i ikke-kirurgisk intervensjonsmetodikk innen både diagnostikk og behandling.
- Mer spesifikke diagnosemetoder gjennom kombinasjon av ulike typer bildediagnostikk, invasiv intervensjon og genbasert diagnostikk, som igjen gir grunnlag for mer persontilpasset behandling.
- Økt grad av glidning mellom ulike behandlingsformer, f. eks mellom ulike typer kirurgiske inngrep, ikke kirurgiske inngrep, ulike typer stråleterapi (kreft) og ulike typer medikamentell behandling, samt ulike former for integrering av trening og ernæringsmessige regimer. Kombinasjoner av ulike behandlingsformer, samtidig og i sekvens, endres.
- Kunnskap om nytte av gode og koordinerte pasientforløp der pasient og pårørende i større grad trekkes inn i beslutningsprosessen vedr. behandling og rehabilitering, vil endre arbeidsmåtene og samhandlingen innad i helseforetaket og mellom helseforetaket og andre sykehus og primærhelsetjenesten..

I tillegg vil antakelig aldersgrensen for ulike typer behandling fortsatt forskyves, hvilket vil gi øket forbruk av helsetjenester. Det er sannsynlig at evt. implementering av ny prioriteringsforskrift kan påvirke prioriteringer i helsetjenesten og endre bruken også av spesialisthelsetjenester. Ny nasjonal sykdomsspesifikk norm for forløpstider ved kreft vil også endre logistikken i sykehusene og gi prioriteringsutfordringer.

Funksjonsfordelingen mellom Oslo universitetssykehus og øvrige sykehus vil kunne endres noe, dels ved at svært kompetansekrevende teknologi sentraliseres til regionsykehuset, dels ved at etablerte regionsfunksjoner kan desentraliseres til andre sykehus. Dette gjelder for eksempel innen kreftbehandling, både kirurgisk behandling og onkologisk behandling (strålebehandling og medikamentell behandling).

Disse utviklingstrekkene vil på flere områder gi konsekvenser for Oslo universitetssykehus sin utvikling:

- De vil påvirke hvor spesifikk forståelse det er mulig å få av en lidelse og dermed hvor individuelt tilpasset behandlingsopplegg det er mulig å gi.
- Det vil påvirke hva slags kompetanse som involveres både i vurdering og behandling og i mange tilfeller kreve at det trekkes inn flerfaglige grupper i disse prosessene. Det vil forsterke utvikling i retning av ytterligere spissing av kompetanseområder og til dels flytte behov for kompetanse over på andre spesialiteter og faggrupper enn tidligere.
- Det vil legge grunnlaget for en endring av arbeidsdeling innen pasientforløp – med spisset, men teambasert vurdering, mer spesialiserte behandlinger i en fase, men også mer distribuert behandling eventuelt under ulike former for fjernveiledning. Et sentralt eksempel er økende bruk av tverrfaglige møter (MDT-møter) i beslutningsprosessen for pasienter som utredes for kreftsykdom.
- Det vil kunne føre til at behovene for sykehusinnleggelse ved vurdering og behandling reduseres.

Mer konkret kan forhold som påvirker kapasitetsutviklingen ved Oslo universitetssykehus beskrives slik:

- Funksjoner og deler av pasientforløp som kan ivaretas like godt i primærhelsetjenesten eller på lokalsykehusnivå (der pasienten kommer fra annet sykehusområde) kan gjennomføres der (eks oppfølgende behandling og kontroller, rehabilitering og palliasjon, enklere terapi)
  - Samhandlingsreformen har ført til at antallet utskrivningsklare pasienter i helseforetaket er redusert.
  - Ved Samhandlingsarena Aker har tjenestetilbudet fokus på helsefremmende og forebyggende arbeid, tidlig intervensjon, rehabilitering samt koordinering av behandling og oppfølging. Intensjonen er å selektare pasientgrupper /områder hvor pasientene profilerer på at tjenestenivåene samhandler og er samlokalisert.
  - Innen flere fagområder samarbeider Oslo universitetssykehus med andre sykehus om deler av pasientforløpet, hvor både utredning og oppfølging legges til lokalsykehus.
- Utviklingen innen teknologi og medisinsk og helsefaglig metodikk kan utnyttes offensivt til ytterligere å øke omfanget av bruk av dagbehandling og poliklinikk samt legge til rette for veiledning slik at undersøkelser og behandling kan gjøres av samarbeidende institusjoner.
- Både kronikere, kreftpasienter og eldre med funksjonssvikt kan knyttes opp mot mer planlagte og semiakutte forløp slik at presset på rene akuttforløp reduseres.
- Helseforetakets sengekapasitet vil konsentreres ytterligere om pasientgrupper med mer krevende oppfølgingsbehov i intensiv og observasjonsfaser.
- Arbeidsdeling mellom sykehusområder (utvikling av flerområdefunksjoner og nye regionfunksjoner), regioner (utvikling av flere landsfunksjoner) og utvikling av internasjonal arbeidsdeling vil påvirke kapasitetsbehovene i Oslo universitetssykehus.
- Bruk av IKT og e-Helse vil kunne redusere behovet for fysisk oppmøte

Trender og utviklingstrekk innenfor fag, teknologi og demografi med tilhørende endringer i etterspørsel og kapasitet er en del av idéfasearbeidet som har pågått i 2014 og som skal ferdigstilles vinteren 2015.

## 5.2. Forventet økonomisk utvikling

Budsjettet for 2015 og de utfordringene det representerer, viser den balansen som er nødvendig mellom kortsiktige hensyn og utfordringer for å sikre gjennomføring av neste års oppgaver og oppdrag på den ene siden og hensynet til et mer langsiktig krav om en bærekraftig økonomi for Oslo universitetssykehus HF på den andre siden. Det økonomiske resultatkravet er fastsatt etter en vurdering av utfordringene i driften i 2015 og etter dialog med Helse Sør-Øst RHF. Gjennomføring av resultatkravet krever at økt aktivitet i hovedsak gjennomføres innenfor den bemanning klinikkene hadde siste tertial 2014.

Oslo universitetssykehus svekket sin økonomiske situasjon fra sammenslåingen i 2009 og frem til 2013 med en økende gjeld. Omlegging av pensjonskostnadene nasjonalt i 2014 (ref stortingsproposisjon 23) innebærer en redusert inntekt til Oslo universitetssykehus HF og en økning i driftskreditt på om lag 600 millioner kroner.

## 5.3. Personell- og kompetansebehov

### Kompetanse, rekruttering og opplæring av ansatte

Foretaket har i hovedsak kontroll på personellbehov og tilgang på kompetanse, men registrerer vesentlige utfordringer særlig innen spesialiserte gruppen. Oslo universitetssykehus HF vil arbeide videre med analyser av behov for kompetanse knyttet til sårbare fagmiljøer - basert på utarbeidet oversikt over behov for kompetanse på kort, mellomlangt og lang sikt samt hvilke utfordringer og muligheter for forbedring som foreligger. Flere prioriterte tiltak for å utdanne/rekruttere/utvikle/beholde personale knyttet til enkelte fagmiljøer/områder vurderes.

Dette gjelder både større grupper, som visse typer spesialiserte leger og enkelte legespesialister, men også små høyspesialiserte grupper som perfusjonister. Kompetansebehov knyttet til intensivsykepleiere, nyfødtsykepleiere og operasjonssykepleiere, og i de nærmeste årene anestesisykepleiere er særlig kritisk. Etableringen av utdanningsstillinger for spesialiserte leger fra



2014 har bidratt til å forbedre rekrutteringen. Søkermassen økte med 700 %, og høgskolen melder om høyere faglig nivå i de nye kullene. Oslo universitetssykehus venter å se en effekt av dette. Det arbeides systematisk med rekrutteringstiltak og med promotering av Oslo universitetssykehus som arbeidsplass for både spesialsykepleiere spesielt og generelt.

Klinisk kompetanseprogram har til nå vært forbeholdt sykepleiere og spesialsykepleiere, dette er nå også et tilbud til fysioterapeuter, ergoterapeuter, sosionomer, vernepleiere og barnevernspedagoger. I 2015 vil aktuelle fagspesifikke nettverk arbeide videre for å tilby bioingeniører, radiografer/stråleterapeuter og ernæringsfysiologer tilsvarende kompetanseprogram.

Det er konstatert visse utfordringer knyttet til data- og analyserunnet for strategisk kompetanseutvikling i Oslo universitetssykehus, og det arbeides videre med å håndtere dette.

### **Lederutvikling**

Oslo universitetssykehus HF har hatt eget lederutviklingsprogram for førstelinjeledere som opp mot 700 ledere har gjennomført. Programmet har nådd et metningspunkt og programmet blir nå revidert. Fra januar 2015 starter foretaket et grunnleggende lederprogram for nye ledere. Målgruppen er alle nye ledere ved OUS (primært Nivå 4 og Nivå 5). Programmet vil videreføre lederutviklingsdelen fra førstelinjelederprogrammet men vil inkorporere HMS opplæringen for ledere og utvide opplæringsdelen med tre dager. Lederprogrammet vil bestå av 10 dager med felles obligatoriske moduler og så tre dager obligatorisk differensiert påbyggingsmodul tilpasset den enkelte leders behov. I tillegg inngår det klinikkvise lederopplæringsprogram tilpasset den enkelte klinikk.

Oslo universitetssykehus HF har en rekke lederopplæringskurs innen HMS, økonomistyring, kvalitetsarbeid og HR-arbeid. Det ble også opprettet egne kurs våren 2013 i ressurs- og arbeidstidsplanlegging og fokus på arbeidsgiverrollen ("Så arbeidsgiverhatten passer"). Erfaringene fra disse kursene samles nå inn under ett felles program og vil inngå som påbyggingskurs etter at ledere har tatt det grunnleggende lederprogrammet.

### **Utdanning**

I 2015 vil Oslo universitetssykehus arbeide videre med å gjennomføre tiltak i handlingsplanen for utdanning. Viktige fokusområder er å tilby bedre og mer kompetent veiledning for leger i spesialisering og studenter innen andre helsefaglige utdanninger, etablere bedre spesialiseringsløp for leger med hensyn til organisering og innhold, øke kompetansen innen kunnskapshåndtering og endre rutiner og retningslinjer i henhold til dette. Synliggjøring av ressurser til utdanning er også et prioritert område i handlingsplanen og helt nødvendig dersom vi skal få til gode tiltak som styrker læring og kompetanse på en måte som imøtekommer helseforetakets visjon om å være en fremragende lærende og skapende organisasjon.

Innføring av en ny spesialistutdanning for leger slik den foreløpig er skissert, vil bety betydelig økt ressursbehov for foretaket. Det er derfor viktig at foretaket arbeider videre med å dokumentere økt ressursbehov dersom ny spesialitetsstruktur skal la seg realisere etter intensjonen.

I 2015 planlegges det å få på plass utdanningsansvarlige for medisin i hver klinikk, med spesielt fokus på leger i spesialisering. Hensikten er å få et forum for utdanning av leger i spesialisering primært, slik at nødvendige prosjekter lettere kan implementeres i klinikkene.

Oslo universitetssykehus bør etablere kompetanse blant leger i spesialisering og overleger innen kommunikasjon, kvalitetsforbedring og kunnskapsbasert praksis for å bedre kvaliteten på våre helsetjenester. Foretaket utvikler en modell der overleger og leger i spesialisering lærer å lære bort.

Den viktigste delen av utdanningen skjer som en integrert del av den daglige virksomheten. Læringskulturen på den enkelte avdeling vil være en suksessfaktor med hensyn til hva studentene lærer. Dette forutsetter at det er lav terskel for å få hjelp, at nysgjerrigheten stimuleres kontinuerlig, og at alle er seg bevisst at de kan lære bort noe hver dag. Handlingsplan for utdanning 2014-2016 har

fokus på mange elementer som vil kunne være virkemidler for å stimulere til en mer bevisst læringskultur. Dette forutsetter et eierskap og oppmerksomhet gjennom hele linjeledelsen og ut til medarbeiderne som arbeider med behandling og diagnostikk.

I 2015 skal det jobbes videre med å styrke og videreutvikle samarbeidet mellom helseforetaket og utdanningsinstitusjonene. Som et ledd i dette er det opprettet profesjonsspesifikke fagråd bestående av representanter fra sykehus og høyskoler. Dette bør innføres for alle helsefaglige utdanninger, da erfaringene er gode. Det gjenstår å få til en tydeligere rolleavklaring mellom helseforetaket og høyskoler når det gjelder hvem som er ansvarlig for hvilke deler av praksisoppfølgingen. Dette fungerer for tilfeldig per i dag. Det skal også arbeides videre med å få tilgang til strukturerte evalueringsordninger av praksisstudiene på foretaksnivå, men også på enhets-/seksjonsnivå. Lignende strukturer som er etablert med høyskolene, er nødvendig for medisinstudiene. Tiltak planlegges iverksatt i 2015 for å møte dette behovet.

Medisinstudiets reviderte modell kan medføre endringer som vil påvirke Oslo universitetssykehus, både når det gjelder omfang av undervisning og undervisningsformer. Oslo universitetssykehus deltar aktivt i universitetets arbeid med den reviderte studiemodellen.

Det er et betydelig behov for praksisplasser innen bachelorutdanninger i Helse Sør-Øst. Oslo universitetssykehus er forpliktet til å etablere tilstrekkelig antall praksisplasser. Utfordringen med studentutplassering er størst innen bachelor i sykepleie, innenfor fagfeltet kirurgi. Det er også en betydelig utfordring å etablere tilstrekkelig antall praksisplasser innen operasjonssykepleie.

Det arbeides også videre med å etablere en fremtidig ordning for helsefagarbeiderlærlinger, i samarbeid med Utdanningsetaten i Oslo kommune. Denne ordningen skal tre i kraft fra høsten 2016.

#### **5.4. Bygningskapital og øvrige investeringsområder – status og utfordringer**

Det har gjennom 2014 vært arbeidet systematisk med fire planer og realisering av disse som alle berører arealer og virksomhet i Oslo universitetssykehus HF:

1. Helhetlig plan for samlokaliseringer - omstillingsprosjekter
2. Tiltaksplan for nødvendige vedlikeholdsinvesteringer i bygg og infrastruktur
3. Plan for arealbruk knyttet til Aker sykehus
4. Idéfasearbeidet

De ulike planene har ulike tidsperspektiv. I helhetlig plan for samlokaliseringer ligger tiltak som er eller planlegges gjennomført i eksisterende bygningsmasse knyttet til samlokaliseringer av virksomhet etter fusjonen i 2009. I tillegg er nytt akuttbygg på Ullevål en del av denne planen. I idéfasearbeidet legges det til rette for nybygg som ytterligere virkemiddel for samlokalisering, og ikke minst for å erstatte utdatert og dårlig bygningsmasse. Disse to planene vil harmoniseres og følge på hverandre. I tilknytning til dette er det arbeidet med en totaloversikt over de investeringsbehov som knytter seg til vedlikehold av bygg og infrastruktur i Oslo universitetssykehus HF i de neste 6-8 årene, frem til nye bygg kan erstatte dagens bygningsmasse.

Det er utarbeidet en konseptrapport for å synliggjøre dette behovet og som grunnlag for lånesøknad om midler til oppgradering og vedlikehold for å sikre forsvarlig drift i en mellomperiode.

I tillegg har det også i 2014 vært arbeidet med plan for arealbruk knyttet til Aker sykehus, både for å understøtte Samhandling med Oslo kommune, Sunnaas sykehus og øvrige sykehus gjennom Samhandlingsarena Aker, samt å planlegge for egen virksomhet der Aker sykehus er ansett som formålstjenelig plassering. Et eksempel på dette er etablering av et dag- og elektivt kirurgisk senter med sengepost på Aker.

Også innen medisinsk teknisk utstyr (MTU) er det behov for store utskiftninger, og det er lagt en forpliktende 3 års plan fra 2013-2015 for utskifting av utstyr til vel 1 milliarder kroner i investeringer. Dette vil ikke være tilstrekkelig til å sikre nødvendig fornying av utstyrsparken ved foretaket, men er en viktig start og bidrar til at en negativ trend snus. Fornying av medisinsk teknisk utstyr inngår også i omstillingsprosjektene. Det samme gjør vedlikeholdsbehov i de arealer som omstillingsprosjektene berører.

### **Samlokalisering - omstilling**

Omstillingsprosjektene knyttet til samlokalisering av virksomhet har en foreløpig ramme på 1,5 mrd kroner. Disse er alle en del av den helhetlige planen for samlokaliseringer og omstilling. I Stortingsproposisjon 1 for budsjettåret 2012 fra Helse- og omsorgsdepartementet står følgende:

*"Investeringene ved Oslo universitetssykehus HF er hovedsakelig knyttet til gjennomføring av første fase av samlokaliseringstiltak i forbindelse med omorganiseringene i hovedstadsområdet. Tiltakene er beregnet til om lag 1,5 milliarder. 2012-kroner og får en samlet låneramme på 750 mill. 2012-kroner, som betales ut i perioden 2012–2013."*

I tillegg til nevnte rentebærende lån på 750 millioner kroner fra Helse- og omsorgsdepartementet forutsettes investeringene finansiert med salg av eiendom og kontantoverføring fra Helse Sør-Øst RHF.

I Stortingsproposisjon 1 S for budsjettår 2014 fra Helse- og omsorgsdepartementet står følgende:

*"Lån i forbindelse med første fase av investeringstiltak til omstillingen ved Oslo universitetssykehus, inklusiv nødvendige investeringer for å utvikle Aker som samhandlingsarena, er vedtatt med en øvre ramme på 825 mill. 2012-kroner gjennom Stortingets behandling av Prop. 1 S (2011–2012) og Prop. 111 S (2011–2012). Lånerammen ble altså økt med 75 mill 2012-kroner for å dekke investeringer knyttet til utviklingen av Aker som samhandlingsarena. Den totale rammen inklusive lån, salg av eiendommer og kontantoverføring fra Helse Sør-Øst RHF er således 1,575 mrd kroner."*

Per utgangen av 2014 er det fattet vedtak om gjennomføring av omstillingsprosjekter for om lag 1,25 milliarder kroner. Samlet sett overholdes budsjettestimaterne.

Delprosjektene knytter seg til samlokalisering av virksomhet innen eksisterende bygningsmasse i tillegg til nytt akuttbygg på Ullevål. Det er også satt i gang en rekke utredninger av delprosjekter der det foreløpig ikke er anslått endelige kostnadsramme, men som alle vil holde seg innenfor en samlet ramme på 1,575 milliarder kroner.

I tillegg omhandler totalporteføljen Samhandlingsarena Aker- delprosjekter som gjelder tiltak for tilretteleggelse for virksomhet i samarbeid med Oslo kommune, Sunnaas sykehus og andre aktører. Det er satt av 75 mill kroner til samhandlingsarena Aker-prosjektene.

Nytt Akuttbygg Ullevål er det enkeltstående største prosjektet i porteføljen, og er et av i alt 31 prosjekter som ble ansett som nødvendig for å gjennomføre en flytting av døgnaktiviteten ut av Aker. Kostnadsrammen som ble fastlagt ved styrets godkjenning av forprosjekt og ved den etterfølgende godkjenning av forprosjektet i Helse Sør- Øst, er på henholdsvis (P50) 378 mill kroner. Prisjustert er rammen på 387 mill kroner. Prosjektet er ferdigstilt i 2014.

Prosjekter som nå er under gjennomføring er bl.a :

- Samlokalisering av døgnvirksomhet innen DPS til Geitmyrsveien
- Ferdigstillelse av operasjonsstue nr 2 i operasjonsgang 1 på Rikshospitalet
- Gjennomføring av en rocadeplan på Ullevål hvor en sengepost i kreft- og isolatsenteret tilbakeføres til sengepost og så flytter dag- og poliklinisk aktivitet ut av bygget og til bygg 20 på Ullevål.

- Ferdigstillelse av ombygging av tilgrensende arealer til nytt Akuttbygg på Ullevål. Siste enhet som er en postoperativ enhet ferdigstilles nå.

For øvrig pågår flere forprosjekter og dette knytter seg bl.a til flytting av døgnvirksomhet urologi til Ullevål, samlokalisering døgnvirksomhet karkirurgi på Rikshospitalet, etablering av brystkreftsentre på Radiumhospitalet og rokokkeplan på barnesenteret på Ullevål for å få samlet barnehabilitering med øvrig barnevirksomhet,

Samlet sett ligger gjennomføringen av prosjektene fortsatt bak opprinnelig plan, men stort sett i henhold til revidert plan. Forsinkelser skyldes i hovedsak høyere kompleksitet knyttet til ombygginger i eksisterende bygg kombinert med drift og til dels manglende virksomhetsavklaringer. Der omstillingsprosjekter foregår i arealer med vesentlige tilsynsavvik, inkluderes lukking av disse i prosjektene. Dette fordyrer prosjektene noe, men gir samlet sett et bedre resultat.

Tillitsvalgte og verneombud er aktive medlemmer i strategisk koordineringsgruppe som er rådgivende for administrerende direktør vedrørende prioritering av de ulike prosjektene og er i tillegg involvert i de enkelte prosjektene.

### **Status vedlikeholdsplan**

Oslo universitetssykehus har i dag et stort antall pålegg fra tilsynsmyndigheter (Oslo brann- og redningsetat, Direktoratet for sikkerhet og beredskap og Arbeidstilsynet) som følge av bygningsmessige og vedlikeholdsmessige utfordringer. Påleggene skal lukkes i løpet av få år og kan ikke vente til nye bygg står ferdige. Så godt som alle myndighetspålegg er knyttet til ivaretagelse av sikkerhet for pasienter og ansatte. Behovet for ny bygningsmasse er derfor også den viktigste prosjektutløsende årsak til Idefase – Oslo universitetssykehus.

Helseforetaket har over de siste tre årene brukt rundt 460 millioner kroner til å lukke 168 myndighetspålegg, men det er fortsatt om lag 350 pålegg som gjenstår. Av disse er flere svært omfattende og krevende. Tilstandsgraden på en del bygg er så dårlig at det også forventes å tilkomme nye avvik eller pålegg. Ordinært vedlikeholdsbudsjett gir ikke rom for å lukke myndighetspåleggene og samtidig opprettholde et ønsket vedlikehold. Ettersom omfanget av pålegg er omfattende, tidsfristene korte og kostnader knyttet til utbedringer store, vurderes situasjonen som ekstraordinær for helseforetaket.

Helse- og omsorgsdepartementet har åpnet opp for at helseforetak kan søke lån på opptil 70 pst av forventet prosjektkostnad knyttet til nybyggprosjekter eller prosjekter som omfatter oppgradering eller vedlikehold av eksisterende bygningsmasse. Oslo universitetssykehus HF har i denne sammenheng ikke ett prosjekt, men en samling av større og mindre prosjekter knyttet til tiltak for å lukke myndighetspålegg. Det er utarbeidet en konseptrapport som beskriver de viktigste tiltak som må gjennomføres og kostnader knyttet til disse. Rapporten har gjennomgått ekstern kvalitetssikring. Tiltakene er prioritert inn i tre ”pakker”. Tiltakene i ”pakke 1” må gjennomføres uavhengig av fremtidige nye bygg. Det fremkommer av rapporten at behovet for investeringsmidler i ”første pakke” er beregnet til 1,67 milliarder kroner (2012-priser). På bakgrunn av dette har styret ved Oslo universitetssykehus HF vedtatt at det skal sendes en lånesøknad til Helse- og omsorgsdepartementet via Helse Sør-Øst RHF om et lån i størrelsesorden 1,265 milliarder kroner (2015-priser) gjeldende fra 2016. Det legges til grunn en egenfinansiering på 30 prosent i samsvar med den statlige låneordningen for helseforetak.

### **Status arealtiltak Aker**

Det arbeides med en revidert plan for samlet arealbruk for byggene på nordre del av Aker sykehus. Planen skal ligge til grunn for nye investeringer knyttet til tilrettelegging for omstilling og innflytting av virksomhet på Aker sykehus. Det er satt i gang forprosjektarbeid til flere prosjekter, og enkelte tiltak er også allerede under gjennomføring eller gjennomført. I tillegg til Oslo universitetssykehus har Oslo kommune og Sunnaas virksomhet i samhandlingsarenaen på Aker sykehus.

Det presiseres at det også ved Aker sykehus må gjøres vesentlige HMS- og brannrelaterte oppgraderinger i bygningsmassen, i tillegg til funksjonelle tilpasninger for samhandlings- og omstillingsprosjekter.

I arbeidet med helhetlig plan for samlokaliseringer koordineres det også slik at planer for utflytting av aktivitet fra Aker sykehus henger sammen med planer for innflytting av aktivitet på Aker sykehus.

### **Idéfasearbeidet**

Oslo universitetssykehus ønsker å konsentrere sin virksomhet på færre lokalisasjoner. En flytting og sammenslåing av likeartede aktiviteter ved sykehusene innen Oslo universitetssykehus er nødvendig for å oppnå bedre effektivitet og kvalitet i pasientbehandlingen. Med et utgangspunkt på om lag en million kvadratmeter spredt på 185 bygninger, er dette en omfattende oppgave. Disse tiltakene krever både oppgradering/tilpasning av eksisterende bygninger, etablering av ny bygningsmasse og avvikling av bygg som ikke lenger er egnet for helseformål.

Utfordringene ved dette er flersidig - ca. 25 % av arealene er vernet, og mye av bygningsmassen ved helseforetaket har både dårlig teknisk kvalitet, manglende egnethet og har spredt beliggenhet.

Helseforetakets strategi utgjør det faglige grunnlaget og en utviklingsvei som vil være førende for videre dimensjonering, utnyttelse og plassering av bygninger.

I tråd med styrevedtak i både Oslo universitetssykehus og Helse Sør-Øst RHF inkludert mandat for en idéfasearbeidet, startet arbeidet opp i april 2013. Følgende vedtak dannet bl.a. bakgrunnen:

*Styret for Oslo universitetssykehus HF (OUS) vedtok i styremøte 17.12.2012 i sak 85/2012 igangsettelse av samlet idéfase for videre utvikling av foretakets drift, areal og plassering.*

*Styret i Helse Sørøst RHF ga i sitt møte i sak 020/2013 den 14.03.13 sin tilslutning til at idéfasearbeidet igangsettes. Det ble presisert at realisering vil kreve en trinnvis prosess som må tilpasses økonomiske rammebetingelser.*

Prosjektet benevnes Idéfase OUS - Campus Oslo. Idéfase OUS er idéfase for utvikling av nytt Oslo universitetssykehus. Campus Oslo inngår i mandatet for idéfasen og er definert som en mulighetsstudie.

Idéfasen skal definere behovet og identifisere prinsipielle løsningsalternativer for videre utvikling av Oslo universitetssykehus innenfor det geografiske området Gaustad, Blindern og Ullevål, samt også vurdere andre mulige alternativer. Idéfasen omfatter utredning av løsninger knyttet både til en overordnet organisering av virksomheten og til arealbehov i fremtiden.

Idéfasen gjennomføres i samsvar med veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter (Helsedirektoratet 12/2011). I henhold til veilederen vil det også beskrives et nullalternativ. I alle scenarier forutsettes det at Aker sykehus utvikles til en samhandlingsarena med Oslo kommune og andre Oslo-sykehus. Idéfasen skal tydeliggjøre hvilke områder som fraflyttes i de ulike scenarioene og estimere verdien av de fraflyttede bygninger og tomtearealer. Verdien vil kunne utgjøre et vesentlig bidrag til finansieringen av nytt sykehus. Modeller for optimal verdiskapning (for alle interessenter, spesielt Oslo universitetssykehus og Oslo kommune) skal skisseres.

Idéfasen omfatter langt mer enn et tradisjonelt sykehusprosjekt. Campus Oslo må også forstås som et byutviklingsprosjekt og som en nasjonal satsing på livsvitenskap, forskning, utdanning og innovasjon. Arbeidet har derfor lagt opp til utstrakt samarbeid med særlig Oslo kommune og Universitetet i Oslo.

Oslo universitetssykehus sitt sykehusutviklingsprosjekt er utgangspunkt for dette samarbeidet, sammen med Universitetets satsing på livsvitenskap og Oslo kommune sitt behov for ny

storbylegevakt, samt ønske om byutvikling og næringsutvikling. Helse Sør-Øst og Oslo kommune inngår videre i samarbeidet for å planlegge oppgavefordeling, dels også sammen med private aktører.

I arbeidet med idéfasen er fremskriving av befolkningsutvikling/epidemiologi av vesentlig betydning. Ikke bare for løsningsforslagene i idéfasen, men også for vedlikehold og utvikling av bygningsmassen i Oslo universitetssykehus i tiden frem til et eventuelt nytt sykehus står ferdig. En befolkningsutvikling i dette området på forventede 25-30 % frem til ny bygningsmasse kan stå ferdig, skaper vesentlige utfordringer som skal møtes.

En første versjon av idéfaserapport ble fremlagt styret den 26.06.2014. Styret fattet da følgende enstemmige vedtak:

*”Styret tar rapport fra Idéfase OUS – Campus Oslo med de merknader som fremkom under styremøtet til orientering.”*

*“Styret ber om at saken sendes ut på høring som angitt i saksfremlegget.”*

*“Styret ber om at bearbeidet rapport med høringsuttalelser og en plan for videre arbeid legges frem for styret etter at høringsrunden er avsluttet”.*

Parallelt med høringsrunden frem til 1. november 2014 ble det gjennomført en ekstern kvalitetssikring av idéfaserapporten. Høring og ekstern kvalitetssikring danner grunnlaget for bearbeidet rapport. Arbeidet med dette ble lagt frem i styremøte den 18.12.2014 og da fattet styret følgende enstemmige vedtak:

*“Styret tar redegjørelsen om Idéfase OUS – Campus Oslo til orientering.” “Styret ber om at det i idéfaserapporten innarbeides en plan for det videre arbeid med en fremtidsrettet løsning for utviklingen av Oslo universitetssykehus. Planen skal ta hensyn til resultatene av ekstern kvalitetssikring og høring, med spesiell vektlegging av lokalsykehusfunksjonen. Alternativene “Full samling på Ullevål” og “Gaustad Øst” utredes ikke videre nå. Bearbeidet rapport, inkludert plan for det videre arbeid, herunder for virksomheten, legges frem i neste styremøte”*

Endelig behandling av bearbeidet idéfaserapport vil skje i styremøtet i februar 2015.

### **Tilsynspålegg**

Helseforetaket har tett samarbeid med ulike tilsyn og det pågår til en hver tid 150 prosjekter for å lukke tilsynsavvik. De tilsynsavvikene som har de største investeringsbehov knytter seg til brann, elektro og arbeidsmiljø. I tillegg til investeringsmidler finansieres noen mindre tiltak gjennom driftsmidler. De årlige driftsplanene har også fokus på tilsynssakene.

Helseforetaket vil for 2014 ha gjennomført tiltak for 428 millioner kroner i investeringsmidler knyttet til lukking av de største avvikene. I 2015 vil foretaket prioritere de absolutt viktigste områdene med tanke på å sikre pasientsikkerheten. De forskjellige tiltaksplanene går over flere år og forutsetter en årlig investering i vedlikehold på 4-500 millioner kroner. I tillegg kommer uplanlagte havarier og andre absolutt nødvendige tiltak som forskyver planlagte tiltak fra ett år til et annet. Dette er krevende både i planlegging og gjennomføring, men også i forhold til den kontinuerlige rapporteringen til de ulike tilsyn om fremdrift på hvert av de respektive områdene. Stort sett er det forståelse for kompleksiteten og mangel på den ønskede fremdrift knyttet til tilsynsavvik, selv om alle skulle ønsket en raskere lukking. Helseforetaket har i løpet av 2014 etablert regelmessige møter med de tilsynene som er involvert.

### **Salg av eiendommer**

I 2014 ble følgende salgsprosesser gjennomført: (eiendommene er i stor grad overtatt av kjøper i 2014, noe overtakelser er planlagt i løpet av 2015)

- Montebello Terrasse nr.15 ble solgt for 25,3 millioner kroner
- Njordsvei 16 ble solgt for 12,3 millioner kroner

- Gaustadveien 6G og Barnehagebygg AS ble solgt for 48 millioner kroner
- Villaveien 22, leilighet 201 Dikemark ble solgt for 1,5 millioner kroner

Det norske radiumhospital er opprinnelig en stiftelse (Stiftelsen DNR). I forbindelse med etableringen av Radiumhospitalet som helseforetak oppsto behovet for avklaring av eierskapet til foretakets eiendommer. Etter enighet med stiftelsen og avklaring med departementet er disse eiendommene solgt i felleskap av Oslo universitetssykehus og Stiftelsen DNR:

- Abbedikollen 32 ble solgt for 21 millioner kroner
- Ullernchausseen 72, barnehage utleid til Stiftelsen Kanvas, er solgt for 10,8 millioner kroner

I 2013 ble det i felleskap iverksatt salgsprosess for 77 andelsleiligheter lokalisert ved Husebybakken, Elvefaret og Lysejordet borettslag. Salgsprosessen pågår og det gjenstår å selge ca. 20 leiligheter.

Styret har også vedtatt å selge Bogerudveien nr 13-15. Salget er forventet gjennomført i 2015.

## 6. Helseforetakets planer for utviklingen

### 6.1. Pasientbehandling

#### Strategi for fag og virksomhet 2013-18

I løpet av 2012 ble forslag til overordnet strategi utarbeidet med bred representasjon fra klinikker, stab, tillitsvalgte, vernetjeneste og brukere. Strategien ble vedtatt i styremøte 17. desember 2012 etter å ha vært på en omfattende ekstern og intern innspillsrunde.

Visjonen for Oslo universitetssykehus 2013-18 er: ”Sammen med pasientene utvikler vi morgendagens behandling”. Helseforetakets felles verdigrunnlag er de nasjonale verdiene for helsetjenesten: ”Kvalitet, trygghet og respekt, og Oslo universitetssykehus kultur skal være åpen, lærende og helhetstenkende.”

Hovedmålene er at Oslo universitetssykehus skal:

- Ta utgangspunkt i pasientenes perspektiv
- Ha et arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt
- Være et fremragende universitetssykehus, en lærende og skapende organisasjon
- Være en god samarbeidspartner og engasjert samfunnsaktør

Strategidokumentet bidrar til å skape et felles målbilde for Oslo universitetssykehus. Strategien vil være retningsgivende for så vel den faglige utvikling som de omstillinger som skal foregå i helseforetaket i årene som kommer. Visjoner, prinsipper og overordnede mål er i overensstemmelse med føringer gitt fra Helse Sør-Øst og med nasjonale og regionale strategier og handlingsplaner. Strategien følges opp internt gjennom rullerende handlingsplaner på både foretaks- og klinikknivå.

#### Videre utvikling av arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet

##### Nasjonal og internasjonal benchmarking med mulighet for forbedringsprosjekt

Oslo universitetssykehus har testet ut medlemskap i det internasjonale benchmarkingsprogrammet til Dr Foster Institute. Dette er et samarbeid med Imperial College i London og NHS England og har levert kvalitetsindikatorer i sykehus i England siden 2001 basert på pasientadministrative data. Det er videre opprettet en internasjonal gruppe (Global Comparator Programme) som har over 60 medlemssykehus fra Europa, Australia og USA med formål å innhente kvalitetsdata som grunnlag for forbedringsprosjekt (se <http://drfosterintelligence.co.uk/global-comparators>). De fleste foretakene i regionen og også andre regioner planlegger deltakelse, hvilket vi gi et godt grunnlag for nasjonale sammenligninger.

Som deltaker i programmet analyseres de siste 5 års aktivitet – deretter blir data oppdatert og analysert med valgt frekvens, slik at en kan følge utvikling over tid. Siden grunnlaget for data er de samme som sendes NPR, er det naturlig for Oslo universitetssykehus å velge en frekvens for sammenligning som svarer til kvalitetssikringen av data ifm utsendelse til NPR. De data som sendes over er aggregert, slik at de kun inneholder anonyme opplysninger.

Det anonyme datauttrekket fra Oslo universitetssykehus publiseres på en web-basert portal (dashboard) hvor det muliggjøres både å følge egen kvalitetsutvikling over tid, og sammenligne med de øvrige medlemssykehusene, samt å identifisere beste praksis. På bakgrunn av dette kan det etableres egne eller felles forbedringsprosjekter. Det er foreløpig etablert forbedringsprosjekter for hjerteinfarkt, hjertesvikt, hjerneslag, colorectal cancer og ortopedi.

Det å sette i system å legge tilgjengelig data i denne løsningen, har avventet innføringen av DIPS, og forventes å være etablert i løpet av første kvartal 2015.

### **Oversikt og systematisk bruk av eksisterende interne kvalitetsregistre**

Det vil i løpet av første kvartal 2015 lages en samlet oversikt over eksisterende interne kvalitetsregistre i foretaket. Det vil videre tas initiativ for en samlet plan for systematisk bruk av disse registrene.

### **Forbedring av mulighet for å bruke eksisterende strukturerte data**

For å mer effektivt utnytte og tilgjengeliggjøre de strukturerte data som blant annet finnes i det pasientadministrative systemet, kurvesystem og laboratoriesystem, startes et arbeid med å samle disse data i et klinisk datavarehus. Etablering av klinisk datavarehus vil tilgjengeliggjøre kvalitetssikrede grunndata for gjenbruk i kvalitetsregistre og forskning på en elektronisk måte.

Klinisk datavarehus med strukturerte data for demografi, opphold, diagnoser/prosedyrer og kurve/medisineringsdata samt patologi og radiologidata planlegges gradvis innført i løpet av perioden (2015-2017). Uthenting av data til kvalitets- og forskningsregistre håndteres gjennom klinisk datavarehus 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.

### **Systemet for dødsfallsvurderinger innføres fra 1. januar 2015**

Systematisk vurdering av alle dødsfall i Oslo universitetssykehus settes i gang fra 1. januar 2015. Målet er å etablere et godt system for fagmiljøenes egen vurdering, analyse og forbedring etter dødsfall i sykehuset. På bakgrunn av litteratursøk har Oslo universitetssykehus valgt et skjema fra England, PRISM 2 (1). Dette vil danne grunnlaget for en systematisk vurdering, kalt Mortality Review System i internasjonal litteratur, som også er i bruk ved the Mayo Clinic, USA.

Systemet er basert på anonymitet og krever ingen tilbakemelding. Publisering av anonymisert materiale for organisatorisk læring vil forankres i det sentrale kvalitetsutvalg og til ledelsen. Sykehuset vil benytte to metoder for å oppnå kvalitetsforbedring i pasientbehandlingen: 1) forskningsprosjekter og 2) en løpende evaluering av klinikere i hverdagen.

### **Pasientsikkerhet:**

Bruk av virksomhetskunnskap fra uønskede hendelser, påviste avvik, påvisbare forbedringsbehov og tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende er sentrale elementer i å etablere en lærende organisasjon. Flere tiltak er iverksatt i 2013, herunder elektronisk tilbakemelding fra pasienter, utvikling av system for komplikasjonsregistrering, et mortalitetsregister, videre utvikling av klagesaksdatabase og etablering av mulighet for innhenting av kvalitetsinformasjon fra eksterne, i første omgang fastleger i sektorområdet. Videre utvikling og bruk av Achilles-verktøyet står sentralt i disse prosjektene som tillegg til den ordinære registrering av pasienthendelser og avvik som allerede er etablert. I tillegg vil innført ordning med bruk av analysegrupper ved særlig alvorlige hendelser bli videreført og evaluert.



Organiseringen med klinikkvise pasientsikkerhets- og kvalitetsutvalg vil også videreføres og evalueres i 2014.

Et annet viktig område innen kvalitet og pasientsikkerhet er videre arbeid med nasjonalt pasientsikkerhetsprogram. Kampanjens allerede etablerte aktivitetsområder vil utvides etter hvert og vil forutsette ytterligere aktiviteter i 2014. Pasientsikkerhetsvisitter ved direktør eller andre sentrale ledere vil bli videreført. Utsjekking for sikker drift i sengeposter ved såkalte tavlemøter vil bli introdusert. Den nasjonale pasientsikkerhetskulturundersøkelsen, innhenting av indikatordata, lokal bruk av Triggerverktøy, sjekklister etc. vil bli gjennomført i første halvdel av 2014.

Videre utvikling av verktøy for dokumentasjon og avviksmeldinger fortsetter i samarbeid med Helse Sør-Øst RHF og Kunnskapssenteret. Dette er prosjekter som kommer i tillegg til det øvrige pasientsikkerhetsarbeidet, som allerede er iverksatt utenfor kampanjen. Undervisning og faglig bistand til eksterne og nasjonale prosjekter eller tiltak vil bli prioritert.

Oslo universitetssykehus HF har fortsatt som ambisjon at kompetanse og utvikling på pasientsikkerhetsområdet er en naturlig del av foretakets regionale og nasjonale rolle. Helseforetaket arbeider aktivt inn mot Kunnskapssenteret, Helse Sør-Øst RHF, Statens Helsetilsyn, leverandører, andre helsevirksomheter og internasjonale fagmiljøer på flere fagfelt med betydning for kvalitet og pasientsikkerhet, herunder også meldeordninger, modeller for tilsyn, revisjon og læring. I tillegg vil helseforetaket, som en stor aktør med landsfunksjonsansvar og tunge kompetansemiljøer, spille en aktiv rolle inn mot fagpolitiske miljøer for bedre kvalitet og pasientsikkerhet ved spesialisthelsetjenesten i Norge.

#### **Klar rollefordeling/differensiering mellom sykehus – etablering av sykehusområder**

Alle regionsfunksjoner er samlet i Oslo universitetssykehus med unntak av revmakirurgi og deler av revmatologi. Disse er plassert ved Diakonhjemmet sykehus. Områdefunksjoner innen Øre-, nese- og hals er fordelt mellom Lovisenberg diakonale sykehus og Oslo universitetssykehus. For øvrig er også alle områdefunksjoner samlet ved Oslo universitetssykehus. Diakonhjemmet sykehus har fortsatt egen akuttkirurgi, og det har vært arbeidet med å planlegge overflytting av denne virksomheten til Oslo universitetssykehus HF. Det pågår nå en prosess i regi av Helse Sør-Øst RHF hvor man ser spesielt på kapasiteten i hovedstadsområdet og i den forbindelse oppgavedeling. Akuttkirurgisk virksomhet ved Diakonhjemmet sykehus må vurderes i denne sammenheng. Lovisenberg diakonale sykehus dekker etter avtale indremedisin i bydel Sagene for Oslo universitetssykehus.

Innen sykehusområde Oslo, er det regelmessige samarbeidsmøter med Lovisenberg diakonale sykehus, Diakonhjemmet sykehus og Oslo universitetssykehus. Det pågår samarbeid med Diakonhjemmet sykehus innen ortopedi og benign gastrokirurgi. Det er videre utarbeidet en samarbeidsavtale innen fot- og ankelkirurgi med både Diakonhjemmet sykehus og Akershus universitetssykehus. I tillegg er det i 2014 inngått avtale mellom Oslo universitetssykehus og Akershus universitetssykehus om etablering av en satellittfunksjon ved Akershus universitetssykehus for PCI-behandling.

Sunnaas sykehus har hatt et betydelig antall pasienter fra Oslo sykehusområde. Det er dessuten omfattende samarbeid mellom Sunnaas og Oslo universitetssykehus om fag, forskning og pasientforløp. Dette er utgangspunkt for at de to sykehusene har inngått en samarbeidsavtale som i 2012 ble gjort til en treårig avtale.

Ved etablering av sykehusområder i Helse Sør-Øst ble det slått fast at alle sykehusområder på nærmere bestemte områder skulle lage en plan for utvikling av behandlingstilbud og funksjonsdeling. Arbeidet med planene for Oslo sykehusområde er gjennomført under ledelse av Oslo universitetssykehus. Det foreligger nå planer innen habilitering, rehabilitering, fødselsomsorg, psykisk helsevern og rusbehandling. Oslo kommune har vært delaktig i prosessene. Planene vil bli utviklet videre i årene framover.

## **Spesialiserte funksjoner lokaliseres ut fra nødvendig pasientvolum og faglige avhengigheter**

### *Akuttfunksjoner*

Akuttfunksjonene tilpasses den medisinske utviklingen ved tidlig triagering, initial diagnostikk og behandling. Dette gjelder både for prehospital og inhospital virksomhet. I større grad enn før flyttes dette prehospitalt og til legevaktsfunksjonen, avhengig av hastegrad. Dette forutsetter videreutvikling av AMK-funksjonen og ambulansetjenesten - organisatorisk, faglig og kapasitetsmessig. Tilsvarende strategi velges også for inhospital virksomhet med samling av mottaksfunksjonene for tidlig og effektiv intervensjon rettet mot akuttpatienten. Akuttfunksjonene i kirurgi i Oslo sykehusområde vil samles på Ullevål sykehus hvor nytt akuttmottak er bygget og det er gjort en ombygging av det gamle akuttmottaket som øker postoperativ og intensiv kapasitet. Det er lagt stor vekt på funksjonaliteten og pasienthåndteringen i utformingen av det nye akuttmottaket.

### *Regionale funksjoner samles og rendyrkes*

Oslo universitetssykehus har gjennomført flere prosesser med sikte på å samle landsfunksjoner og dupliserte regionsfunksjoner, men for enkelte fagområder med sterke avhengigheter må det tas flere hensyn. I planene for samlokaliseringer og flyttinger legges det til grunn at like funksjoner samles. Det vektlegges faglige avhengigheter og behov for nærhet til spesialisert utstyr og spesialisert kompetanse.

### *Lokalbaserte tilbud til flertallet av pasientene*

Planlegging av framtidig virksomhet på Aker sykehus er en viktig del av lokalbaserte tilbud i Oslo som Oslo universitetssykehus bidrar til å drive og utvikle. Dette tilbudet vil omfatte både kunnskapsutvikling og kunnskapsspredning, men også direkte pasientrettet virksomhet. Disse prosessene motiveres både av det generelle arbeidet med å relokalisere virksomhet innen Oslo universitetssykehus og av pålegget fra eier om å bidra til å utvikle helsetilbud på Aker sykehus i et tett samarbeid mellom sykehus og kommunehelsetjenesten. I løpet av de siste årene er deler av denne ambisjonen realisert. Det er nå etablert følgende på Aker:

- Kommunal akutt døgnenhet med 42 senger, hvorav de 10 siste åpnet i desember 2014 og så er det ytterligere planlagt åpning av 10 senger i januar 2015.
- Senter for mammae-screening drevet av Oslo universitetssykehus HF
- Senter for migrasjonshelse drevet av Oslo kommune i samarbeid med sykehusene
- Regionalt tjenestesenter for rehabilitering drevet av Sunnaas sykehus
- Utvidelse av virksomheten i Geriatrik ressurscenter drevet av Oslo kommune
- Senter for dagkirurgi i tilknytning til foretakets kirurgiske virksomhet

I tillegg har Oslo universitetssykehus geriatrik virksomhet og rehabiliteringsvirksomhet på Aker sykehus. Det er startet prosjekt for å utvikle en Oslo-rettet kompetansetjeneste for rehabilitering og det er også startet prosjekt for å utvikle en samlet modell for brukermedvirkning på Aker som samhandlingsarena.

### **Habiliterings- og rehabiliteringstilbudet**

Helseforetaket har en koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering for å legge til rette for god samhandling. Dette gjelder både på individnivå mellom pasient/bruker og tjenesteytere, og mellom tjenesteytere fra ulike fag, sektorer og nivåer. Koordinerende enhet har et "Overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan, opplæring og veiledning av koordinator."

Pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester skal ha oppnevnt en koordinator. Koordinators viktigste oppgaver er å sikre samordning av tjenester der en og samme pasient får dette fra ulike avdelinger, - og hvor samarbeidet ut mot primærhelsetjenesten eller fastlegen er vesentlig.

Koordinerende enhet har i 2014 hatt styringsgruppefunksjon for et pilotprosjekt i 5 klinikker hvor utarbeidet retningslinje for koordinator har vært testet ut. Det er for øvrig utarbeidet en retningslinje for både individuell plan og for koordinatorfunksjon tilgjengelig i helseforetakets e-håndbok.

I kommende periode skal arbeidet med koordinatorfunksjon og pasientforløp styrkes for å sikre at pasienten får kontinuitet i behandlingsforløpet. Koordinerende enhet har hatt jevnlig møter med de koordinerende enhetene i bydelene. Et felles møte med de 12 områdebydelene besluttet i september at barn og unge med behov for koordinerte og sammensatte tjenester skal være et satsningsområde for 2015.

### **Tverrfaglig spesialisert rusbehandling styrkes og integreres i lokalsykehusstilbudet**

Det arbeides aktivt med å styrke tverrfaglig spesialisert rusbehandling og integrere dette i lokalsykehusstilbudet/DPS. Det er også utstrakt samarbeid med helsetjenesten i bydelene på dette området. I Oslo universitetssykehus er de viktigste områdene i Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling (ARA):

- Seksjon for rusakuttmottak og avgiftning: kontakter pasienter til elektive innleggelser kvelden før, og rapporterer til inntaksteam dersom pasienter ikke har møtt på angitt dato. Seksjon for avgiftning har i enkelte saker behandlingsforberedende tiltak for rettighetspasienter i samarbeid med bydelen, spesielt i saker der det erfaringsmessig kan oppstå komplikasjoner eller særskilte utfordringer i forbindelse med behandlingen. Det blir i saker j.fr. Helse- og omsorgstjenesteloven (HOL) §§10-2 og 10-3 avholdt bistandsmøte/forberedelsesmøte med bydelen før innleggelse.
- Seksjon for ruspoliklinikker: Aktivitet med pasient som en avklarende samtale, registreres ikke som behandling. Ved ruspoliklinikkene starter den polikliniske behandlingen innen en uke etter rett er gitt. Ved LAR-poliklinikkene starter behandlingen med samarbeidsmøter internt eller eksternt, eller samtale med pasienten. Dette skjer gjerne før oppstarten av den medikamentelle behandlingen.
- Seksjon for rus- og avhengighetsbehandling voksen har kontinuerlig samarbeid med pasienten og samarbeidspartnere i venteperioden, f eks: avklaringssamtale, utredning av personlig informasjon, målsetting for oppholdet, ansvarsgruppe, individuell plan, opphevelse av taushetsplikt. Det er spesiell oppmerksomhet om eventuelle endringer i pasientens livs- og russytuasjon. Dersom det er aktuelt legges pasienten inn før planlagt tid.
- Seksjon for rus- og avhengighetsbehandling ung: Det er ikke etablert noe spesifikt behandlingsforberedende tiltak i samarbeid med bydelene, da det i 2014 har vært svært kort ventetid for rettighetspasienter. Det utføres generelt behandlingsforberedende tiltak for rettighetspasienter i påvente av oppstart i form av samtaler.
- Rusakuttmottaket har fast daglig kommunikasjon med Oslo kommunale legevakt og Psykiatrisk legevakt om pasienter som skal til Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling (ARA). Det er utarbeidet en rutine for øyeblikkelig hjelp til pasienter med rusmiddelbruk og samtidig symptomer på psykose. Det er en utfordring at mange Oslo pasienter får sin behandling hos private tjenesteleverandører som ikke regelmessig har samhandling med lokalbasert TSB i opptaksområdet.

### **Tilbudet innen psykisk helsevern videreutvikles**

Generelt skal Helse Sør-Øst RHF gjennomgå funksjons- og arbeidsfordeling innen psykisk helsevern med bakgrunn i tilrådning fra Nasjonal strategigruppe II. Dette arbeidet er i gang. Helseforetak og sykehus skal følge opp alle strategiske føringer og anbefalinger gitt i de fem delrapportene i arbeidet med "Nasjonal strategi II Psykisk helsevern og Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk". Rapportene fra de fem arbeidsgruppene er; Riktigere og redusert bruk av tvang i behandlingen, Arbeidsfordeling DPS - Sykehus, Kunnskapsbaserte metoder, Brukermedvirkning og Tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Oslo universitetssykehus har fulgt opp føringene og var representert i den nasjonale gruppen.

Vedrørende planlegging av virksomheten går alle elektive henvisninger til spesialisthelsetjenesten via DPS. Akutteam er etablert på Søndre Oslo DPS. I forbindelse med en planlagt allokering av ressurser

fra døgnvirksomhet til poliklinisk virksomhet, har Josefinesgate DPS etablert et ambulant team i seksjon for psykosebehandling. Det er planlagt utvidet åpningstid med drift på kveld i 2015, samt at poliklinikk "Raskere tilbake" videreføres i Josefinesgate DPS fra 2015. Helseforetaket har styrket alderspsykiatrisk poliklinikk (APS), gjennom å overføre ressurser fra sykehusnivå. APS arbeider også ambulant. Det arbeides med å legge til rette for et utvidet døgnåpent tilbud utover Psykiatrisk legevakt i Oslo.

Innen den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen leder Oslo universitetssykehus ekspertgruppen innfor psykisk helse som har valgt områdene selvmord og overdoser som sine temaer. Oslo universitetssykehus er piloter innen begge områdene.

## **Tjenesteutvikling og kommunikasjon skal skje etter brukernes behov**

### **Pasient- og pårørendeopplæring**

Helseforetaket vedtok i 2014 en Handlingsplan for pasient- og pårørendeopplæring. Planen ble utarbeidet i et samarbeid med brukerutvalg, ungdomsråd og klinikkens representanter i forum for pasient- og pårørendeopplæring.

Det er iverksatt et større prosjekt som blant annet omhandler riktig registrering av opplæring, og bedre tilgjengelighet og oppdatering på helseforetakets nettside mht opplæring. Foretakets prosedyre for registrering av gruppebaserte læringstilbud til pasienter og pårørende er revidert. Det er påbegynt et arbeid for å kvalitetssikre registrering og sikre riktig koding slik at helseforetaket får god oversikt over hvor mange pasienter- og pårørende som deltar i læringstilbud.

Det er etablert et prosjekt knyttet til å utvikle et læringstilbud til menn om menns håndtering av sykdom og helse.

Den helsepedagogiske kompetansen styrkes ved at utdanningsprogrammet i pasient- og pårørendeopplæring inngår som en del av de tverrprofesjonelle kliniske program. Representanter fra primærhelsetjenesten deltok for første gang i helseforetakets utdanningsprogram for ansatte og brukere. Felles kompetanseheving er et bidrag til god samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten om pasient- og pårørendeopplæring i helhetlige pasientforløp.

Det er innledet et samarbeid med Høgskolen i Oslo og Akershus for å styrke tjenesteutøvelsen. Foretaket deltar blant annet i et prosjekt sammen med Høgskolen i Oslo og Akershus og Nasjonal kompetansetjenesten for læring - og mestring innen helse (NK LMH) for å styrke samarbeidet mellom utdanning og praksis gjennom å bedre praksisstudiene som læringsarena i helseprofesjonsutdanningene.

Oslo universitetssykehus har i perioden deltatt aktivt i arbeidet i Helse Sør-Øst, i det nasjonale og i det nordiske samarbeidet om utvikling av fagfeltet pasient- og pårørendeopplæring. Sykehuset har deltatt i utviklingen av e-læring innen helsepedagogikk i regi av det regionale helseforetaket.

Alt helsepersonell har plikt til å ivareta barn og unge som pårørende. Oppnevningen av barneansvarlige er en organisatorisk løsning som gjelder innen spesialisthelsetjenesten. Foretaket har i 2014 ca. 180 barneansvarlige som er koordinert gjennom Råd for barn som pårørende. Handlingsplan for barn som pårørende 2014-16 er vedtatt. Representant fra barneverntjenesten i Oslo er nå en del av rådet.

Det er utviklet et forslag til en modell for et samarbeidsprosjekt mellom Oslo universitetssykehus, bydel Sagene og Barne- og familieetaten for å prøve et lavterskeltiltak for gravide rusavhengige og deres familier i et 3 årig pilotprosjekt. Målet er å etablere et forpliktende behandlingsforløp. Styringsgruppe er etablert og oppstart av prosjektet er planlagt til begynnelsen av 2015.

## **Samhandling**

Forpliktende samhandling med kommunene styrkes og videreutvikles. Den forpliktende dialogen med kommunene er ytterligere styrket i 2014, og dette arbeidet vil intensiveres i 2015, bl.a. med økt satsning på samarbeidet rundt barn og unge.

Samarbeidsutvalget som består av representanter fra helseforetak, bydeler og kommunale etater, har anbefalt at operasjonalisering og videre arbeid med tjensteavtaler/underavtaler gjøres så likt som mulig i hele hovedstadsområdet. Det bør imidlertid vurderes om avtalene fremover bør sikre tydeligere utviklingsfokus knyttet til pasientforløpsarbeidet enn bare å beskrive det rutinemessige samarbeidet.

Arbeidet med utforming av underavtaler initieres og besluttes i den enkelte sykehussektor. De løftes deretter til Samarbeidsutvalget hvor de øvrige sektorer får mulighet til å komme med innspill/kommentarer og deretter evt. gi tilslutning. En rekke underavtaler er ferdig utarbeidet, eksempelvis samarbeid rundt barn som har behov for koordinerte tjenester, underavtale som regulerer samhandlingen om pasienter uten trygderettigheter og avtale om ressursnettverk for kreftsykepleiere i hovedstadsområdet. I 2015 vil det bli igangsatt et arbeid for å utforme en underavtale som skal omfatte barn og unge innen feltet psykisk helse og avhengighet.

Gjennom endret ansvarsfordeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten forventes det at kommunene vil ta et større ansvar for forebygging, pasient - og pårørendeopplæring, enklere lidelser og også større del av oppfølgingen etter sykehusopphold. I denne sammenheng har Oslo universitetssykehus HF fokus på kompetanseoverføring/kompetanseutveksling med Oslo kommune og fastleger.

Sammen med bydelsdirektørene i Oslo universitetssykehus sin sektor ble det i februar utformet felles handlingsplan for samhandling. Her ble kompetanseutveksling spesielt fremhevet som en satsning. Oslo universitetssykehus leder Samarbeidsutvalget de også i 2015. Det vil bli satt av midler til samhandlingsprosjekter også neste år.

Oslo universitetssykehus har ansvar for flere eksternt finansierte samhandlingsprosjekt i samarbeid med Oslo kommune. Det arbeides fortsatt med å implementere de viktige resultatene fra prosjekt "Akutt og subakutt funksjonssvikt hos eldre", både i sykehus og bydeler. Kartleggingsverktøyet SAFE som ble utviklet i prosjektet har fått stor oppmerksomhet og er lagt inn som pensum i geriatri for leger og sykepleiere. I 2013 ble det etablert et livsstilsprosjekt mellom tre bydeler i Oslo og Oslo universitetssykehus. Prosjektet har som ambisjon å teste ut gode modeller for hvordan spesielt KOLS og diabetespasienter i større grad kan få tilbud om helhetlige tjenester i et forpliktende samarbeid mellom bydeler og sykehus. Prosjektet ble tildelt midler også for 2015. Foretaket har også inngått samarbeid med sykehjemsetaten i Oslo om et kompetanseforbedrings-/og opplæringsprosjekt av sykepleiere ved 8 ulike sykehjem i Oslo. Prosjektet vil pågå i hele 2014 og avsluttes i 2015. Så langt er det svært positivt evaluert både i sykehjemmene og i helseforetaket.

Andre aktuelle samhandlingsprosjekt som vil pågå videre fremover er ambulerende team i palliasjon. Prosjektet ble formelt avsluttet i juni 2014, men spesielt fastlegene i bydel Østensjø uttrykte et ønske om videreføring. Beslutning om dette er tatt, og det er nå utformet en forelesningsserie for å styrke fastlegekompetansen i palliasjon i kreftomsorgen. Det fokuseres på implementering av det nasjonale handlingsprogrammet med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen og dens krav til kunnskap for leger nivå B. Prosjekt "Tverrfaglig familiestøtte" er et prosjekt som skal styrke tilbudet til sårbare familier. Det skal etableres et lavterskeltilbud til gravide og småbarnsfamilier der foreldrene er belastet av psykiske og/eller rusrelaterte vansker. "Raskere behandling - Styrket samhandling" er et prosjekt som skal sikre at pasienter med psykiske lidelser får rask og god behandling på riktig nivå i helsetjenesten, redusere ventetid og optimalisere ressursbruk.

Kommunal akutt døgnetenhet er etablert på Aker helsearena. Tilbudet skal sikre døgnopphold for pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp, og er begrenset til pasienter som ikke har behov for innleggelse i spesialisthelsetjenesten. Videre ønsker foretaket å styrke

praksiskonsulentordningen for å sikre god dialog og samhandling med henvisende instanser i primærhelstjenesten.

I 2014 har Oslo universitetssykehus i samarbeid med Oslo kommune arbeidet med overføring av elektroniske epikriser til Oslo kommunes EPJ-system. Funksjonalitet for dette er etablert i hele foretaket, og elektroniske epikriser sendes nå til samtlige sykehjem i Oslo. Innføring av DIPS innfrir i stor grad også kravet om elektronisk kommunikasjon mellom øvrig del av primærhelsetjenesten og Oslo universitetssykehus, blant annet gjennom elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger.

Digitalt Avviks-meldesystem via Min journal har i 2014 blitt pilotert til utvalgte fastleger, og vurderes breddet videre til alle Oslo`s fastleger. Dette systemet gir fastlegene en enkel vei inn i helseforetaket via web og sikrer korte linjer for innmelding av samhandlingsavvik. Dette er en funksjon som ikke har vært mulig før nå, tidligere ble mange avvik meldt på telefon eller e-post.

I 2014 har prosjekt "Digital samhandling" utviklet brukerveiledninger for oppfølging av elektronisk utsendte epikriser og laboratoriesvar i ett MTM-system (message monitoring system). Dette er et svært viktig tiltak for helseforetaket for å sikre at elektroniske epikriser og laboratoriesvar kommer frem til riktig mottaker. På sikt vil dette gi nødvendig grunnlag for å kunne avvike papirutsendinger.

### **Likeverdige helsetjenester**

I 2014 har Oslo universitetssykehus arbeidet med å etablere Tolkesentralen som er et samarbeidsprosjekt mellom Oslo universitetssykehus HF, Akershus universitetssykehus HF (Ahus) og Sunnaas sykehus HF. Prosjektet ledes av OUS ved Stab samhandling og internasjonal samarbeid og gjennomføres på oppdrag av Helse Sør-Øst RHF (HSØ).

I 2015 skal foretaket arbeide med FOU-prosjektet "Skjermtolking – Når tolken er et annet sted". Prosjektet skal i tillegg til en kunnskapsoppsummering dokumentere økonomiske, teknologiske og kommunikative aspekter ved skjermtolking i helsevesenet.

Oslo universitetssykehus har omlag 80 ansatte som har tatt videreutdanning i "Flerkulturelt helsearbeid" i regi av Høgskolen i Oslo og Akershus. Etter endt utdanning får disse tilbud om faglig påfyll, og flere bidrar inn i prosjekter og tiltak i regi av seksjonen og i sine avdelinger.

Samtalepartner fra ulike tro- og livssynstradisjoner er et tilbud til pasienter og pårørende som er på helseforetaket. Det er i 2014 blitt et etablert tilbud ved helseforetaket, etter å ha vært prosjektfinansiert i 2 år. Samtaleteamet består av til sammen 17 personer fra 10 tros- og livssynssamfunn, som stiller opp på forespørsel fra avdelinger. Sommeren 2014 ble det signert en avtale med Oslo Politiet, om at de kan benytte våre samtalepartnere ved behov, særlig med tanke på beredskapssituasjoner. Fra tidligere har helseforetaket avtale med Sunnaas sykehus, Lovisenberg sykehus og Diakonhjemmet sykehus om at de kan benytte våre utdannede samtalepartnere. Målet med dette tilbudet er å bidra til at pasienters behov for eksistensiell og åndelige omsorg får dette dekket i løpet av sykehusoppholdet, uavhengig av religiøs eller livssynsbasert tilhørighet.

Siden september har helseforetaket hver første helg i måneden sendt helseradio på urdu, arabisk og somali. Formålet er å nå ut med viktig helseinformasjon til innvandrere med begrensede norskferdigheter. Alle sendingene kan lastes ned på våre nettsider. Årets temaer har vært hjerte-/karsykdommer, kreft, psykisk helse og folkehelse. Sendingene videreføres frem til mars 2015.

### **Internasjonalt arbeid**

Oslo universitetssykehus deltar i flere prosjekter for å bistå utviklingen av helsetjenesten i andre land. Blant annet er det er inngått en avtale mellom Det medisinske fakultet i Oslo, Det medisinske fakultet i Addis Abeba, Black Lion hospital i Addis og Oslo universitetssykehus om utdanning av onkologer i Etiopia. Landet har pr i dag 3 onkologer på en befolkning på vel 90 millioner. Oslo universitetssykehus har også i lengre tid hatt et samarbeid med India om kompetanseoverføring til indiske sykepleiere som arbeider med nyfødte. Videre er det igangsatt et prosjekt med utveksling av

Malawiske helsearbeidere til Oslo universitetssykehus og Norske sykepleiere til Malawi. De Malawiske helsearbeiderne får undervisning og hospitering på OUS innen operasjonssykepleie, anestesi, nevrintensivbehandling og postsykepleie for nevrokirurgiske pasienter.

## 6.2. Forskning og innovasjon

Oslo universitetssykehus sin forskningsstrategi<sup>1</sup> støtter opp under regional forskningsstrategi for Helse Sør-Øst, men understreker betydningen av at Oslo universitetssykehus har et selvstendig strategisk handlingsrom for prioriteringer. Strategien følges opp gjennom rullerende handlingsplaner, både på overordnet nivå og i hver klinikk. I handlingsplanen for 2013-2015<sup>2</sup> er følgende områder særlig høyt prioritert: forskningsfinansiering, etablering av institusjonelle satsingsområder for forskning, karriereveier i forskning, forskningsinfrastruktur; utstyr, arealer, IKT, biobanker og registre.

Økt kvalitet og internasjonal konkurranseevne gjennom gode forskningsgrupper, er sentrale elementer i klinikkens handlingsplaner. De fleste forskningsgruppene er felles for Oslo universitetssykehus og Universitetet i Oslo, hvor Det medisinske fakultet er foretakets hovedsamarbeidspartner. Tverrfakultære satsinger og økt satsing på livsvitenskap (Life Science) gjør Det matematisk-naturvitenskapelige fakultet til en stadig viktigere samarbeidspartner for Oslo universitetssykehus. Fremover vil dette samarbeidet særlig styrkes innen gensekvensering og bioinformatikk, herunder håndtering og analyse av store datamengder. Dette vil være særlig nyttig i forbindelse med utvikling av persontilpasset medisin/skreddersydd pasientbehandling, som også er et nasjonalt satsingsområde for Helse- og omsorgsdepartementet. I denne forbindelse samarbeider foretaket og universitetet både om prosjekter og infrastruktur som utstyrsplattformer og kompetanseplattformer.

Oslo universitetssykehus utpekte i 2014 fem prioriterte forskningsområder<sup>3</sup>, med krav til etablering av nye samarbeidsformer på tvers av flere klinikker og en klar klinisk nytteverdi. Midlene (1 million kroner pr satsing i fem år) ble utlyst i en intern konkurranse. Områdene er kommet godt i gang og har stimulert til nye samarbeidsformer, der kompetanse og teknologi fra ulike felt utnyttes bedre enn idag. Fremdrift i prosjektene følges av Scientific Advisory Board for Oslo universitetssykehus.

Forskningsrådets fagevaluering fra 2011 peker på hvilke muligheter helseregistre, biobanker, helseundersøkelser og personnummersystemet gir Norge når det gjelder å drive forskning helt i front i internasjonal sammenheng. Satsing på en videreutvikling av biobanker og kvalitetsregistre er i Oslo universitetssykehus nedfelt i en egen delstrategi og en rullerende tiltaksplan. Planverket er forankret i helseforetakets Biobank- og registerutvalg og omhandler blant annet tildeling av sentrale søknadsmidler, økt tilgjengeliggjøring av helseforetakets biobanker og registerdata, tilfredsstillende lagringsfasiliteter internt og i samarbeid med Folkehelseinstituttet, regionale rådgivningsfunksjoner og nasjonalt samarbeid, og IKT-verktøy for biobank- og registervirksomhet. Oslo universitetssykehus vil i 2015 arbeide aktivt for en videre styrking av det regionale fagsenteret for kvalitetsregistre, med spesielt fokus på registerrådgivning, IKT-støtte og nettverksbygging. Annen særdeles viktig infrastruktur for forskning er medisinsk teknisk utstyr og kjernefasiliteter. På dette området arbeides det nå betydelig for både å styrke samordningen med Universitetet i Oslo og med å etablere en langsiktig plan for fremtidige forskningsinvesteringer. Det tidligere etablerte Fagråd for kjernefasiliteter og det nyeablerte Fagråd for medisinskteknisk utstyr til forskning legger ned et betydelig arbeid i å samordne og berede grunnen for prioritering av fremtidige utstyrsmidler, herunder

---

<sup>1</sup> [http://www.oslo-universitetssykehus.no/SiteCollectionDocuments/Om%20oss/Mål%20og%20strategier/Forskningsstrategi\\_styrevedtatt\\_24.11.2010.pdf](http://www.oslo-universitetssykehus.no/SiteCollectionDocuments/Om%20oss/Mål%20og%20strategier/Forskningsstrategi_styrevedtatt_24.11.2010.pdf)

<sup>2</sup> [http://www.oslo-universitetssykehus.no/SiteCollectionDocuments/Om%20oss/Mål%20og%20strategier/OUS\\_Handlingsplan\\_forskning\\_2013-2015.pdf](http://www.oslo-universitetssykehus.no/SiteCollectionDocuments/Om%20oss/Mål%20og%20strategier/OUS_Handlingsplan_forskning_2013-2015.pdf)

<sup>3</sup> De fem forskningsområdene er: Regenerativ medisin - med særlig vekt på organsvikt og utvikling av kunstige nyrer, Immunterapi mot kreft, Tarmkreft - forebygging, forskning og implementering i klinikk, Mekanismer for utvikling av hjertesvikt, Behandling etter hjertestans.

identifisere de mest aktuelle eksterne finansieringskilder. Arbeidet er i oppstartsfasen. Med knappe interne investeringsrammer øker betydningen av både gode oversikter over eksisterende utstyr og planlegging av behov for fremtidig utstyr. Med stor nasjonal og internasjonal konkurranse om eksternt utlyste midler til utstyr, øker også betydningen av god samordning mellom helseforetaket og universitetet og riktig prioritering av hvilke søknader som bør understøttes av institusjonene.

Oslo universitetssykehus har stor oppmerksomhet om forskningsetikk. Viktige tiltak er god informasjon til pasienter som deltar i studier og informasjon om eksempelvis reservasjonsrett og personvern. Styrket kunnskap om helseforskningsloven, herunder forbedrede melderutiner ved uønskede hendelser i forskning samt en klarere bevissthet om de ulike lederes ansvar for etikk og hendelser i forskning, er temaer som i økende grad drøftes i helseforetakets Forskningslederforum og i Sentralt kvalitetsutvalg ved Oslo universitetssykehus. Forskningsgruppene, som er etablert som den viktigste byggesteinen i forskningen ved helseforetaket og Det medisinske fakultet, er svært viktige arenaer for kritisk drøfting av prosjekter og etisk refleksjon. Forskningsgruppenes funksjonsmåte vil bli evaluert i 2015, i egen regi av helseforetaket og universitetet. Det vil også bli arbeidet med styrket brukermedvirkning på prosjektnivå, der dette er egnet. Brukere kan blant annet gi nyttige bidrag i etiske diskusjoner og hensiktsmessig pasientinformasjon i studier.

Oslo universitetssykehus er av eier gitt en særskilt rolle som ”nav” for forskning og innovasjon i regionen. Denne oppgaven prioriteres og styrkes videre. Sterke forskningsmiljøer tar i økende grad ansvar for nettverksbygging, drift av kjernefasiliteter og formidling og deling av kunnskap og resultater. Forskningsstøttefunksjonene følges opp fortløpende sammen med Helse Sør-Øst.

I tråd med helseforetakets handlingsplan for innovasjon fokuseres det på utvikling av en sterkere innovasjonskultur i klinikkene, og samarbeid internt og eksternt om innovasjon. I de regulære møtene med klinikkens innovasjonskontakter er også Inven2 invitert, for derved å dekke flere typer innovasjonsforløp i helseforetaket. Innovasjonsseksjonen deltar aktivt i NIFUs oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet om å etablere nye nasjonale innovasjonsindikatorer. I dette arbeidet legges det opp til et strukturert innovasjonsforløp med klare kriterier for hver fase i prosessen. Nyttevurdering, synliggjøring og spredning blir viktige elementer i innovasjonsarbeidet. Mange prosjekter innebærer samhandling om innovasjoner med Oslo kommune. Dette arbeidet vil bli styrket som følge av at helseforetaket har inngått en avtale om innovasjonssamarbeid med Helseetaten i Oslo kommune.

Idétilfanget ved helseforetaket er god. Idépoliklinikkens verdivurderinger av tjenesteinnovasjonsprosjekter er særdeles ressurskrevende, men nødvendig for å kunne gi råd i forbindelse med beslutning om implementering. Det er utviklet en app som gir mulighet for å lære om innovasjon på en lett tilgjengelig måte, primært rettet mot det brede lag av helseforetakets ansatte.

Sammen med føringer i oppdragsdokument, danner helseforetakets strategier og handlingsplaner for forskning og innovasjon grunnlag for politikkutforming og interne prioriteringer, i nært samarbeid med Universitetet i Oslo og andre sentrale samarbeidspartnere.

### **6.3. Kunnskapsutvikling og god praksis**

Kunnskapsbasert praksis er et satsningsområde og Oslo vil fortsette å legge tilrette for at alt helsepersonell kan arbeide stadig mer kunnskapsbasert og anvende stadig mer av ny, god forskning. Skolering av personell i kunnskapsbasert praksis og systematisk implementering av denne arbeidsmetoden vil gjennomføres innen 2016 ved de fleste avdelinger. Utarbeidelse av kunnskapsbaserte mini-metodevurdering, kunnskapsbaserte faglige prosedyrer og retningslinjer og pasientforløp gjøres planmessig og i stadig større grad. Resultatene deles med helsetjenesten ellers i Norge slik at metodebøker kan deles fritt og med et transparent og dokumentert kunnskapsgrunnlag.



Oppsummert, god forskning, brukerinnvolvering og lang klinisk erfaring med pasientgruppene skal vektlegges som grunnlag for god praksis. Utprøving skal skje kontrollert og nye metoder skal stadig utvikles, utprøves i kontrollerte former og tas i bruk.

Arbeid med beskrivelser og forbedringer av stadig flere pasientforløp skal drives frem slik at både logistikk og fag holder høy standard. Dokumentert god tilfredshet blant pasientene i de ulike pasientforløp er sentralt for foretaket. Koordinatorer skal følger pasientene i krevende forløp og sørg for at pasientenes vei gjennom et pasientforløp kontinuerlig følges/måles og forbedres.

Det gode pasientmøtet skal utvikles. Personell som gjennom mange år har vist seg som ekstra gode i pasientmøter skal brukes til faglig veiledning og løftes frem. Vilje til å stå nær pasientene, ekte serviceinnstilling og delt beslutningstaking er viktige elementer for god praksis. Likeså skilting, nettsider, pasientinformasjon og pasient- og pårørendeopplæring.

Ulike yrkesgrupper skal arbeide flerfaglig og bistå hverandre til å yte pasientrettet, effektiv og god praksis totalt sett. Tilrettelegging og forbedring av logistikk er vesentlig for å få god flyt i arbeidet. Her kan også arbeid med pasientforløp være et godt hjelpemiddel ved at god praksis beskrives, forbedres og etterleves.

Kompetanseutvikling, opplæring og god praksis blant foretakets ansatte er en forutsetning for en stabil virksomhetsgjennomføring med høy kvalitet over tid. Kompetansen blant de ansatte skal være fremtidsrettet, behovstilpasset og gjenspeile den faglige utvikling og holde høyt nivå sett i internasjonal sammenheng. De ansatte skal ha kompetansegrunnlag for etisk refleksjon.. Det legges vekt på å ha systemer som legger til rette for at den enkelte ansatte skal kunne ivareta eget ansvar for oppdatert klinisk kompetanse. Helseforetaket har et bevisst og målrettet arbeid med ansettelser, tilbud om interne kliniske kompetanseprogram, videreutdanning/ spesialisering og etterutdanning for å sikre at medarbeiderne innehar og vedlikeholder den kompetansen som virksomhetsgjennomføringen forutsetter, nå og fremover.

Oslo universitetssykehus ønsker å øke og samordne innsatsen innenfor strategisk kompetanseutvikling. Det skal arbeides videre med å få et bedre bilde av kompetansesituasjonen gjennom analyser, avdekke behov og få fram hva slags virkemidler foretaket rår over – både sentralt/felles for hele foretaket og for de enkelte klinikkene. Det vil bli arbeidet med planer og tiltak på områder som er særlig utsatt mht. spesialisert kompetanse. Det tas sikte på et samarbeid med Helse Sør-Øst innenfor prosjekt strategisk kompetanseutvikling.

## **6.4. Organisering og utvikling av fellestjenester**

Oslo universitetssykehus har i 2014 planlagt oppstart av et prosjekt i 2015 som skal se på utvikling av organiseringen av helseforetaket.

Det er nå fem år siden Oslo universitetssykehus ble etablert, og drøyt fire år siden den nye og nåværende organisasjonsmodellen ble iverksatt. Foretaket ønsker en vurdering av dagens organisasjonsmodell med tanke på videre utvikling i tråd med vedtatt overordnet strategi 2013-18 med visjonen ”Sammen med pasientene utvikler vi morgendagens behandling”.

Dette prosjektet skal gjennomgå dagens organisasjons- og ledelsesstruktur, se denne i forhold til dagens strategi og styringsdokumenter og ta hensyn til forventet fremtidig utvikling Den overordnede målsetningen for prosjektet er å danne et godt beslutningsgrunnlag for videre utvikling av dagens organisering av Oslo universitetssykehus, slik at helseforetaket kan løse sine oppgaver på best mulig måte og være mer fremtidsrettet inn mot den struktur som det legges opp til i strategien.

Organisasjons- og ledelsesgjennomgangen vil blant annet omfatte kartlegging av parallelle fagområder, identifisering av særlige koordineringsutfordringer og lite tilfredsstillende pasientforløp. Av denne grunn vil representanter for pasientene/brukerne tas med i arbeidet.

Dette prosjektet skal sees i sammenheng med behov for en kulturutvikling i helseforetaket, der kontinuerlig forbedring og organisatorisk læring blir en mer naturlig del av driften (Strategi 2013-18). Sykehuset har behov for at endringsprosesser initieres fra førstelinjen (nedenfra) og forankres hos den enkelte leder i helseforetaket for bedre å kunne løse utfordringer.

Prosjektet skal identifisere hva som er lokale utfordringer og hva som er utfordringer som må løses på et mer overordnet nivå: Er det deler av organisasjonen som hemmes av u hensiktsmessige organisatoriske plasseringer i ulike klinikker? Er det faglig samordning som hindres av u hensiktsmessig organisasjons- og ledelsesstruktur? Det pågår kontinuerlig lokalt forbedringsarbeid i helseforetaket. En organisasjonsgjennomgang av hele helseforetaket skal ikke erstatte slikt arbeid, men skal supplere og kunne gi et bilde på om det er enkelte strukturelle forhold som må løses på et høyere nivå i organisasjonen for å legge forholdene bedre til rette for lokalt forbedringsarbeid.

Prosjektet skal også se spesielt på organisering av stab og støttetjenester i Oslo sykehuservice, samt teknologiområdet.

## 6.5. Mobilisering av medarbeidere og ledere

Bemanningsbehovene fremover er mange og sammensatte. Rekruttering kan aldri dekke behovet alene, og må alltid ses i sammenheng med tiltak knyttet til å; beholde og utvikle ansatte, utdanne og videreutdanne ansatte, samt sikre at kompetanse brukes riktig og fornuftig. Oppmerksomhet om turnover, god organisering og god ressursstyring er vesentlig.

Oslo universitetssykehus arbeider med kompetanseutvikling for å se på mulige kartleggingsverktøy på strategisk og operativt nivå, i nært samarbeid med Helse Sør-Øst.

Oslo universitetssykehus har innført flere tiltak som:

- Opprettelse av utdanningsstillinger
- Ressursspooler
- Rekrutteringskurs for ledere
- Strategisk profilering
- Internasjonal rekruttering og kvalitetsikring av utenlandsk kompetanse
- Målrette tiltak mot den enkelte fagområde

Oslo universitetssykehus arbeider kontinuerlig med å redusere antall brudd på arbeidstidsbestemmelsene ved foretaket. Felles ressursplanleggingssystem er implementert. Brudd på arbeidstidsbestemmelsene er tema ved ledelsens tertialsgjennomgang med hver klinikk, i tillegg til den månedlige gjennomgangen i hver klinikk hvor tiltak og rapporter blir behandlet og fulgt opp i linjen. I 2014 har Oslo universitetssykehus vært underlagt tilsyn med arbeidstid fra Arbeidstilsynet ved totalt 42 kostnadssteder ved seks klinikker. Tiltak for å unngå brudd på arbeidstidsbestemmelsene er i hovedsak knyttet til kompetanseheving hos ledere og å sikre kompetanse samt målrettede tiltak mot utsatte enheter.

Arbeidet med å redusere andel deltidsansatte er videreført i 2014. Tilbudet om å øke stillingsandel for ufriwillig deltidsansatte er i 2014 utvidet til å gjelde alle tverrgående grupper dersom de for ansettelse i restandelen knytter seg opp til Personalfremidling. Dette gjelder for eksempel sykepleier, spesialsykepleier, hjelpepleier, helsesekretær, sekretær og miljøterapeut. Andel deltid er redusert ytterligere i løpet av 2014, og er fra oktober 2013 til oktober 2014 redusert med 2,6 %.

## 6.6. Bærekraftig utvikling gjennom god økonomistyring

Oslo universitetssykehus HF står fremdeles overfor store økonomiske utfordringer i langtidsplanperioden. Oslo universitetssykehus HF skal gjennomføre store investeringer de nærmeste årene for å oppgradere eksisterende eiendomsmasse i samsvar med krav fra tilsyn, sikre oppdatert medisinsk teknisk utstyr og gå over på nye IKT-løsninger. Dette vil øke avskrivningskostnadene og fakturerte IKT-kostnader fra Sykehuspartner.

Oslo universitetssykehus HF fikk ved fremleggelse av Statsbudsjettet for 2012 og 2014 stilt til rådighet 1 575 millioner kroner til omstillingsinvesteringer. For 2015 er det planlagt investeringer for 225 mill kroner innenfor denne tildelingen. Videre er foretaket blitt prioritert i de regionalt finansierte IKT-prosjektene.

Oslo universitetssykehus HF revurderte arealutviklingsplanen i 2012 og gjennomførte i 2013/2014 idéfaseutredning for flere alternativer for erstatning av gamle bygg og reduksjon av den totale eiendomsmassen i foretaket. Det er en tett dialog med Helse Sør-Øst RHF om investeringsbehovet knyttet til både omstillingen og det løpende behovet for utskiftninger og oppgraderinger. I planperioden er det nødvendig med betydelige utskiftninger i medisinsk teknisk utstyr og omfattende vedlikehold/investeringer i eksisterende bygningsmasse i påvente av nye klinikkbygg. Styret behandlet investeringsbudsjett den 18. desember 2014.

Oslo universitetssykehus HF har som del av behandling av Økonomisk langtidsplan 2015-2018 fremmet ønske om å gjennomføre en forsert plan for både utskifting av medisinsk teknisk utstyr og utbedring av bygningsmassen. Likviditetssituasjonen i Helse Sør-Øst RHF begrenser Oslo universitetssykehus HF mulighet for å gjennomføre en slik forsert plan i 2015. I budsjett 2015 er det blitt innvilget ekstraordinær lånefinansiering fra Helse Sør-Øst RHF på 200 millioner kroner for å kunne gjennomføre nødvendige investeringer i medisinskteknisk utstyr og eiendom. For å sikre fremtidig finansiering av investeringer behandlet styret den 18. desember ett forslag til investeringstiltak i bygningsmassen til Oslo universitetssykehus HF og vedtok å fremme en lånesøknad til Helse- og omsorgsdepartementet via Helse Sør-Øst RHF. Et lån fra Helse- og omsorgsdepartementet kan inngå som forslag til statsbudsjett for 2016.

Driftssituasjonen for Oslo universitetssykehus HF blir noe svekket for 2015 grunnet underregulering og redusert pris (avbyråkraterings- og effektiviseringsreformen) for aktivitetsbaserte inntekter. Driftssituasjonen for de kommende årene vil være krevende med tanke på å oppnå nødvendig resultatforbedring. Utfordringen for foretaket er å redusere kostnadene ved å øke produktiviteten i organisasjonen. Mulighetene for resultatforbedring gjennom 2015 og de kommende årene er blant annet knyttet til at den somatiske døgnvirksomheten på Aker kan trappes ned og erstattes med dagkirurgi, at foretaket tar i bruk gjennomgående IKT-systemer, og at det legges til rette for ytterligere samlokalisering av fagområder og etablering av bærekraftige driftsenheter. Utover dette krever produktivitetsforbedringer at økt aktivitet i stor grad gjennomføres med eksisterende bemanning og at fellestiltak i Oslo universitetssykehus blir besluttet og gjennomført.

Styret vedtok i desember en områdeplan for IKT. I denne planen er det prioritert følgende områder:

- Oppgradering av IKT infrastruktur ved Oslo universitetssykehus HF
- Etablering av et felles klinisk informasjonsgrunnlag (Fase 2 EPJ/DIPS)

I 2015 vil Oslo universitetssykehus HF styres etter et budsjettert overskudd 175 millioner kroner. Dette innebærer en forbedring av resultatet med 175 millioner kroner fra budsjett 2014. Den overordnede oppgaven for den økonomiske styringen de neste årene vil være å bidra til at driften i Oslo universitetssykehus HF fra 2015 kan gi positive likviditetsbidrag til framtidige investeringer.

## DEL IV: VEDLEGG

### **Vedlegg 1:** Årsrapport brukerutvalget

Godkjent av brukerutvalget januar 2015

## Årsrapport 2014 for Brukerutvalget ved Oslo universitetssykehus HF

### Innledning

Brukerutvalget ved Oslo universitetssykehus ble oppnevnt i styresak 68/2009. Nytt brukerutvalg 2013-2015 ble oppnevnt i styresak 43/2013. Brukerutvalgets viktigste oppgave er å bidra til kvalitetsforbedring, primært på systemnivå slik at pasienter og pårørende opplever et velfungerende sykehus med god kvalitet på helsetjenestene.

Brukerutvalget har avholdt 7 møter á 4 timers varighet i 2014.

Mandatet gir hjemmel for at utvalget har inntil 15 medlemmer, men brukerutvalget har kun hatt 13 representanter i 2014. Anna Barlund fra Rådgivning om spiseforstyrrelser (ROS) gikk ut ved årsskifte 2013-2014 og en ny representant fra ROS, Ane Ringstad Næss, ble oppnevnt i april 2014. Øyvind Arntzen fra Rusmisbrukerens interesseorganisasjon (RIO) gikk ut før sommeren og Tommy Sjøfjell fra A-larm ble oppnevnt i oktober 2014. Ghazala Naseem fra Interkulturell Kvinne Gruppe (IKG) gikk ut i november 2014. Rekruttering for ny minoritetsspråklig representant er under arbeid. Tove Nakken har fungert som leder i brukerutvalget og Heine Århus som nestleder. I brukerutvalgets arbeidsutvalg sitter leder Tove Nakken, nestleder Heine Århus, Kim Fangen, Ghazala Naseem og koordinator.

Pr desember 2014 består brukerutvalget av:

- Tove Nakken, Kreftforeningen, leder
- Heine Århus, Foreningen for hjertesyke barn /FFO, nestleder
- Kim Fangen, Nye Pluss- hivpositives landsforening / FFO
- Tommy Sjøfjell, A-larm, fra oktober 2014
- Twinkle Dawes, Innvandrerkvinnens ressurs og aktivitetsforum
- Helga Skåden, Mental Helse Norge / FFO
- Ane Ringstad Næss, Rådgivning om spiseforstyrrelser / FFO, fra april 2014
- Lilli-Ann Stensdal, Norges Handikapforbund / SAFO og Landsforening for kvinner med bekkenløsningsplager
- Grete Müller, Norsk Forbund for Utviklingshemmede / SAFO
- Veslemøy Ruud, Norges Astma- og Allergiforbund / FFO
- John Bjørnøy, Landsforening for hjerte- og lungesyke / FFO
- Kolbjørn Forfang, Pensjonistforbundet

## **Representasjon fra ledelsen ved Oslo universitetssykehus**

Leder av seksjon for pasient- og pårørendeopplæring, Eva Bjørnsborg og viseadministrerende direktør Tove Strand har vært fast møtende representant fra ledelsen. Administrerende direktør, Bjørn Erikstein har møtt for dialog til direktørens time. Videre har en rekke representanter fra ledelsen møtt brukerutvalget i forbindelse med ulike saker.

## **Brukerutvalgets kontakt med styret**

Leder og nestleder har deltatt som observatører på styremøter. Brukerutvalget har hatt et felles møte med styret 30. oktober 2014, for å orientere om sin virksomhet og for dialog (styresak 59/2014).

## **Deltakelse i prosjekter, råd og utvalg 2014**

- Idéfase OUS- Campus Oslo:  
Styringsgruppen, Tove Nakken  
Faglig rådgivningsgruppe, Heine Århus
- Ungdomsrådet, Ane Ringstad Næss, vara Veslemøy Ruud
- Brukernetverk i pasient- og pårørendeopplæring, Lilli-Ann Stensdal
- Pasientforløp: Lungekreft, John Bjørnøy
- Råd for metodevurdering, Tove Nakken
- Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering, Kim Fangen
- Barne- og ungdomsprogrammet, Veslemøy Ruud
- Underavtale- Tjenestevalt, samhandling primær til spesialisthelsetjeneste, Øyvind Arntzen
- Underavtale, Samarbeidsavtale mellom OUS og Oslo kommune ift svangerskaps-, fødsels, og barselomsorg, Veslemøy Ruud
- Fagråd for forskning på samhandlingsfeltet, John Bjørnøy
- Utvalg for koordinering av fagprosedyrer, behandlingslinjer og pasientinformasjon, John Bjørnøy
- Forum for pasient- og pårørendeopplæring, Lilli-Ann Stensdal og John Bjørnøy
- Råd for barn som pårørende, Heine Århus
- Læringsnettverk i helsefag og kvalitet, Kim Fangen
- Bio-bank og registerutvalg ved OUS, Tove Nakken

## **Konferanser/seminarer/arrangementer hvor brukerutvalgets medlemmer har representert Oslo Universitetssykehus**

- Årlig brukerrådsseminar i klinikk psykisk helse og avhengighet, 23. september, Helga Skåden
- Årlig konferanse for brukerutvalget i Helse Sør-Øst 12. og 13. november, Lilli-Ann Stensdal, Tove Nakken og Helga Skåden
- Seminar om læringstilbud for pasienter og pårørende, 25. november, hele brukerutvalget
- Filmprosjekt: "Skulle ønske du visste..", Ghazala Naseem

## **Representasjon i klinikkvise brukerråd ved Oslo universitetssykehus**

- Klinikk psykisk helse og avhengighet, Helga Skåden, Tommy Sjøfjell (brukerråd i avdeling rus- og avhengighetsbehandling)
- Medisinsk klinikk, Lilli-Ann Stensdal
- Klinikk for kirurgi- og nevrofag, Kolbjørn Forfang, vara Grete Müller
- Kvinne- og barneklubben, Heine Århus, vara Grete Müller

- Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken, Tove Nakken, John Bjørnøy
- Hjerte-, lunge og karklinikken, Veslemøy Ruud

#### **Kvalitetsutvalg ved Oslo universitetssykehus**

- Det sentrale kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg, Grete Müller og John Bjørnøy
- Akuttklinikken kvalitetsutvalg, Helga Skåden

#### **Modulbasert brukeropplæring**

Deltagelse på Modul 1: Twinkle Dawes, Ghazala Naseem, Ane Ringstad Næss, Helga Skåden  
Modul 2 er ikke arrangert av OUS i 2014.

#### **Viktige saker behandlet i brukerutvalget i 2014**

##### **Sak 005-14 Fokusområder 2014**

Brukerutvalget har initiert et tettere samarbeid med brukerrådene i klinikk og ungdomsrådet, og diskuterte årets samarbeid om felles satsningsområder; pasientforløp og ungdomshelse.

##### **Sak 015-14 og sak 042-14 Kontaktpersonordning regionalt brukerutvalg**

Brukerutvalget har invitert kontaktperson fra regionalt brukerutvalg for å opprettholde og videreutvikle samarbeid.

##### **Sak 008-14 Handlingsplan Pasientsikkerhet**

Brukerutvalget har kommet med innspill til handlingsplanen.

##### **Sak 018- 14, 026-14 og sak 033-14 Handlingsplan for brukermedvirkning 2014- 2016**

Brukerutvalget har gitt innspill til handlingsplan for brukermedvirkning 2014-2016.  
Brukerutvalget utgjør en brukerstyrt ressursgruppe som skal ha fokus på utvikling av læringstilbud til pasienter og pårørende ved sykehuset.

##### **Sak 006-14 og sak 016-14 Orientering om Idéfase- OUS Campus Oslo**

Brukerutvalget har i løpet av våren 2014 blitt forløpende orientert om prosjektet og har kommet med innspill.

##### **Sak 024-14 Høringssvar fra brukerutvalget til Idéfase-rapporten**

Brukerutvalget har skrevet høringsuttalelse til rapporten, med tilslutning fra ungdomsrådet.

##### **Sak 052- 14 Modul 2 brukeropplæring**

Brukerutvalget har kommet med innspill til videre utvikling og forbedring av sykehusets brukeropplæring.

##### **Sak 051-14 Mål og satsningsområdet 2015**

Brukerutvalgets satsningsområder vil være pakkeforløp og utvikling av samarbeid med brukerrådene i klinikk og ungdomsrådet.

#### **Viktige spørsmål fra brukerutvalget til ledelsen i administrerende direktørs time**

##### **Sak 011-2014**

- Spørsmål om utforming av – søknadssvar fra OUS
- Sak om samlokalisering av brystkreft behandling

- Spørsmål om bruk av vikarer ved OUS

#### **Sak 021-2014**

- Sak om nyfødt intensiv avdelingene på Rikshospitalet og Ullevål
- Spørsmål vedrørende flaskehals i pasientforløp, spesielt med tanke på lang ventetid for diagnostisering av kreftpasienter

#### **Sak 039-2014**

- Spørsmål om renhold og vedlikehold ved OUS

#### **Sak 056-2014**

- Bekymring vedrørende pasienters tilbud i de neste 15- 20 årene, særskilt behandlingsfasilitetene ved Radiumhospitalet.
- Spørsmål vedrørende belastningsfysiologiske tester utført på Barnehjerteseksjonen.
- Sak om rus som bakenforliggende årsak til innleggelser i somatiske avdelinger.

#### **Brukerutvalgets bekymringer**

- Brukerutvalget uttrykker sin bekymring for pasientenes velbefinnende ved OUS på grunn av stort etterslep av nødvendig vedlikehold av bygninger og teknisk utstyr, særskilt behandlingsfasilitetene ved Radiumhospitalet.
- Brukerutvalget uttrykker sin bekymring for at innføring av pakkeforløp innen kreft kan føre til at pasienter med andre diagnoser, må vente lenger på grunn av manglende kapasitet og ressurser.

#### **Brukerutvalgets hovedsatsningsområder i 2015**

- Følge innføring av pakkeforløpene tett, samt å følge andre diagnosegrupper for å se om pakkeforløp får negative konsekvenser for disse.
- Synliggjøre brukerrollen i alle klinikker og øke bevisstheten om brukermedvirkning gjennom rutiner for og samarbeid med brukerrådene slik at disse bl.a. blir et arbeidsredskap for brukerutvalget.
- Følge og støtte arbeidet med ungdomshelse videre, både somatisk og psykisk helse.
- Sørge for at sykehusets brukerundersøkelser videreutvikles og implementeres i alle klinikker.
- Brukerutvalget er opptatt av alkohol og andre rusmidler som bakenforliggende årsak til somatisk sykdom. Brukerutvalget vil derfor se på tiltak som kan sette dette problemet på dagsorden.



# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

---

Dato møte: 13. februar 2015

Saksbehandler: Direksjonssekretær

Vedlegg: Oppdrag og bestilling vedtatt i foretaksmøte 12.2.2015

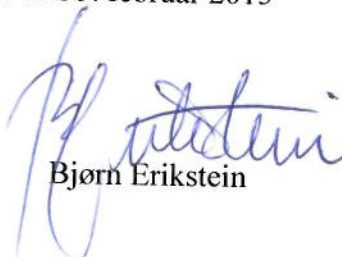
---

**SAK 7/2015 OPPDRAG OG BESTILLING 2015 FOR  
OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF**

**Forslag til vedtak:**

*Styret tar protokoll fra foretaksmøtet 12. februar 2015 i Oslo universitetssykehus HF til etterretning.*

Oslo den 5. februar 2015

  
Bjørn Erikstein

**Oppdrag og bestilling 2015**

Helse Sør-Øst RHF har lagt opp til å ha foretaksmøte i Oslo universitetssykehus HF den 12. februar 2015 på Gardermoen. I møtet vil Helse Sør-Øst RHF's oppdrag og bestilling for 2015 bli gjort gjeldende for helseforetaket. Oppdrag og bestilling 2015 sendes styrets medlemmer fra Helse Sør-Øst RHF sammen med innkallingen til foretaksmøtet.

**Administrerende direktørs vurdering**

Ut fra de signaler som er kommet legges det til grunn at oppdrag og bestilling er forenelige med Oslo universitetssykehus sine virksomhetsplaner og budsjett for 2015. Det foreslås at styret tar protokoll fra foretaksmøte 12. februar 2015 med tilhørende Oppdrag og bestilling for 2015, til etterretning.

Oppdraget vil som tidligere bli fordelt ut på ansvarlige enheter i organisasjonen og fulgt opp i helseforetakets oppfølgings- og rapporteringsrutiner, herunder rapporteringen til styret og Helse Sør-Øst RHF.

**Nærmere om noe av innholdet i oppdrag og bestilling for 2015**

Nedenfor beskrives kort noe av innholdet i årets oppdrag og bestilling slik det er kjent for foretaksmøte 12. februar 2015, med vekt på omtalte innsatsområder og nye oppgaver.

Vederlag for oppdrag og bestilling 2015

I forbindelse med Oppdrag og bestilling 2015 betaler Helse Sør-Øst RHF et vederlag til Oslo universitetssykehus HF på 17,2 milliarder kroner, hvorav 12,7 milliarder er faste inntekter. Tall for pasientbehandling som Oslo universitetssykehus skal yte i forbindelse med Oppdrag og bestilling 2015 er oppgitt i oppdraget.

Som eier har Helse Sør-Øst RHF fastsatt et resultatkrav for Oslo universitetssykehus på 175 millioner kroner i 2015.

For nærmere omtale av tallene vises det til budsjettsaken i styremøte.

Fem prioriterte mål for perioden 2013 til 2020

De fem prioriterte målene for helseforetaksgruppen ambisjoner om tilgjengelighet, kvalitet og pasientsikkerhet står ved lag:

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

Dette er mål for helseforetaksgruppen samlet. Oslo universitetssykehus følger opp og rapporterer resultatene for helseforetaket. Styret holdes orientert gjennom rapportering i styremøtene.

Redusere ventetider og øke effektiviteten

Som del av oppdraget Helsedepartementet har gitt de regionale helseforetakene skal Oslo universitetssykehus implementere faglige retningslinjer og standardisere

pasientforløp, identifisere flaskehalsen i pasientbehandlingen og etablere konkrete tiltak for å avhjelpe disse. Videre skal helseforetaket sikre tiltak for bedre planlegging og organisering slik at kapasiteten ved poliklinikker og operasjonsstuer samt utstyr utnyttes bedre gjennom døgnet. Oslo universitetssykehus skal også identifisere tiltak for hvordan private aktører kan benyttes mer målrettet.

Oslo universitetssykehus vil følge opp oppdraget gjennom flere tiltak som på mange områder er innarbeidet i helseforetakets handlingsplaner. Nye metoder tas i bruk basert på beslutninger i Bestillerforum RHF, samt gjennom bruk av etablert system for minimetodevurderinger. Oslo universitetssykehus vil fortsette arbeidet med å etablere og innføre flere standardiserte pasientforløp i sykehuset, inkludert pakkeforløp for kreft. Flaskehalsen vil bli identifisert og rapportert til Helse Sør-Øst basert på utarbeidet mal for dette arbeidet, og tiltak for å avhjelpe disse vil bli satt opp med ansvar i sykehusets lederlinje. Arbeidet med å utnytte og utvide kapasiteten i poliklinikkene vil fortsette, gjennom nytt analyseverktøy, prosesser som Helse Sør-Øst har satt i gang og gjennom utvikling av helseforetakets ledelses- og informasjonssystem til hjelp for de enkelte ledere. Det arbeides med en bedre utnyttelse av operasjonsstuer gjennom detaljert kartlegging av bruk i regi av Kirurgisk driftsstyre og de enkelte driftsråd. Man vil også se nærmere på hvilke funksjoner som kan ivaretas av private aktører, både innen radiologi, kirurgisk behandling og andre områder.

#### Kreftbehandlingen skal styrkes

Diagnosesentre er etablert i 2014 og vil videreutvikles i 2015. Pakkeforløp kreft skal innføres i 2015. Eventuelle flaskehalsen i behandlingsforløpet skal identifiseres. Som ledd i innføringen av pakkeforløp kreft skal samarbeidet mellom sykehus og fastleger styrkes.

Pakkeforløp for kreft innføres i henhold til en nasjonal prosess og Oslo universitetssykehus sin strategi. Knyttet opp til pakkeforløpet for kreftpasienter som etableres fra 1. mai 2015 vil Oslo universitetssykehus etablere et diagnostisk senter for utredning av pasienter med alvorlig sykdom som kan være kreft. Senteret vil bli etablert i Medisinsk klinikk.

Oslo universitetssykehus vil arbeide med å identifisere flaskehalsen i behandlingsforløpet i tråd med oppdraget. Samarbeidet med fastleger vedrørende pakkeforløp bedres gjennom informasjon på sykehusets nettside og i fastlegenes informasjonsblad, samt gjennom møter. Etablering av elektroniske henvisninger vil være et viktig bidrag for å gi et effektivt forløp. Samhandlingen med andre sykehus kan i 2015 bli bedret gjennom bruk av en standardisert henvisning utarbeidet av Helse Sør-Øst med viktig informasjon for å oppnå en mer samordnet helsetjeneste.

#### Forløpskoordinatorer

Alle helseforetak som behandler kreft skal ha kontaktinformasjon til forløpskoordinatorer tilgjengelig på internett slik at både pasienter som er henvist til pakkeforløp og fastleger vet hvor de skal henvende seg.

Forløpskoordinatorfunksjoner er etablert for de fire pakkeforløpene og flere vil bli etablert utover i året etter hvert som pakkeforløpene trinnvis innføres. Kontaktinformasjon med telefonnumre for koordinatorer i de enkelte pakkeforløp og i de ulike avdelinger er lagt ut på sykehusets nettside.

### Psykisk helsevern

Det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk på regionnivå. Innen psykisk helsevern skal distriktpspsykiatriske sentre og barne- og ungdomspsykiatri prioriteres. Veksten måles blant annet gjennom endring i kostnader, årsverk, ventetid og aktivitet.

Klinikk for psykisk helse og avhengighet har utarbeidet en handlingsplan for 2015, basert på Oslo Universitetssykehus sin strategi 2015-2018. Handlingsplanen er sentral i arbeidet med en styrking av de distriktpspsykiatriske sentre, barne- og ungdomspsykiatrien og ambulante team. Våren 2015 flytter de to distriktpspsykiatriske sentrene inn i nye lokaler i Nydalen og på Mortensrud og reduserer antall lokaliteter fra 6 til 2. Dette gir et godt grunnlag for å videreutvikle tjenesten, både når det gjelder volum og kvalitet. Det vil bli samarbeidet mellom barne- og ungdomspsykiatri og Barnesenteret og resten av somatikken for å sikre at pasienter får samordnet hjelp for både somatiske lidelser og psykiske lidelser

Plan for å sikre tilstrekkelig kapasitet i Oslo og Akershus sykehusområder  
Helse Sør-Øst RHF vil videreføre arbeidet for å sikre tilstrekkelig kapasitet i Oslo og Akershus sykehusområder. Potensialene for utvidelser og utvidet bruk av Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet sykehus skal utnyttes for å bidra til en avlastning av Akershus universitetssykehus og redusere fremtidig arealbehov ved Oslo universitetssykehus. Oslo universitetssykehus skal bidra i arbeidet med å utarbeide en plan for tiltak og gjennomføring, samt bidra i gjennomføringen av planen.

### Bruke pasienterfaringer og kommunisere kvalitetsresultater

Pasienterfaringer skal brukes systematisk i forbedringsarbeidet. Det skal legges til rette for styrket brukermedvirkning i forskning og etableres digitale tjenester for kommunikasjon med pasienter og innbyggere. Oslo universitetssykehus skal formidle og kommunisere kvalitetsresultater og uønskede hendelser til pasienter, pårørende og offentligheten på en egnet måte.

Oslo universitetssykehus vil fortsette arbeidet med å styrke virksomheten på disse områdene.

### Antikorrupsjonsprogram

Oslo universitetssykehus skal følge opp og rapportere på Helse Sør-Østs antikorrupsjonsprogram.

### Oppfølging av rapporter fra Konsernrevisjon

Det forutsettes at revisjonsrapportene fra revisjonene i det enkelte helseforetak benyttes til forbedringsarbeid i tråd med de anbefalinger som er gitt, og at styret i helseforetaket følger opp at tiltaksarbeidet gir forventet effekt. Styret holdes orientert gjennom den utvidete rapporteringen i ledelsens gjennomgang hvert tertial.

### Rapportering av oppdraget

Gjennomføringen av oppdraget rapporteres til Helse Sør-Øst RHF i løpende rapportering som er satt opp etter i henhold til den regionale rapporteringspakken til alle helseforetak og sykehus.

I tillegg oversendes en utvidet rapport i forbindelse med ledelsens gjennomgang som behandles i styret etter hvert tertial. Endelig rapportering av årets oppdrag og bestilling skjer i Årlig melding for 2015 som sendes Helse Sør-Øst RHF innen 1. mars 2016.

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 13. februar 2015

Saksbehandler: Visestyrerende direktør økonomi og finans

Vedlegg: Drøftingsprotokoll

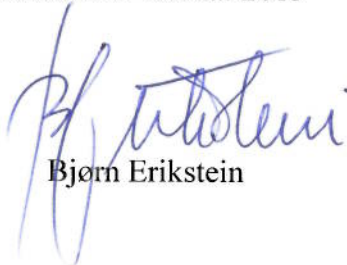
---

### SAK 8/2015 BUDSJETT 2015

#### Forslag til vedtak:

1. *Styret tar administrerende direktørs redegjørelser for status for gjennomføring av budsjett 2015 til orientering.*
2. *Styret konstaterer at det er en betydelig resultatrisiko i 2015. Styret ber administrerende direktør fortsette arbeidet med å tilpasse driften til budsjettforutsetningene og fokusere på den løpende drift i helseforetakets ledermøter.*
3. *Styret ber administrerende direktør vurdere resultatutviklingen i Oslo universitetssykehus HF løpende og vurdere behovet for gjennomføring av ytterligere tiltak basert på den økonomiske utviklingen. Styret ber administrerende direktør om oppdaterte vurderinger som del av den løpende resultatrapportering i 2015.*

Oslo den 5. februar 2015



Bjørn Erikstein

## 1. INNLEDNING

Styret vedtok budsjett 2015 i styremøtet den 18. desember. Styret ba i vedtak nr 2 administrerende direktør arbeide med å tilpasse driften til budsjettforutsetningene og komme tilbake med en nærmere redegjørelse til styret i neste møte. Denne styresaken gir en nærmere redegjørelse for arbeidet med å tilpasse driften til budsjettforutsetningene i 2015. I denne saken foreligger også informasjon om periodiseringen av budsjett 2015 og kontantstrømbudsjett som ikke ble forelagt på møtet den 18. desember.

Et utkast til denne styresaken ble drøftet på sykehusnivå onsdag 4. februar. Drøftingsprotokoll følger med som vedlegg til saken.

## 2. TIDLIGERE VEDTAK

Det ble 18. desember 2014 fattet følgende vedtak i styret for Oslo universitetssykehus HF i sak 66/2014 Budsjett 2015:

*Enstemmig vedtak:*

- 1. Styret legger til grunn et positivt økonomisk resultat på 175 millioner kroner som økonomisk styringsmål for 2015.*
- 2. Styret konstaterer at budsjettforutsetningene er endret og mer krevende med økt resultatrisiko. Styret ber administrerende direktør arbeide med å tilpasse driften til budsjettforutsetningene og komme tilbake med en nærmere redegjørelse til styret i neste møte.*
- 3. Styret vedtar budsjett for Oslo universitetssykehus HF for 2015 slik det fremgår av tabellene 1, 2 og 3 i styresak 66/2014. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å disponere budsjettet i samsvar med beslutninger i foretaksmøte for Oslo universitetssykehus HF, vedtak i styret i Oslo universitetssykehus HF og gitte fullmakter.*
- 4. Styret ber administrerende direktør legge områdeplanen for IKT til grunn for videre arbeid på IKT-området.*
- 5. 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.*
- 6. Styret ber om en nærmere redegjørelse av konsekvensen av leieavtalene for sykehusets drift.*
- 7. Administrerende direktør gis sammen med styreleder fullmakt til å reinvestere pensjonsmidler i Statens pensjonskasse.*

8. *Styret påpeker viktigheten av at det videre arbeidet med budsjett 2015 er gjenstand for en bred prosess med god involvering av fagmiljø og tillitsvalgte helt ut i organisasjonen.*

### **3. ADMINISTRERENDE DIREKTØRS VURDERING**

Det er kort tid siden styret ble forelagt og vedtok budsjett 2015. Det har vært vanskelig å få til gode prosesser for utarbeidelse og gjennomføring av nye tiltak innenfor disse tidsrammene. I tillegg understreket styret viktigheten av gode prosesser og involvering av fagmiljø og tillitsvalgte helt ut i organisasjonen. En slik arbeidsform er viktig også for å få gode resultater av prosessene, men er i seg selv krevende.

Administrerende direktørs intensjon har i første rekke vært å øke sykehusledelsen sin oppmerksomhet på gjennomføring av den løpende drift og sikre at de tiltak som ble definert gjennom budsjettprosessen siste halvår i fjor er i rute i forhold til planlegging og gjennomføring. Administrerende direktør har videre valgt å tydeliggjøre forventninger og krav til forbedringer på noen virksomhetsovergrepene områder. Dette vil bli fulgt opp tett av sykehusledelsen. Administrerende direktør og ledergruppen har nå en økt oppmerksomhet på gjennomføring av drift i de ukentlige ledermøtene.

Administrerende direktør vil understreke at det fortsatt er betydelig resultatrisiko for 2015. Administrerende direktør har likevel på dette tidspunkt valgt å ikke iverksette store kostnadskutt gjennom hele organisasjonen. I så fall måtte en anvende tiltak som inndragelse av fullmakter til innkjøp og ansettelser, kutt i reiser og alle andre kostnader på utsiden av pasientbehandlingen, herunder f.eks. stopp i alle utviklingsprosjekter. Administrerende direktør vil imidlertid løpende vurdere utviklingen i de økonomiske resultatene og resultatrisikoen for hele året. Dersom utviklingen tilsier det kan det være aktuelt å kreve ytterligere tiltak fra klinikkene og gjennomføre langt mer omfattende tiltak fra sykehusledelsen..

### **4. TILPASNING AV DRIFT TIL BUDSJETT FOR OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF 2015**

Det fremgikk av styresak 66/2014 Budsjett 2015 at kravet til forbedring av driften i sykehuset i 2015 var på om lag 3 prosent.

Arbeidet med tilpasning av drift til budsjett 2015 må skje gjennom å sette tydelige resultatkrav og tett oppfølging av budsjettet på alle nivåer i organisasjonen. Det er i tillegg behov for å gjennomføre felles sykehusovergrepene tiltak og klinikk, avdelings- og seksjonsspesifikke tiltak.

#### **4.1. Sykehusledelsens oppfølging av virksomheten gjennom 2015**

Oslo universitetssykehus HF har definert fire hovedmål for gjennomføringen av virksomheten i 2015:

- Unngå fristbrudd
- Redusere antall langtidsventende



- Vellykket innføring pakkeforløp i kreftbehandlingen
- Et økonomisk resultat som budsjettet eller bedre

For å sikre tydelig ledelsesoppmerksomhet på de områdene som er nevnt ovenfor er agendaen for de ukentlige ledermøtene ved Oslo universitetssykehus HF endret. Det settes nå av en tid til gjennomgang av særskilt driftskritiske tall i ledermøtet. På følgende områder vil det bli foretatt ukentlig gjennomgang:

- Fristbrudd: Utvikling i antall for de fagområder med flest fristbrudd
- Langtidsventende: Utvikling i antall for de fagområder med flest ventende
- Operasjoner: Antall operasjoner og knivtid mandag til søndag foregående uke – per fagområde og per lokalisering
- Poliklinikk: Antall gjennomførte polikliniske konsultasjoner per uke målt mot fjorår og foregående uker samme år (per klinikk og per fagområde i klinikk).
- Belegg i seng: Utnyttelse av sengekapasiteten ved sykehuset mandag til søndag foregående uke.
- Pakkeforløp: Planlegging og gjennomføring av pakkeforløpene (rapporteringsformater under utarbeidelse)

Sykehusledelsen forventer at de samme driftskritiske tall gjennomgås regelmessig i ledermøtene i klinikk, ledermøtene i avdelingene og ledermøtene i seksjonene.

Regnskaps- og bemanningstall foreligger på månedlig basis. Disse resultatene gjennomgås i ledermøtet med fokus på kostnadsutviklingen i den enkelte klinikk. Det blir egne oppfølgingsmøter med de klinikkene som har negative avvik med diskusjon av korrigerende tiltak.

#### **4.2. Sykehusovergrepene endringer og tilpasninger i drift**

Oslo universitetssykehus HF hovedstrategi for håndtering av hovedutfordringene i budsjett 2015 er å øke aktiviteten i de kliniske klinikker i størst mulig grad innen dagens bemanning ved at flaskehalsen i støtteklinikken fjernes eller reduseres. I tillegg til dette vil ledermøtene inneholde fast gjennomgang av felles sykehusovergrepene endringer og tilpasninger i drift som ble omtalt i styresak 66/2014 Budsjett 2015. I januar og februar 2015 vil det bli brukt mest tid på følgende områder:

- Mulige endringer i vaktordninger for leger
- Planlegging av lavaktivitetsperioder (vinter, påske og sommer)
- Helgearbeid deles på flest mulig ansatte med relevant fagkompetanse
- Sikre tilstrekkelig operativ kapasitet fra akutt klinikken i forhold til å drifte operasjonsstuer og post operative senger.

#### **4.3. Gjennomføring av budsjett 2015 i de somatiske klinikkene**

Det er primært de somatiske klinikkene som har de største budsjettutfordringene. Etter styremøtet den 18. desember er klinikkene bedt om å planlegge ytterligere virkemidler for å gjennomføre drift innenfor budsjetttrammene. Dette er rapportert til ledelsen den 29. januar og oppsummeres nedenfor per klinikk.

I omtalen av klinikkene fremgår en vurdering av utfordringene. Det presiseres at beløpene som fremgår nedenfor er før gjennomføring av tiltak og sett bort fra konsekvensene av tildeling av budsjetttramme for å levere økt aktivitet fra 2014 til 2015. Det er videre noe udisponerte midler utenfor klinikkbudsjettene for å gardere helseforetaket mot risiko for negative resultater i klinikkene.

#### **4.3.1. MED - Medisinsk klinikk**

Medisinsk klinikk vurderer utfordringsbildet for 2015 til å være om lag 45 millioner kroner.

*Status for planlegging og gjennomføring av tiltak utarbeidet som del av styrebehandling 18. desember.*

Klinikken har i januar gjennomgått de 65 tiltakene som ble styrebehandlet 18. desember i samarbeid med lederne. Tiltakene har reelle planer for gjennomføring og vurderingen per januar er liten risiko for manglende gjennomføring. Medisinsk klinikk har et tiltak pr avdeling som går på aktivitetsvekst håndtert med gjeldende bemanning. Selv om disse tiltakene har moderat risiko må det påpekes at klinikkens sengeposter har et høyt belegg (95 %), stabil andel øyeblikkelig hjelp (86 %) og at det er realisert en redusert liggetid fra 2013 til 2014 (3,89 til 3,66 dager). Med økt aktivitet i 2015 vil det bli ett ytterligere press på dagens senger og det innebærer en risiko for at en så vidt høy utnyttelse av kapasiteten kan gi uønskede økonomiske effekter.

#### *Nye tiltak*

Klinikken har siden desember ikke identifisert nye konkrete muligheter for kostnadsreducerende tiltak, men jobber kontinuerlig med å forbedre den daglige drift og følge opp avvik. Det vurderes også mulige kompensierende tiltak for økt press/beleggsprosent på sengepostene. Kommunal akutt døgnenhet (KAD) på Aker sykehus er etablert for å redusere behovet for sykehusinnleggelser for kommunens innbyggere. Klinikken vil bidra til å følge opp at pasienter som legges inn i KAD er pasienter som tidligere ville fått et tilbud på sykehus.

#### *Kostnadskontroll inkludert håndtering av innleie, overtid og ekstravakter*

Fra 2014 til 2015 har Medisinsk klinikk redusert sine innleiekostnader med mer enn 8 prosent. Klinikken har også hatt en lavere utvikling i lønnkostnadene enn lønnsoppgjøret i 2014 skulle tilsi. For 2015 har klinikken fortsatt praktiseringen med fordeling av de interne rammene etter prinsipper for blant annet bemanningsnorm og estimerte ressursbehov basert på aktivitet og det er budsjettert forventningsrett på laveste nivå. Dette sikrer god oppfølging av resultatene på seksjons- og enhetsnivå.

Klinikken registrerer fastvaktbruken som er en kostnadsdriver for variable lønnskostnader. Dataene vil gi verdifull informasjon for å forstå og finne tiltak der dette er mulig.

#### *Gjennomføring av sykehusovergripende tiltak*

Endringer i driften ved Aker sykehus vil få stor betydning for avdeling for endokrinologi, sykkelig overvekt, forebyggende medisin og geriatrisk avdeling. Klinikken er godt i gang med systematisk kartlegging av alle typer poliklinisk aktivitet ved den enkelte poliklinikk for å bedre planlegging og gjennomføring av de polikliniske konsultasjoner. Klinikken vurderer at det er en risiko for noe redusert

aktivitet som følge av innføringen av DIPS. Klinikken vurderer løpende vaksamarbeidet, og det er behov for å belyse mulige samarbeid innen gastromedisin. Klinikken gjennomfører tiltak som går på tvers av drift av postene med blant annet mobil intensivsykepleier, plassansvarlig i medisin og sekundærvaktsjikt. Medisinsk klinikk har jobbet med bemanningsnormer. Alle fagutviklingssykepleiere går i turnus og mange som jobber på poliklinikk går også vakter. Medisinsk klinikk har god planlegging og gjennomføring av ferieturnusen.

#### **4.3.2. KKN – Klinikk for kirurgi- og nevrofag**

Klinikk for kirurgi og nevrofag vurderer utfordringsbildet for 2015 til å være om lag 180 millioner kroner.

*Status for planlegging og gjennomføring av tiltak utarbeidet som del av styrebehandling 18. desember.*

KKN hadde ved utgangen av 2014 et underskudd på 143 millioner kroner. Det var flere omfattende tiltak på aktivitetsvekst som ikke ble realisert i 2014. Siden styrebehandlingen 18. desember har klinikken fortsatt arbeidet med tiltak og ikke minst sikre gjennomføring av de allerede planlagte aktivitetstiltakene. Våren 2015 åpner tre nye stuer på Ullevål sykehus. Nevrokirurgisk avdeling har forventet oppstart av ny stue i februar med tre pasienter per dag i en oppstartsperiode og deretter fire. Skiftestuen for plastikk og ortopedi som skal tas i bruk på Ullevål sykehus krever fremdeles rekruttering av personell. Protesestuen til ortopedi krever også et større arbeid i samarbeid med sterilisenralen på Ullevål sykehus. Stue tre på Rikshospitalet til plastikk og øre-, nese og hals forventes å kunne tas i bruk fra 23. februar. Øyeavdelingen vil få en ny ekspedisjon ved påsketider i tråd med budsjettforutsetningene.

Ortopedi vil frigjøre 2-3 sengeplasser som hittil er benyttet til medisinske pasienter fra Lovisenbergs opptaksområde.

#### *Nye tiltak*

Det er ikke identifisert nye tiltak, men poliklinikkene holder på med en kartlegging av muligheter for flere økter på ettermiddagen. Nevrologisk avdeling ser noe potensial ved å overføre pasienter til lokalsykehus på et tidligere tidspunkt.

#### *Kostnadskontroll inkl håndtering av innleie, overtid og ekstravakter*

Ved årets slutt terminerte klinikken avtalen med selskapet Anopic som har levert operasjonsteamtjeneste på Ortopedisk avdeling. Dette gir en årlig kostnadsbesparelse på 6 til 7 millioner kroner. Aktiviteten skal nå håndteres av eget personell, men dette medfører noe risiko. Det er en klar forventning om reduksjon av inneleiekostnadene ikke minst knyttet til innføring av 12-timersvakter på Ortopedisk operasjon ved Ullevål sykehus. Avdelingslederne er blitt sterkt involvert i arbeidet for å redusere innleie og overtid.

#### *Gjennomføring av sykehusovergripende tiltak*

Det viktigste området for KKN er aktivitetsøkning og effektive operasjonssløyfer. Det er etablert fast-track sløyfe innen nevrokirurgi. Flyttingen av ortopedisk legevakt vil gi muligheter for å utføre nevrokirurgiske spineoperasjoner på Aker sykehus. På Aker sykehus kan det også bli muligheter for å gjennomføre mer plastikkirurgi. Picsara (nytt IKT-system) vil kunne gi både bedre pasientbehandling og drift på

Øyeavdelingen. Mer bruk av GAT skal gi bedre ressursstyring på enheter i klinikken. Klinikken jobber nå med gjennomgang av nye vaktordninger på Nevrokirurgisk avdeling. Flere sengeposter planlegges i 2015 med sammenslåing i ferieperiodene.

#### **4.3.3. KVB – Kvinne- og barneklubben**

Kvinne- og barneklubben (KVB) vurderer utfordringsbildet for 2015 til å være om lag 50 millioner kroner.

*Status for planlegging og gjennomføring av tiltak utarbeidet som del av styrebehandling 18. desember.*

KVB har ingen planlagte endringer i form av flyttinger eller samlokaliseringer som vil få store gevinster i 2015. KVB har i 2014 gjennomført en betydelig oppbemanning innen spesielt nyfødt intensiv. Det blir i 2015 viktig å redusere innleie og variabel lønn når nye ansatte har kommet opp på et høyere kompetansenivå (CPAP og respiratorkompetanse). Fødeavdelingen har hatt vanskelig drift med innføring av fødejournalsystemet Partus og DIPS, med mye opplæring/prosjekter og arbeidskrevende hverdag som følge av lite integrerte løsninger. Dette forventes å bli betydelig bedre utover i 2015. God bemanningsstyring sammen med høy aktivitet er nøkkelen til gode resultater. For å få til dette er det viktig med gode ledere som mestrer viktige systemer, har timebøker minimum 12 måneder frem i tid på poliklinikkene som til enhver tid er fylt med pasienter, og som har fokus på kontinuerlig forbedringsarbeid i den ordinære daglige driften.

Videre vekst i pasientbehandling bør i stor grad kunne håndteres med eksisterende bemanning. Nyfødt er i praksis ferdig med oppbemanningen. Barnemedisinsk avdeling og Barneavdeling for Nevrologi har oppbemannet for å håndtere økning av aldersgrensen fra 16-18 år. Enkelte enheter (for eksempel Barneintensiv) har utfordringer med å få tak i nok kompetente personell, men vurderingen er at KVB i hovedsak har tilstrekkelig bemanning til å håndtere aktivitetsvekstkravet som er satt for klinikken i 2015.

#### *Nye tiltak*

Klinikken har ikke utarbeidet nye tiltak etter behandling av budsjettet i desember. Det som prioriteres er god aktivitetsstyring sammen med stram kostnadskontroll inkludert fortsatt nøye oppfølging av alle ansettelser gjennom klinikkens stillingsutvalg.

#### *Kostnadskontroll inkl håndtering av innleie, overtid og ekstravakter*

Klinikken jobber med flere tiltak for å bedre kostnadskontrollen, blant annet må nyfødtintensivpasientene fordeles enda bedre mellom Ullevål sykehus og Rikshospitalet, og nye ledere i ny lederstruktur på nyfødt intensiv er under tilsetting. Gjennomgående er det stort fokus på å være nøkterne i spørsmål rundt innleie.

#### *Gjennomføring av sykehusovergripende tiltak*

Klinikken vil jobbe for å få legene inn i GAT og dermed bedre oversikten over arbeids- og vaktplaner. Egen HR-medarbeider har ansvar for oppfølging av alle legeseksjonenes tjenesteplaner. Klinikken vil i eget prosjekt se spesielt på barnemedisinsk poliklinikk med tanke på driftsforbedringer og vil jobbe med en gjennomgang av de variable lønnskostnadene. På Barnesenteret på Ullevål sykehus kan det være større muligheter for samarbeid mellom sengeposter, men det krever

beslutning på tvers av to klinikker. Det er et krav om at alle nyansatte og vikarer på poliklinikker og andre aktuelle stillinger skal jobbe helg. Det har tidligere vært noe ulik gjennomføring og klinikken sikrer nå en mer konsistent praksis.

#### **4.3.4. KKT – Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken**

Kreft- kirurgi og transplantasjonsklinikken vurderer utfordringsbildet for 2015 til å være om lag 80 millioner kroner.

*Status for planlegging og gjennomføring av tiltak utarbeidet som del av styrebehandling 18. desember.*

Gjennomføring av klinikkens tiltak for 2015 er i henhold til planlagt fremdrift. Klinikken har tiltak som er gjennomført i 2014 som vil ha helårseffekt i 2015. Det viktigste av disse er innføringen av VMAT på to strålebehandlingsmaskiner på Radiumhospitalet. Dette reduserer behandlingstiden vesentlig for visse typer avansert stråleterapi.

KKTs hovedstrategi for å oppnå et resultat som budsjettert i 2015 er å oppnå økt aktivitet uten tilsvarende økning i ressursbruk. Økende pleietyngde og variasjoner i belegget på sengepostene skaper utfordringer med å etablere turnuser uten huller i helgene. Klinikken har etablert en ordning med 12,5 timers vakter i helgene på sengepost for blodsykdommer. Ordningen har kun vart i kort tid, men så langt med gode erfaringer. Ordningen har gitt et vesentlig bidrag, og det er nå ingen huller i helgeturnus. Klinikken ønsker å vurdere å utvide ordningen til flere sengeposter. Klinikken har et stillingsutvalg som vurderer alle ansettelsesvedtak. Klinikken har også månedlig oppfølging av bemanning i avdelingene. Det er igangsatt et forbedringsprosjekt på Radiumhospitalet for å øke den operative kapasiteten.

#### *Nye tiltak*

Opplegg for sammedagskirurgi for gastrokirurgi og urologi i klinikkens virksomhet på Rikshospitalet er etablert, noe som vil redusere belastningen på sengeposter for gastrokirurgi/urologi og frigjøre kapasitet for tyngre inngrep.

#### *Kostnadskontroll inkl håndtering av innleie, overtid og ekstravakter*

Store deler av klinikkens kostnader til innleie og overtid er knyttet til manglende bemanning i helgene. Noe av dette søkes løst med 12,5 timers vakter ved sengepost for blodsykdommer og styrket grunnbemanning i flere sengeposter. For å redusere innleie av kontorpersoneell er det etablert en pool av ekstravakter som kan bistå ved sykefravær og for å gjennomføre kontorarbeid utenom ordinær kontortid.

#### *Gjennomføring av sykehusovergripende tiltak*

Flytting av urologien fra Aker sykehus er spesielt viktig for KKT, og avhengig av at areal gjøres tilgjengelig på Ullevål sykehus. Klinikken ser potensiale innen poliklinikk, økt bruk av GAT og planlegger samordning av vakt i barnekirurgi fra høsten 2015. Videre samordning av vaktberedskapen forutsetter imidlertid samlokalisering (urologi og gastrokirurgi) og kan antakelig først gjennomføres i 2016. Klinikken skal øke andel sykepleiere som deltar i helgeturnus.

#### **4.3.5. HLK – Hjerter-, lunge- og karklinikken**

Hjerter-, lunge- og karklinikken vurderer utfordringsbildet for 2015 til å være om lag 70 millioner kroner. I tillegg kommer et betydelig usikkerhetsmoment i forhold til overføring av PCI virksomhet til Akershus universitetssykehus HF.

*Status for planlegging og gjennomføring av tiltak utarbeidet som del av styrebehandling 18. desember.*

Alle tiltak som ble behandlet før jul er igangsatt. Klinikken mener det skal være mulig å realisere aktivitetsvekst uten tilsvarende bemanningsvekst. For å oppnå dette gjennomgås alle sengeposter for å optimere poststørrelse, bemanningsplaner, turnus og budsjetterte årsverk, og det er etablert sambruk av sengepostkapasitet mellom avdelingene ved Rikshospitalet.

Thoraxkirurgisk sengepost 2 skal nå stenge i helg og låner 4 senger til kardiologisk avdeling i ukedagene. Vaktordning for legene er sagt opp og bortfaller da sengeposten er stengt i helg.

Klinikken følger opp mulige effekter av nye Hinas-avtaler på produkter som stenter, klaffer, kontrastvæsker og hjerteventiler. Klinikken har egen innkjøpressurs som følger opp vareanskaffelsene og at avtaler benyttes på riktig måte.

#### *Nye tiltak*

Dagpasienter på Rikshospitalet skal flyttes fra thoraxkirurgisk enhet til en dagkirurgisk enhet. Dette utgjør om lag 3 pasienter pr dag og 2 senger pr. uke. Hjertekirurgi på Ullevål skal utnyttes bedre ved øke antall operasjoner som overføres fra Rikshospitalet, dette vil bedre den totale driften innenfor thoraxkirurgi.

Lungeavdelingen har innført et tettere samarbeid mellom enhetsleder og seksjonsleder vedrørende innleie av sykepleiere ved sengeposten. Sykepleielederen konfererer medisinsk faglig leder om sin vurdering av behovet for innleie. Ordningen vil bli innført på andre enheter.

Kardiologisk avdeling er i vekst. Det er innført telefonpåminnelse til pasienter som skal til arytmi behandling for å sikre oppmøte. I tillegg øker avdelingen med en halv dag poliklinikk til ekkoundersøkelser for å øke utredningskapasiteten til klaffeoperasjoner.

#### *Kostnadskontroll inkl håndtering av innleie, overtid og ekstravakter*

Klinikken har gjennomgått turnusene innen thoraxkirurgi og nye er under utarbeidelse. Lungeavdelingen har endret sin turnus og Kardiologisk sengepost har sagt opp turnus for å lage en ny turnus tilrettelagt for en økning av 4 senger. Dette vil gi mer robust grunnbemanning og forventede reduksjoner i innleie.

#### *Gjennomføring av sykehusovergripende tiltak*

Klinikken har inngått en avtale med Akershus universitetssykehus HF om etablering av en PCI-satellitt samt utredningsenhet for operasjoner for Thoraxkirurgi ved Oslo universitetssykehus HF.

Klinikken vil øke utnyttelsen av poliklinikkene i form av tidligere oppstart for legene. Avdelingen for koordinering og poliklinikk åpner delvis i dag klokken 7.30

og mange pasienter møter allerede da. Det arbeides for at ennå flere skal få time før klokken 8.30. Dette vil øke kapasiteten på poliklinikken, og gi et bedre tilbud til pasientene vedrørende kontroller, CT og MR.

Karavdelingen skal flytte sin virksomhet ut av Aker sykehus, men flyttedato er ikke satt. Dette vil gi reduserte vaktkostnader. Vaktordninger ved Kardiologisk avdeling på Rikshospitalet er sagt opp av overlegene, og det forhandles om en ny avtale.

Det arbeides for å få til bedre flyt av pasienter på tvers av sengepostene ut fra de løpende driftsbehovene. Sanntidsdata som viser sengekapasiteten er et virkemiddel for å oppnå en bedre total utnyttelse av sengekapasiteten i klinikken.

#### **4.3.6. Andre klinikker**

Vurdering av resultat 2014 og utfordringsbildet for 2015 viser at Klinikk psykisk helse og avhengighet (KPHA), Akuttklinikken (AKU), Klinikk for diagnostikk og intervensjon (KDI) og Oslo sykehusservice (OSS) har en betydelig lavere risiko for resultatavvik i 2015 enn de somatiske klinikkene. Det vil i tillegg rettes et særskilt fokus på de tre støtteklinikkenes leveranser av tjenester som er med å underbygge aktivitetsavvikling og vekst i de somatiske klinikkene og KPHA.

### **5. PERIODISERT BUDSJETT**

Styret vedtok budsjett og aktivitetsmål for Oslo universitetssykehus HF for 2015 på styremøtet 18. desember 2014. Det har etter dette vært noen mindre justeringer av resultatbudsjettet for 2015 som følge av endringer i inntektene fra Helse Sør-Øst RHF. Disse er innarbeidet i periodisert årsbudsjett som er vedlagt denne saken. Vedlagt følger periodiserte budsjetter for resultat, kontantstrøm og aktivitet.

Nedenfor gjøres kort rede for hovedprinsipper lagt til grunn for periodisering av aktivitet, resultat og kontantstrøm.

#### *Periodisert aktivitet:*

I aktivitetsbudsjettet er det hensyntatt arbeidsdager og røde dager. Klinikken har periodisert sine aktivitetsbudsjetter ut fra dette og planlagt aktivitet i 2015. Aktivitetsperiodiseringen er lagt til grunn for periodisering av aktivitetsbaserte inntekter. For konserninterne gjestepasientinntekter er avstemt internhandelsbudsjett lagt til grunn.

#### *Periodisert resultat:*

Resultatbudsjettet er periodisert ut fra når kostnader og inntekter forventes å påløpe. Det er innarbeidet ferieprofil ut fra erfaringstall. Basistilskuddet er periodisert slik at det er et tilnærmet likt resultat per måned gjennom hele året.

#### *Kontantstrøm:*

Investeringsbudsjettet (inklusive finansiell leie) for Oslo universitetssykehus er på 1016 millioner kroner for 2015, jamfør styresak 66/2014. I styresak 24/2014 ga styret administrerende direktør fullmakt til å inngå avtaler om investeringer i medisinskteknisk utstyr for 200 millioner kroner av investeringsrammen for 2015. Foreløpig regnskap per desember 2014 viser at det i 2014 ble benyttet 37 millioner kroner av denne investeringsrammen. Investeringer i 2014 som finansieres av basislikviditet og utvidet ramme til medisinskteknisk utstyr var 88 millioner kroner

lavere enn investeringsbudsjettet for 2014 og dette overføres til 2015. Det er i all hovedsak inngått forpliktelser for beløpet.

Kontantstrømsbudsjettet er avledet av det periodiserte resultatbudsjettet og investeringsbudsjettet korrigert for forskuttet investeringsramme for 2015 og overførte investeringsmidler fra investeringsbudsjettet for 2014.

I kontantstrømbudsjettet er budsjetterte inntekter, kostnader og investeringer periodisert til måneden innbetalingene og utbetalingene forventes å skje. Kontantstrømsbudsjettet for 2015 viser en positiv endring i likviditeten gjennom året på 56 millioner kroner. Det må sees på bakgrunn av at det er budsjettert med et positivt årsresultat på 175 millioner kroner og at foretaket er pålagt å spare 76 millioner kroner av finansieringen av investeringer (hensyntatt i investeringsbudsjettet). Isolert tilsier disse to forholdene en positiv kontanteffekt på 251 millioner kroner. Årsakene til at den budsjetterte endringen gjennom 2015 er lavere er i hovedsak ulik periodisering mellom resultatbudsjett og kontantstrømbudsjett, betaling av pensjonspremier for 2014, investeringsoverheng fra 2014 og at tidligere års tildelt investeringsbudsjett utbetales til Sykehuspartner i 2015. Tabellen nedenfor viser sammenhengen mellom budsjettert årsresultat og endring i likviditet.

Beløp i millioner kroner

Årsresultat og endring i likviditet		
<b>Årsresultat</b>		<b>175</b>
Økte avsetninger til feriepenge og arbeidsgiveravgift		55
Forskjøvet oppgjør ISF til påfølgende år		-132
Andre periodiseringseffekter		19
Forskyvning av pensjonspremie og arbeidsgiveravgift		-109
Finansiering av ordinære investeringer		345
- herav avskrivninger og investeringstilskudd	804	
- herav økt basisfordring	-459	
Finansiering av omstillingsinvesteringer og utvidet ramme		465
Betalinger for investeringer og til Sykehuspartner (IKT)		-761
<b>Endring i likviditet</b>		<b>56</b>

Det periodiserte kontantstrømbudsjettet fluktuerte betydelig mellom månedene. Dette skjer i all hovedsak på grunn av forventede fluktuasjoner i kundefordringer og kortsiktig gjeld, herunder at pensjonspremier betales hver andre måned eller hvert kvartal, at arbeidsgiveravgift betales hver andre måned og utbetaling av feriepenge i juni. Med driftskredittramme på om lag 4,3 milliarder kroner forventes imidlertid likviditeten å være tilfredsstillende gjennom 2015 dersom resultatbudsjettet gjennomføres som planlagt.



**TABELL 1 - Aktivitetsmål for somatikk 2015**

<b>Pasientbehandling</b>	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des	Sum
Antall utskrevne pasienter - døgnsbehandling	8 973	8 698	9 312	8 658	9 123	9 028	7 547	8 273	9 126	8 980	9 062	8 465	105 245
Antall liggedøgn - døgnsbehandling	41 137	39 744	42 493	39 009	41 742	41 268	33 338	37 638	41 787	41 385	41 601	38 155	479 297
Antall dagbehandling	6 530	6 170	6 851	5 432	6 101	6 096	3 508	4 966	6 534	6 418	6 765	5 358	70 729
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner	65 890	63 172	71 671	58 518	63 721	66 517	47 392	58 142	68 721	65 503	69 652	57 563	756 462

<b>DRG-poeng</b>	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des	Sum
DRG-poeng for pasienter fra Helse Sør-Øst	18 433	17 894	19 213	17 389	18 438	18 350	14 387	16 491	18 696	18 387	18 761	16 958	213 397
DRG-poeng for pasienter fra andre regioner mv	1 408	1 368	1 459	1 336	1 413	1 404	1 107	1 262	1 426	1 406	1 433	1 310	16 331
DRG-poeng totalt	19 841	19 262	20 672	18 725	19 851	19 754	15 494	17 753	20 122	19 793	20 194	18 268	229 728

**TABELL 2 - Aktivitetsmål for aktivitet innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2015**

Psykisk helsevern	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des	Sum
<b>Psykisk helsevern for voksne (VOP)</b>													
Psykisk helsevern for voksne (VOP) Sum DPS og sykehus													
Antall utskrevne pasienter døgntilrettelagt	147	147	149	147	150	154	97	126	150	142	149	143	1 701
Antall liggendøgntilrettelagt	6 470	6 062	6 547	6 250	6 472	5 940	5 262	5 763	6 145	6 233	6 126	6 052	73 322
Antall oppholdsdager dagbehandling	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Antall polikliniske konsultasjoner	7 415	6 852	8 050	6 359	6 659	6 799	3 980	6 249	7 970	7 678	7 590	6 931	82 532
<b>Barne- og ungdomspsykiatri</b>													
Antall utskrevne pasienter døgntilrettelagt	11	10	11	10	12	18	6	7	13	12	9	12	131
Antall liggendøgntilrettelagt	472	438	475	447	419	413	274	381	500	475	447	422	5 163
Antall oppholdsdager dagbehandling	260	261	281	253	243	279	77	260	269	279	270	262	2 994
Antall polikliniske konsultasjoner	4 472	4 481	4 861	3 974	4 102	4 366	1 947	4 014	4 808	4 521	4 851	4 323	50 720
<b>Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbrukere (TSB)</b>													
Antall utskrevne pasienter døgntilrettelagt	253	250	252	250	252	249	241	251	250	251	249	251	2 999
Antall liggendøgntilrettelagt	2 324	2 245	2 362	2 219	2 382	2 328	2 056	2 338	2 336	2 376	2 325	2 157	27 448
Antall oppholdsdager dagbehandling	27	27	27	27	30	27	0	27	27	27	27	27	300
Antall polikliniske konsultasjoner	1 114	1 426	1 030	1 114	1 178	1 305	860	1 114	1 468	1 044	1 030	1 369	14 052

TABELL 3 - Resultatbudsjett 2015 (ØBAK - grunnlag for rapportering)

Beløp i tusen kroner

Resultatbudsjett	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des	Sum
Basisramme	1 036 556	1 026 508	993 716	1 100 269	1 076 293	793 740	856 417	985 230	1 026 874	1 011 343	1 029 283	1 085 902	12 022 131
Kvalitetsbasert finansiering	5 507	5 507	5 508	5 507	5 507	5 508	5 507	5 507	5 508	5 507	5 507	5 508	66 088
ISF-refusjon dag- og døgnbehandling	309 342	300 866	320 044	293 984	310 479	307 960	243 495	277 274	312 685	308 619	314 229	287 850	3 586 627
ISF-refusjon somatisk poliklinisk aktivitet	67 287	64 804	72 768	60 979	66 267	68 608	50 922	60 779	71 076	68 710	71 523	60 635	784 338
ISF-refusjon kommunal medfinansiering	4 256	4 232	4 232	4 256	4 232	2 956	2 976	2 956	2 956	2 976	2 480	2 394	40 882
ISF-refusjon kostnadskrav/legemidler utenfor sykehus	1 258	1 251	1 251	1 258	1 251	873	880	873	873	880	728	710	12 086
Utskrivningsklare pasienter	140	127	139	127	137	135	118	118	135	138	136	131	1 580
Gjeste pasienter	55 567	51 931	55 705	46 444	54 789	53 143	32 002	49 231	54 623	53 113	53 608	47 491	607 647
Døgn av utskrivningsklare pasienter	168 028	166 202	177 013	160 635	168 169	170 162	128 351	145 924	169 500	169 164	171 686	150 824	1 945 659
Polikliniske inntekter	53 822	52 197	54 466	49 957	52 817	56 637	45 543	45 164	57 501	58 694	59 693	55 396	641 887
Øremerket tilskudd "Raskere tilbake"	3 688	3 526	3 667	3 481	3 691	3 354	2 680	3 331	3 781	3 775	3 631	3 468	42 075
Andre øremerkede tilskudd	89 204	88 739	92 016	89 619	104 023	31 243	109 386	102 347	107 251	92 983	93 116	87 904	1 087 828
Andre driftsinntekter	68 183	65 871	68 023	63 632	66 353	67 673	56 168	61 222	68 730	66 099	68 704	62 847	783 506
<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>1 862 819</b>	<b>1 831 561</b>	<b>1 848 547</b>	<b>1 880 148</b>	<b>1 914 008</b>	<b>1 561 991</b>	<b>1 534 446</b>	<b>1 739 956</b>	<b>1 881 493</b>	<b>1 842 000</b>	<b>1 874 305</b>	<b>1 851 060</b>	<b>21 622 334</b>
Kjøp av offentlige helsejenester	5 380	5 362	5 427	5 333	5 372	5 393	5 143	5 267	5 389	5 379	5 399	5 321	64 164
Kjøp av private helsejenester	15 198	14 467	16 643	15 235	25 145	22 515	22 100	22 164	24 993	16 137	16 449	12 903	223 948
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	203 945	203 304	212 989	196 747	205 301	208 436	172 942	189 851	211 154	209 419	215 086	200 349	2 429 523
Innleid arbeidskraft	10 567	10 359	11 649	11 261	10 846	10 878	13 615	13 001	11 644	12 519	12 686	12 271	141 296
Kjøp av utskrivningsklare pasienter	5 816	5 658	5 843	5 791	5 949	5 791	5 571	5 658	5 806	5 765	5 791	5 695	69 135
Lønn til fast ansatte	870 274	851 783	852 727	908 352	918 236	743 077	577 152	764 779	863 811	845 549	859 098	858 795	9 913 633
Overtid og eks trahjelp	81 558	80 262	81 416	83 560	81 178	51 832	79 265	82 238	82 974	84 259	84 146	84 821	957 509
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	227 528	227 635	229 615	227 995	230 642	227 853	229 543	230 090	232 352	230 089	230 075	231 902	2 755 318
Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-46 067	-46 212	-46 382	-45 293	-45 658	-44 161	-45 870	-45 575	-46 363	-45 575	-45 888	-45 888	-548 932
Annen lønn	152 012	152 169	149 297	150 280	154 175	16 059	155 301	156 695	158 829	152 866	154 173	152 362	1 704 206
Avskrivninger	71 833	71 833	71 833	71 833	71 833	71 833	71 833	71 833	71 834	71 834	71 834	71 834	862 000
Andre driftskostnader	247 842	238 388	241 119	232 987	235 436	229 553	232 827	227 451	243 231	238 834	250 633	244 675	2 862 975
<b>Sum driftskostnader</b>	<b>1 845 887</b>	<b>1 815 007</b>	<b>1 832 175</b>	<b>1 864 081</b>	<b>1 898 455</b>	<b>1 549 059</b>	<b>1 519 423</b>	<b>1 723 452</b>	<b>1 865 653</b>	<b>1 827 063</b>	<b>1 859 482</b>	<b>1 835 038</b>	<b>21 434 775</b>
<b>Driftsresultat</b>	<b>16 932</b>	<b>16 554</b>	<b>16 372</b>	<b>16 067</b>	<b>15 553</b>	<b>12 932</b>	<b>15 023</b>	<b>16 504</b>	<b>15 840</b>	<b>14 937</b>	<b>14 823</b>	<b>16 022</b>	<b>187 559</b>
Finansinntekter	5 649	6 159	6 342	6 646	7 160	9 782	7 952	6 471	7 136	8 038	8 152	6 954	86 441
Finanskostnader	7 998	8 130	8 130	8 130	8 130	8 130	8 392	8 392	8 392	8 392	8 392	8 392	99 000
<b>Finansresultat</b>	<b>-2 349</b>	<b>-1 971</b>	<b>-1 788</b>	<b>-1 484</b>	<b>-970</b>	<b>1 652</b>	<b>-440</b>	<b>-1 921</b>	<b>-1 256</b>	<b>-354</b>	<b>-240</b>	<b>-1 438</b>	<b>-12 559</b>
<b>Ordinært resultat</b>	<b>14 583</b>	<b>14 583</b>	<b>14 584</b>	<b>14 583</b>	<b>14 583</b>	<b>14 584</b>	<b>14 583</b>	<b>14 583</b>	<b>14 584</b>	<b>14 583</b>	<b>14 583</b>	<b>14 584</b>	<b>175 000</b>

**TABELL 4 - Kontantstrømsbudsjett for 2015**

Beløp i mill kroner

Forenklet fremstilling av kontantstrøm	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des
Inngående likviditetsbeholdning (estimeret)	-3 385	-3 663	-3 258	-3 454	-2 982	-3 406	-3 185	-3 222	-3 089	-3 126	-2 948	-3 435
Årsresultat	15	15	15	15	15	14	14	14	14	14	14	14
Periodisering (endring fordringer/gjeld)	-306	341	-354	615	-572	94	75	-5	-57	536	-609	20
Inntekter og kostnader uten likviditetseffekt	13	55	150	-160	150	101	-119	106	10	-390	88	52
<b>Likviditet fra drift</b>	<b>-278</b>	<b>411</b>	<b>-189</b>	<b>470</b>	<b>-407</b>	<b>209</b>	<b>-30</b>	<b>116</b>	<b>-33</b>	<b>160</b>	<b>-507</b>	<b>87</b>
Finansiering av investeringer til videreføring av drift	33	23	28	29	29	29	29	29	29	29	29	29
Utvidet finansieringsramme	13	19	25	24	21	14	15	16	14	14	13	13
Finansiering av omstillingsinvesteringer	5	5	9	14	15	15	14	16	28	30	32	42
Investeringer knyttet til videreføring av drift (ekskl. IKT)	-13	-18	-24	-23	-20	-14	-14	-15	-13	-13	-12	-12
Oppgradering av eksisterende bygg og MTU (utvidet ramme)	-13	-19	-25	-24	-21	-14	-15	-16	-14	-14	-13	-13
Omstillingsinvesteringer	-5	-5	-9	-14	-15	-15	-14	-16	-28	-30	-32	-42
Annet (inkludert investeringsoverheng fra 2014)	-14	-13	-13	-5	-5	-5	-23	0	0	0	0	0
Økt langsiktig lån til Sykehuspartner (IKT investeringer)	-6	2	2	2	-20	2	2	2	-20	3	3	3
<b>Likviditet fra investeringer og finansiering</b>	<b>-1</b>	<b>-6</b>	<b>-7</b>	<b>2</b>	<b>-17</b>	<b>12</b>	<b>-6</b>	<b>17</b>	<b>-4</b>	<b>18</b>	<b>20</b>	<b>20</b>
<b>Utgående likviditetsbeholdning</b>	<b>-3 663</b>	<b>-3 258</b>	<b>-3 454</b>	<b>-2 982</b>	<b>-3 406</b>	<b>-3 185</b>	<b>-3 222</b>	<b>-3 089</b>	<b>-3 126</b>	<b>-2 948</b>	<b>-3 435</b>	<b>-3 329</b>

1) Omstillingsinvesteringene er eksklusive finansieringskostnader

## DRØFTINGSPROTOKOLL

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

*Dato:* 4. februar 2015

*Sted:* Oslo universitetssykehus

*Sak:* Sak 1 - Budsjett 2015

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

*Tilstede fra arbeidstaker:* Eli Skorpen (NRF), Are Hugo Pripp (Forskerforbundet), Julie Dybvik (NITO), Guro Haugen Fossum (Ylf), Elizabeth Holtebekk (NFF), Knut Sandli (Fagforbundet), Nina Bøe (Delta), Birgit Aanderaa (NPF), Svein Erik Urstrømmen (NSF), Merethe N. Morken (NSF), Per Oddvar Synnes (Foretaksverneombud)

### 1. Bakgrunn

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

Det vises også til innkalling 28.01.15 og drøftingsdokumenter sendt 02.02.15.

Morten Reymert innledet med å presisere at det fortsatt ligger til grunn effektiviseringskrav på 3 pst i budsjett 2015. Klinikken har arbeidet videre med tiltak som er behandlet i ledermøter. Det er ikke gjennomført nye drøftinger på klinikken.

Øyvind Wøllo presenterte saken i følgende punkter, med ref. til utkast til drøftingsdokumentet:

- Styrets tilbakemelding etter styrebehandling i desember 2014
- Det er definert fire hovedutfordringer i gjennomføringen av virksomheten i 2015 som krever særskilt oppfølging:
  - Unngå fristbrudd
  - Redusere antall langtidsventende
  - Vellykket innføring pakkeforløp i kreftbehandlingen
  - Et økonomisk resultat som budsjettert eller bedre
- Sykehusovergrepene tiltak
- Klinikkenes tiltak

### 2. Personalmessige konsekvenser

Det vises til risikovurderingene lagt frem i saksvedlegg og tidligere drøftinger.

### 3. Partenes syn

Arbeidstakersiden deler noen bekymringer, jf. punktene nedenfor:

- Det går ikke tydelig frem hvor stor del av utfordringene det er knyttet nye tiltak til og det er vanskelig å se at det foreligger endrede forutsetninger for gjennomføringen av tiltak under budsjett 2015
- Det er fortsatt bekymring rundt til i hvilken grad tiltakene vil få negative konsekvenser eller føre til økt risiko
- Det stilles spørsmål om flere av tiltakene vil få virkning i inneværende år
- Arbeidstakersiden stiller spørsmål til at driftseffektivisering og aktivitetsøkning skal skje uten økte kostnader til bemanning og forutsetter at arbeidsbelastningen på de ansatte ikke øker
- Støttefunksjoner må sikres der det legges opp til en aktivitetsøkning

Det ble også stilt spørsmål til detaljer i avsnittet om klinikkens gjennomføring av budsjett 2015.

*Det vises til ytterligere kommentarer fra arbeidstakersiden i vedlagte protokolltilførsler.*

Arbeidsgiversiden presiseringer i drøftingsmøtet:

- Kravet til forbedring av driften i 2015 er fortsatt 3 pst og det er lagt opp til at dette sikres gjennom aktivitetsøkning, omorganisering, innsparing på innkjøpsiden, ikke i form av drastiske kutt
- Støttefunksjoner er tilført ekstra midler for å kunne håndtere en aktivitetsøkning men situasjonen vil fortsatt være krevende for hele foretaket i 2015

### 4. Konklusjon

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

---

Arbeidsgivers signatur  
(godkjent per epost)

Arbeidstakers signatur  
(godkjent per epost)

### Vedlegg til drøftingsprotokoll

Protokolltilførsler fra

- 1) Norsk sykepleieforbund med tilslutning fra NRF, Psykologforeningen, NFF, NITO og Dnlf
- 2) Vernetjenesten



## Gjennomføring av budsjett 2015 – drøftingsprotokoll 4.2

NSF mener drøftingsdokumentet fremstår som noe uklart når det gjelder nye budsjetttiltak og hvor stor del av utfordringsbilde det er knyttet tiltak til. Ut i fra dagens budsjettforelegg kan vi derfor ikke se at det foreligger endrede forutsetninger når det gjelder gjennomføring av budsjett 2015, og vi vil henviser til drøftingsprotokoller fra behandling av budsjettet i desember 2014.

Driftsbudsjettet innebærer en effektivisering av driften med omlag 3 %. Etter hva vi forstår mangler fremdeles budsjettforelegget konkrete tiltak for fullt ut å nå dette målet. Budsjett 2015 forutsetter en betydelig driftseffektivisering og det legges blant annet opp til en aktivitetsøkning uten økte kostnader til bemanning.. NSF forutsetter at en aktivitetsøkning skjer uten økt arbeidsbelastning på de ansatte. Medarbeiderundersøkelsen og meldte HMS avvik viser at arbeidspresset allerede oppleves å være for høyt flere steder og det meldes også om for liten tid til faglig oppdatering og utvikling. NSF ønsker også å vise til det store antall brudd på arbeidstidsbestemmelsene i sykehuset. Tilbakemeldingene fra våre tillitsvalgte er at dette i stor grad skyldes for lav grunnbemanning. Et økt arbeidspres for den enkelte ansatte samt stor bruk av overtid, lange arbeidsøkter og manglende tid til faglig oppdatering, vil kunne føre til en forringelse av arbeidsmiljøet, lavere faglig kvalitet og redusert pasientsikkerhet ved sykehuset.

En produktivitetsøkning må derfor skje gjennom:

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

Det er forutsatt at tillitsvalgte på alle nivå i sykehuset skal involveres i arbeidet med budsjett. I styrets vedtak fra budsjettbehandling i desember, står følgende presisert:

*"Styret påpeker viktigheten av at det videre arbeidet med budsjett 2015 er gjenstand for en bred prosess med god involvering av fagmiljø og tillitsvalgte helt ut i organisasjonen"*

Tilbakemeldinger fra våre tillitsvalgte er at det heller ikke denne gang har vært god involvering helt ut i organisasjonen. NSF mener dette beklagelig da det i stor grad er på nivåene nærmest pasienten de gode og bærekraftige innsparingstiltakene kan finnes, samt at god involvering og eierskap gir nødvendig forankring for gjennomføring av budsjetttiltak.

Merete Norheim Morken, Foretakstillitsvalgt NSF

## Drøftinger i styresak 8/2015. Budsjett 2015 – tiltak.

### Vernetjenestens innspill til drøftingene.

Vernetjenesten synes det er utfordrende å tolke saksfremlegget i den form det er presentert til drøftemøtet. Det er vanskelig å finne nye budsjetttiltak som ikke alle rede er beskrevet i tidligere budsjettsak til styremøtet 18. desember 2014. Klinikkene selv uttaler dette i saksfremlegget. Vår vurdering er at ”gamle” og fra før kjente tiltak bli resirkulert og presentert på nytt. Dette utgjør ingen forskjell eller ny effekt på uballansen i budsjett 2015. Eksempler er tiltak som; redusert innleie, flytting av urologi og karkirurgi, nye operasjonsstuer eller flere sykepleiere inn på helgevakter. Alt dette er var kjente tiltak tidlig i budsjettprosessen høst 2014.

Vernetjenesten vurderer videre at mange av tiltakene ikke vil få særlig effekt 2015 da implementering først vil kunne skje sent på året.

Vernetjenesten ser at budsjettutfordringen for 2015 er meget alvorlig. Det er vanskelig å finne tiltak for budsjettreduksjon/rasjonalisering uten at det vil øke risiko for negative konsekvenser på arbeidsmiljø og kjernefunksjon. Sykehuset må derfor anvende gode risikoanalyser i videre budsjettprosess for å understøtte riktige beslutninger. Vernetjenesten bistår gjerne i dette.

Sykehuset har i flere år vært i en alvorlig situasjon gjeldende arbeidsmiljø. Videre budsjettprosess må ikke redusere sykehusets evne til å jobbe systematisk med risikoreducerende tiltak være seg vedlikehold, oppgraderinger og investeringer. Arbeidsmiljølovens krav til fullt forsvarlig arbeidsmiljø må derfor løftes høyt på dagsorden og legges til grunn i videre prosess og vurderinger av nye budsjetttiltak.

Mvh

Per Oddvar Synnes  
Foretaksverneombud  
Oslo universitetssykehus HF



# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 13. februar 2015

Saksbehandler: Viseadministrerende direktør økonomi og finans

Vedlegg: Idéfaserapport Oslo universitetssykehus HF

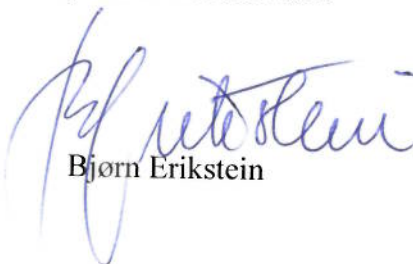
---

**SAK 9/2015 IDÉFASERAPPORT OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF**

### Forslag til vedtak:

1. *Styret vedtar at følgende alternativer skal være med i den videre prosessen for idéfase Oslo universitetssykehus. I alle alternativer skal det beskrives en første etappe og videre etappeinndeling på overordnet nivå:*
  - a. *0-alternativet*
  - b. *Delt løsning Gaustad sør kombinert med videre drift på Ullevål.*
  - c. *Delvis samling på Gaustad kombinert med etablering av lokalsykehusfunksjoner utenfor hovedsykehuset eventuelt i et eget sykehus. Organisering av kreftområdet med vurdering av bygningsmessige forhold skal utredes parallelt.*
2. *Styret ber administrerende direktør slutføre Idéfase Oslo universitetssykehus HF på bakgrunn av styrets vedtak og fremlagt Idéfaserapport med de endringer som fremkom av styrets behandling.*

Oslo, den 5. februar 2015

  
Bjørn Erikstein

## 1. Sammendrag

En idéfase er første planleggingstrinn i sykehusprosjekter, og skal danne grunnlag for valg av utviklingsretning for sykehuset. Idéfasen for Oslo universitetssykehus (OUS) har et utbyggingsperspektiv fram til 2030 for etablering av ny bygningsmasse hvor det skal kunne drives moderne og kvalitetsmessig god pasientbehandling, forskning og utdanning i flere ti-år fremover. Behovet for ny bygningsmasse er begrunnet i at Oslo universitetssykehus nå må benytte gammel, uhensiktsmessig, spredt og ellers dårlig tilpasset bygningsmasse. Tross at arealet er stort, og større enn det reelt vil være behov for, så er tilstand og beliggenhet slik at store deler av bygningsmassen ikke kan utnyttes til pasientbehandling, eller gir liten mulighet for en hensiktsmessig samling av pasientforløp. Samling av pasientforløp gir muligheter for bedret kvalitet og mer effektiv drift blant annet gjennom reduksjon i antall vaktlag og mindre behov for dublering av kostbart medisinsk teknisk utstyr. Videre må OUS planlegge for et betydelig øket befolkningsgrunnlag de kommende årene.

Idéfaserapporten har vært behandlet av styret to ganger tidligere. Første gang som utkast til idéfaserapport 26. juni 2014 (sak 35/2014) og siden etter høring og kvalitetssikring 18.12.2014 (sak 69/2014). Saken til møtet i desember (sak 69) omfattet revidert kapittel om evaluering og en redegjørelse av forslag til endringer i rapporten som følge av ekstern kvalitetssikring og høringsinnspill.

Høringsversjonen av rapporten er bearbeidet i tråd med Styrets vedtak 26. juni 2014 sak 35/2014, og det er gjort følgende vesentlige endringer:

- Det er innarbeidet endringer som følge av kvalitetssikringsrapport nr. 3
- Det er innarbeidet endringer som følge av innkomne høringssvar
- Det er lagt til et kapittel om etappevis utvikling og plan for videre arbeid som følger opp de høringssvarene som krever videre utredning for å kunne imøtekommes, jf. blant annet et alternativ med lokalsykehusfunksjoner utenfor hovedsykehuset
- Lay-outmessig er rapporten bearbeidet for å bli mer leservennlig.

I plan for videre arbeid anbefales en tilleggsutredning for blant annet å fange opp høringssvarene knyttet til lokalsykehusfunksjonen og behovet for å begrense den samlede utbyggingen som foreslås for Gaustad Sør. En slik tilleggsutredning vil fortsatt være på idéfasenivå, men som når den er gjennomført, kan danne grunnlag for videre planlegging på konseptfasenivå (dvs. fra 2016). Vurdering av etablering av protonsenters skal også være med i det videre arbeidet.

Det kan også bli aktuelt å forslå en egen idéfaseutredning for en utvidelse ved Rikshospitalet (innenfor dagens reguleringsbestemmelser) med sikte på at man kan oppnå en raskere gjennomføring av en begrenset utbygging enn det som vil være mulig for den samlede første etappen. Denne må i så fall gjennomføres nært samordnet med den samlede tilleggsutredningen for OUS idéfase. Det vil også bli aktuelt med en egen idéfase for Regional sikkerhetsavdeling (RSA). Det

er videre viktig at lokalisering av en fremtidig storbylegevakt er tydelig med i videre utredning av ulike alternativer.

## 2. Tidligere sentrale vedtak i styret i saken

Følgende tidligere vedtak er sentrale:

Styret for Oslo universitetssykehus HF vedtok i styremøte 29.03.12 i sak 18/2012 at videre arbeid med utvikling av bygningsmassen i Oslo universitetssykehus skulle ta utgangspunkt i Arealutviklingsplan 2025. Videre ble det besluttet at fag- og virksomhetsstrategi for Oslo universitetssykehus skulle utgjøre det faglige grunnlaget for planleggingsarbeidet i idéfasen

Styret for Oslo universitetssykehus HF vedtok i styremøte 17.12.2012 i sak 84/2012 strategi for Oslo universitetssykehus 2013-18.

Styret for Oslo universitetssykehus HF vedtok i styremøte 17.12.2012 i sak 85/2012 igangsettelse av samlet Idéfase for videre utvikling av sykehusets drift, areal og plassering. Styrets enstemmige vedtak var som følger:

1. *Styret vedtar oppstart av samlet Idéfase for somatikk, psykisk helse og avhengighet i Oslo universitetssykehus.*
2. *Styret ber om å bli holdt løpende orientert.*

Styret i Helse Sørøst RHF ga i sitt møte den 14.03.13 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 tidshorisont er av en slik art at den må kunne sies å ligge på grensen av det som normalt vil være omfattet av en ordinær Idéfase. Styret legger til grunn at realisering og videre utvikling av Oslo universitetssykehus HF uansett vil kreve en trinnvis prosess med flere enkeltprosjekter som må planlegges innenfor en helhetlig ramme og retning. Det forutsettes at idéfasemandater for enkeltprosjekter som foreslås på basis av dette arbeidet forelegges Helse Sør-Øst RHF 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 26.6.14 i sak 35/2014 følgende:

1. *Styret tar rapport fra Idéfase OUS – Campus Oslo med de merknader som fremkom i møtet til orientering*
2. *Styret ber om at rapporten sendes ut på høring som angitt i saksfremlegget*
3. *Styret ber om at bearbejdet 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 18.12.14 i sak 69/2014 Idéfase OUS – Campus Oslo, følgende:

1. *Styret tar redegjørelsen om Idéfase OUS-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. Bearbejdet rapport, inkludert plan for det videre arbeid, herunder for virksomheten, legges fram i neste styremøte.*

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

Administrerende direktør vil minne om at begrunnelsen for arbeidet med Idéfase Oslo universitetssykehus er behovet for å:

- Erstatte gamle, uhensiktsmessige og til dels helt nedslitte bygg.
- Samle virksomhet som i dag drives så spredt at det er svært ugunstig for pasientene og for en effektiv drift av sykehusvirksomheten.
- Styrke den samlede kapasiteten pga. strek befolkningsvekst i opptaksområdet.

At disse utfordringene skulle tas fatt i var en hovedbegrunnelse for etableringen av Oslo universitetssykehus HF i 2009.

Administrerende direktør vil videre vise til at de bygningsmessige forhold ved Oslo Universitetssykehus nå er svært krevende. Byggenes alder, tilstand og spredte lokalisering gir negative konsekvenser for både pasienter og ansatte og er

en økonomisk utfordring med potensielt store vedlikeholdsinvesteringer. Videre medfører nåværende bygningsmasse spredt og urasjonell drift med dublering av både vaktlag og kostbart medisinsk teknisk utstyr. I tillegg forventes det en betydelig vekst i sykehusets pasientgrunnlag, noe som krever økt kapasitet. Det er derfor viktig for OUS at tiden fram til ny bygningsmasse kan tas i bruk blir kortest mulig.

Utviklingen av de nye sykehusbyggene som Oslo universitetssykehus HF har behov for er et omfattende prosjekt, med behov for involvering av og grensesnitt mot en rekke interessenter. Idéfase OUS har hatt spesielt fokus på Universitetet i Oslo og Oslo kommune. Det er vesentlig for Oslo universitetssykehus at de løsninger som til slutt velges gir grunnlag for et godt samarbeid med disse aktørene og mulighet for en samordnet og langsiktig utvikling både for sykehuset og for samarbeidspartnerne.

Selv om Idéfase OUS dreier seg om utviklingsmuligheter på lang sikt, så haster det for OUS å samle seg om et fremtidsbilde. Den nåværende standarden på eksisterende bygningsmasse medfører et kontinuerlig press på å finne akutte løsninger i form av omfattende rehabilitering eller nybygg for å løse helt konkrete behov. Etter administrerende direktørs vurdering vil det ikke være forsvarlig å sette i gang slike prosjekter uten at det foreligger en samlet strategi med et klart målbilde for lokalisering av virksomheten i OUS. Videre bør rehabilitering av eksisterende bygg av dårlig standard og som ikke inngår i det langsiktige målbildet, begrenses til det som er absolutt nødvendig for å kunne drifte forsvarlig inntil byggene kan fraflyttes. Administrerende direktør viser i denne sammenheng til styrets beslutning 18.12.2014 om å søke om lån for nødvendig vedlikehold, primært på Ullevål og Radiumhospitalet.

Det har nå gått vel 7 måneder siden styret i juni 2014 første gang behandlet hele idéfaserapporten. I denne perioden har rapporten etter administrerende direktørs vurdering blitt betydelig forbedret. Vurderinger fra ekstern kvalitetssikrer, utdypende høringssvar og ytterligere utdypning/vurderinger fra prosjektet selv, inklusive en plan for neste fase, er innarbeidet. Dette bidrar til at den nå omarbeidede idéfaserapporten sammen med den tilleggsutredningen på idéfasenivå som foreslås gjennomført i 2015, vil gi verdifull innsikt og være et godt grunnlag for valg av en fremtidig sykehusstruktur for OUS og dermed også grunnlag for videre planlegging på konseptfasenivå fra 2016.

I dokumentet Idéfase Oslo universitetssykehus -Campus Oslo versjon 2.0 er det skissert et opplegg for det videre arbeidet som styringsgruppen for prosjektet har sluttet seg til. Administrerende direktør har imidlertid funnet det nødvendig å vurdere antallet alternativer man skal gå videre med etter at styringsgruppen har avgitt sine råd. Gjennomgangen har vist at det vil være et stort behov for grunninvesteringer i alternativet Gaustad Sør med tunell som det på det nåværende tidspunkt synes lite realistisk å kunne finansiere. På denne bakgrunn foreslår administrerende direktør at styret ikke går videre med alternativ 4 – full samling på Gaustad. Ved å redusere arbeidet til 3 hovedalternativer forenkles også det videre arbeidet, noe som isolert sett øker mulighetene for å kunne komme raskere i gang. Administrerende direktør vil videre vise til at i alternativ 3 skal lokalsykehusfunksjonen utredes nærmere både som samarbeid med de

andre sykehusene i Oslo sykehusområde, men også vurdere etablering av nytt sykehus med lokalsykehusfunksjoner et annet sted i Oslo. Administrerende direktør foreslår at det i tillegg gjennomføres en særlig vurdering av organiseringen av kreftbehandlingen. Dette vil også kunne fange opp en vurdering av status og nødvendige tiltak for å håndtere de bygningsmessige forholdene på Radiumhospitalet. Det vises i denne sammenheng til et privat initiativ om en forstudie for et klinikkbygg på Radiumhospitalet.

Administrerende direktør vil derfor anbefale at det videre arbeidet konsentreres om 0-alternativet, delt løsning mellom Gaustad sør og Ullevål og delvis samling på Gaustad sør. I det siste alternativet vil lokalsykehusfunksjoner være plassert utenfor hovedsykehuset og kreftbehandling med bygningsmessige forhold utredes særskilt. I alle alternativer skal det beskrives en 1. etappe for utvikling av sykehuset. Utredning av etablering av protonsentere i Oslo må tas med i det videre arbeidet. I tillegg er beslutning om lokalisering av hovedsykehus og akuttmottak viktig for vedtak om etablering av storbylegevakt.

Administrerende direktør vil understreke at uansett hvilket alternativ som en til slutt lander på som overordnet strategi for framtidig lokalisering av virksomheten i Oslo universitetssykehus, må sykehuset drive sin virksomhet i gamle bygg i mange år framover. Dette krever at det for alle de 4 hovedlokalisasjonene – Ullevål, Aker, Radiumhospitalet og Gaustad/Rikshospitalet – må foreligge planer for nødvendig vedlikehold og andre tiltak for å kunne videreføre driften fram til nye bygg er på plass.

#### **4. Faktabeskrivelse**

For faktabeskrivelse av Idéfase Oslo universitetssykehus henvises til sammendraget av rapporten.

##### Prosess

Arbeidet er utført av en prosjektgruppe ledet av Oslo universitetssykehus HF med deltakere både fra sykehuset og eksterne spesialistmiljøer. Prosjektgruppen har vært underlagt en styringsgruppe med representanter fra sykehusets ledelse, Helse Sør-Øst RHF, Universitetet i Oslo og Oslo kommune samt fra brukerutvalg, tillitsvalgte og vernetjenesten ved Oslo universitetssykehus. I tillegg til prosjektgruppen, har en rekke eksterne fagmiljøer utført utredninger av spesifikke temaer.

##### Metode, mandat og tilnærming

I henhold til *Veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter*, skal det tenkes bredt for å sikre at alle reelle og alternative utviklingsveier utredes og vurderes. Metoden som er benyttet i dette idéfaseprosjektet har vært bygget på veilederens tilnærming

Mandatet fra styret forutsatte at prosjektet skulle utrede alternativer basert på fortsatt bruk av dagens bygningsmasse, samlokalisering i enten Gaustad-/Rikshospital-området eller Ullevål-området, eller deling av aktiviteten mellom disse to hovedlokalitetene.

Alle alternativene medfører omfattende byggeaktivitet, også 0-alternativet, som innebærer omfattende ombygging og 120 000 m<sup>2</sup> nybygg. OUS står derfor uansett hvilket alternativ som velges, foran en lang periode med drift i dagens bygningsmasse, med i stor grad av pågående ombygging, før ny bygningsmasse kan realiseres. En så omfattende ut- og ombygging vil kreve en godt planlagt etappevis utbygging, men forutsetter en avklaring av helhetsløsning. En forståelse av en helhetsløsning er også vesentlig for å utnytte de investeringer som må gjøres i den nære fremtid på beste måte, slik at disse kan komme til nytte både på kort og lang sikt.

#### Endringer etter kvalitetssikring og høring

Rapporten som ble behandlet i styret den 26. juni 2014, er nå omarbeidet. Endringer som følge av ekstern kvalitetssikring (vedlegg) og høringsinnspill, som ble forelagt styret i styremøtet desember 2014, er innarbeidet i den foreliggende versjon av rapporten.

Følgende høringsinnspill er helt eller delvis fanget opp i foreliggende versjon av rapporten eller vil bli fulgt opp i tilleggsutredningen som foreslås gjennomført i 2015, eller i senere faser:

- OUS behøver nye bygg, 0-alternativet en dårlig løsning.
- Støtte til langsiktig plan for etappevis utvikling.
- Støtte til virksomhetsmessig klyngemodell.
- Oslo kommune anbefaler ikke at samling på Ullevål utredes videre. UiO er positive til at OUS flytter ut av Ullevål.
- Støtte til Gaustad sør.
- Positivt for FoU med nærhet til universitetet.
- Positivt at OUS tar samfunnsansvar for byutvikling.
- Mange etterlyser utredning av lokalsykehus.
- Advarsler mot å samle hele virksomheten i ett anlegg.
- Tung utbygging nord for Gaustad problematisk pga. grøntområder, fredning etc.
- Gaustad sør: Uheldige konsekvenser for småveier og tursti
- Gjennomgang av oppgavedeling mellom sykehusene i Osloområdet
- Bekymring over situasjonen i OUS på kort og mellomlang sikt. Radiumhospitalet nevnt spesielt.

Hørings svar og innspill fra kvalitetssikrer overlapper i noen grad hverandre. En oversikt over endringer som er foretatt med dette som bakgrunn og hvor i teksten (kapittel) dette kan gjenfinnes fremgår av tabell 1.

Tabell 1. Oversikt over vesentlige endringer i Idéfase OUS – Campus Oslo versj. 2.0

Kapittel	Endring
1. Sammendrag	Endret tilsvarende hovedteksten
2. Bakgrunn, mandat og arbeidsprosess	Ingen vesentlig endring

Kapittel	Endring
3. Behovsanalyse	Behovsanalysen er utvidet og tydeliggjort i nytt kapittel. Behovet for lokalsykehusstilbud til den voksende befolkning øst/sør i Oslo er omtalt tydeligere. Den vanskelige HMS-situasjonen er ytterligere tydeliggjort i de prosjektutløsende behov.
4. Virksomhetsmodeller	Beskrivelsen av klyngemodellen fordelt på to eller flere lokaliteter er utdypet.
5. Arealbehov	Ingen vesentlig endring ut over en justering av arealbehov for psykisk helsevern og avhengighet pga tilbakeføring av 28 psykosesenger til Ahus.
6. Lokalisering, tomtevalg og byutvikling	Et nytt delt alternativ er tatt inn, der hele tomten og et større omfang av eksisterende bygg på Ullevål er vurdert som en delt løsning. Gaustad sør med tunell er oppdatert for større grad av bevaring av grøntdrag samt unngå åpning av Rasmus Winderns vei.
7. 0-alternativet	Utdypet og kostnadsjustert.
8. Økonomi	Nye beregninger er foretatt og innarbeidet.
9. Evaluering	Sammenheng mellom mål og evalueringskriterier er tydeliggjort. Gjennomførbarhet og risiko er vurdert for seg, og den kvalitative evalueringen er oppdatert som en konsekvens av dette. Høringsinnspill er tillagt vekt i evalueringen.
10. Etappevis utvikling og plan for videre arbeid	Nytt kapittel som inkluderer både beskrivelse av skisse til etappevis utvikling og plan for neste fase. Dette kapittelet vil bli endret i samsvar med styrets vedtak.
11. Vedlegg	Vedleggene er supplert med ROS analyse, trafikkanalyse og en oversikt over prosjektdeltakere.

Alternativene er utvidet med et nytt alternativ med en delt løsning, der man i tillegg til Gaustad også utnytter den beste bygningsmassen på hele Ullevål. Løsningen har høy risiko, er utfordrende å gjennomføre og har heller ikke økonomisk bæreevne (ref. kap. 8 og 9). Denne løsningen er derfor ikke med i den videre vurdering.

#### Etappevis utvikling

Idéfase Oslo universitetssykehus versjon 2.0 inneholder nå et nytt kapittel 10 "Etappevis utvikling og plan for videre arbeid". Det vektlegges at det er nødvendig å dele opp i etapper pga. prosjektets omfang, men samtidig at det er avgjørende at etappene er en del av en helhet som henger godt sammen.

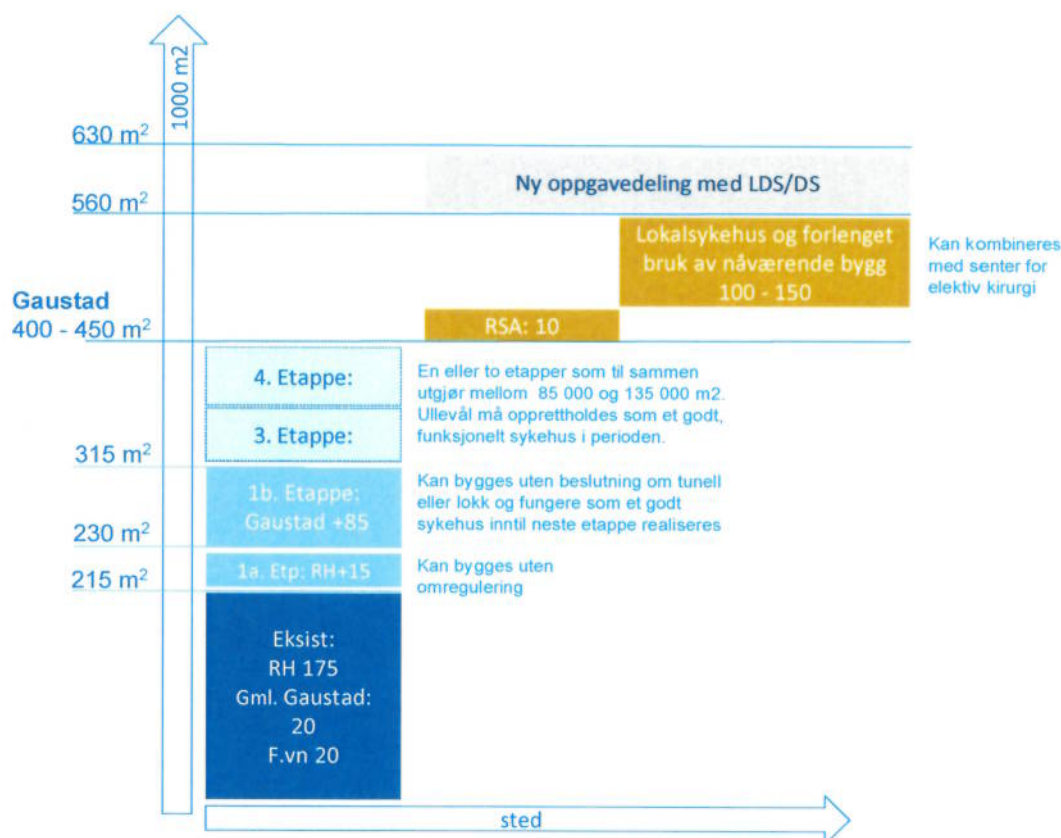
Følgende forslag vurderes som egnet for en tidlig etappe eller som en del av tidlig etappe:

- Ny bygningsmasse på 10 000 – 20 000 m<sup>2</sup> på Rikshospitalsområdet som det ut fra tidligere dokumentasjon er mulighet for innenfor gjeldende reguleringsbestemmelser. Dette vil være i tråd med styrevedtak 020-2013 i Helse Sør-Øst RHF



- Nytt bygg for Regional sikkerhetsavdeling (RSA) og Psykisk Utviklingshemming og Autisme (PUA). Et slikt bygg vurderes ikke å ha behov for å ligge på samme område som den øvrige sykehusmasse. Bygg for RSA/PUA anbefales utviklet videre som et eget prosjekt, frikoblet fra Idéfase OUS – Campus Oslo.
- Utbygging på Gaustadområdet, på nordsiden av Ringveien. Dette området kan, uavhengig av tunell eller lokk, gi plass til 70 000 -100 000 m<sup>2</sup> sykehusbygg, men forutsetter omregulering.

Ved å legge lokalsykehusfunksjonen et annet sted enn på Gaustadområdet, vil dette sammen med øvrig arealer utenfor Gaustadområdet for RSA/PUA, oppgavedeling med Lovisenberg og Diakonhjemmet og noe forlenget bruk av enkelte bygg i tillegg til Rikshospitalet, kunne redusere behovet for nybygg på Gaustadområdet til mellom 190 000 og 240 000 m<sup>2</sup> (tilsvarende St. Olavs Hospital). Dette vil kunne gi et samlet sykehusareal på 400 000 - 450 000 m<sup>2</sup> på dette området.



Figur 1 - Figuren viser hvordan ny oppgavedeling i hovedstadsområdet, etablering av Sikkerhetspsykiatri (RSA), forlenget bruk av noen bygg utenfor Gaustadområdet og lokalsykehus med elektiv kirurgi utenfor Gaustadområdet ville redusere omfanget av en utbygging på Gaustad med 160-210 000 kvm til et samlet areal på 420-470 000 kvm, herav 190-240 000 kvm. i nye bygg. Etappe 1a og 1b utgjør til sammen etappe.

### Plan for videre arbeid

I det foreliggende utkast til plan for videre arbeid som ble vedtatt av styringsgruppen foreslås å gå videre med fire alternativer. For alle disse alternativene er det forutsatt at det korrigeres for eventuell økning av kapasiteten ved Diakonhjemmet sykehus og Lovisenberg Diakonale sykehus som vil avlaste OUS. Alternativene er:

1. 0-alternativet (alternativet er utredet tilstrekkelig på idéfasenivå, men skal være med videre til konseptfase).
2. Delt løsning Gaustad sør kombinert med videre drift på Ullevål (prinsipielt tre varianter: Ullevål Nord, Ullevål Sør eller hele Ullevål). Alternativene er utredet tilstrekkelig på idéfasenivå.
3. Delvis samling på Gaustad kombinert med etablering av lokalsykehusfunksjoner utenfor hovedsykehuset (nytt alternativ etter høring).
4. Samling på Gaustad (fysiske løsninger bearbeides).

Som det fremgår av avsnitt 3 Administrerende direktørs vurderinger og anbefalinger foreslås nå at alternativ 4 legges til side slik at det kun er alternativene 1-3 som gjenstår.

Alternativ 3 innebærer etablering av lokalsykehusfunksjoner utenom hovedsykehuset. Dette vil avlaste behovet for nybygg på Gaustad, en avlastning som kommer i tillegg til den som følger av en eventuell økning av kapasiteten ved Diakonhjemmet sykehus og Lovisenberg Diakonale sykehus.

Det foreslås videre en egen vurdering av organisering av kreftområdet, herunder de bygningsmessige forholdene på Radiumhospitalet. Dette arbeidet må synkroniseres med idéfasearbeidet i sykehuset. Det vises i denne sammenheng til at det er kommet et forslag fra en privat gruppering om å utrede nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet i en forstudie.

I planen for videre arbeid foreslås det en videreføring på idéfasenivå i 2015. Hovedfokus i arbeidet vil være på alternativ 3, delvis samling på Gaustad kombinert med etablering av lokalsykehusfunksjoner utenfor hovedsykehuset (nytt alternativ etter høring), samt innhold i 1. etappe for de alternativer som er aktuelle for videreføring til konseptfase. Hovedfokuset på alternativ 3 er for å få dette utredet til samme nivå som de øvrige alternativene, slik at alternativene etter dette er likeverdige utredet. Storbylegevakt og protonsenters skal være med i det videre arbeidet.

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 13. februar 2015

Saksbehandler: Direksjonssekretær

Vedlegg:

---

### **VEDLEGG TIL SAK 9/2015 IDEFASERAPPORT**

Vedlagt er rapport fra Idefase Oslo universitetssykehus – campus Oslo.  
Rapporten er vedlegg til sak 9/2015 i styremøte 13. februar 2015

Rapporten er også tilgjengelig på Oslo universitetssykehus sin hjemmeside.

Oslo, den 5. februar 2015

Bjørn Erikstein

EKSPERTISE  
KVALITET  
MENNESKER  
2050 LIV  
TRYGGHET  
BARN&UNGE  
2040

OMTANKE  
ERFARING

ANSVAR

MENNESKER

HELBREDELSE

TRIVSEL

VARME

TRYGGHET

FRAMTID

2020

PAPPA

TRYGG

HJELP

2040

LEGE

VARME

TRYGG

KURERE

MAMMA

ÅPENT

BROR

PLEIE

KROPP

2030

FORSKNING

BARN&UNGE

PASIENTERFARINGER

TRYGGHET

BEHANDLE

BARN

LIVSKVALITET

FRAMTID

UTVIKLING

**Idéfase**  
Oslo universitetssykehus HF  
CAMPUS OSLO

Utkast

OPPMERKSOMHET  
FRAMTID  
**DIAGNOSE**  
FREDELIGHET  
EKSPERTISE  
FRED

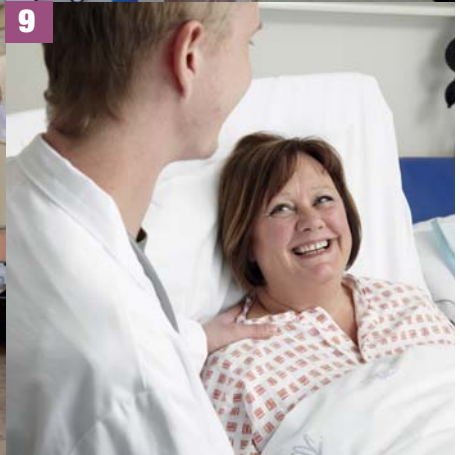
OMTANKE

**LIV**

2025

PLEIE

TRIVSEL



**Idéfase**  
 Oslo universitetssykehus HF  
 CAMPUS OSLO - Versjon 2.0

Utgitt av Oslo universitetssykehus HF  
 februar 2015

Layout: Vidar Petterson Design

Foto: Oslo universitetssykehus HF

Trykk: Copy Cat Ski

# Forord

Denne rapporten sammenfatter arbeidet med en overordnet idéfase for utviklingen av Oslo universitetssykehus HF (OUS). Idéfasen er det første planleggingstrinnet i et sykehusprosjekt, og idéfasen for OUS har til hensikt å danne et godt grunnlag for videre utvikling av sykehuset fram mot 2030. Et presserende behov for rask oppgradering og utskifting av dagens til dels svært gamle bygninger er hovedbegrunnelsen for at arbeidet er satt i i gang nå. Samtidig er det behov for å utvikle organiseringen av sykehusets forskjellige funksjoner for å få til en bedre og mer effektiv drift til beste for pasienter og ansatte. Det vil også være et behov for å se på hvordan kapasiteten skal økes i et mellomlangt perspektiv som følge av befolkningsveksten de kommende årene.

Rapporten "Idéfase Oslo universitetssykehus HF – Campus Oslo, versjon 2.0" er en videreutvikling av den forrige idéfaserapporten, som ble lagt fram for styret i OUS i juni 2014, og sendt på høring med høringsfrist 1. november 2014. Rapporten tar opp i seg mange innspill fra de nesten 70 høringsuttalelsene som kom inn, samt anbefalinger fra en ekstern kvalitetssikring, gjennomført høsten 2014.

Utbyggingen av sykehuset er ment å skje etappevis, og prosjektet foreslår i mandat for det videre arbeidet å konkretisere etappevise planer for hvert løsningsalternativ med sikte på sluttbehandling i styret i Oslo universitetssykehus HF i desember 2015, og med påfølgende behandling i Helse Sør-Øst RHF. Det legges til grunn at styret vil fatte vedtak om videre konseptfaser.

Med bakgrunn i høringen og kvalitetssikringen, anbefales det i denne rapporten, å utrede lokalsykehusfunksjonene på en mer tydelig måte og vurdere hvordan disse kan utvikles både i samarbeid med de andre sykehusene i Oslo sykehusområde, eventuelt gjennom etablering av et nytt sykehus på sikt. I tillegg foreslås det at man i det videre arbeidet integrerer planer for storbylegevakt og et eventuelt protonsentert med de ulike alternativene som skal utredes. Etter vedtak i styremøtet i OUS 18. desember 2014 utgår videre utredning av alternativene "Full samling på Ullevål" og "Gaustad Øst" nå.

Arbeidet med idéfasen er utført av en prosjektgruppe ledet av OUS og med deltakere både fra sykehuset og med eksterne ressurser. Prosjektgruppen har vært underlagt en styringsgruppe med representanter fra sykehusets ledelse, Helse Sør-Øst RHF, Universitetet i Oslo og Oslo kommune, samt brukerutvalg, tillitsvalgte og vernetjenesten ved OUS. Arbeidet er gjennomført med medvirkning fra ansatte og brukere og med god forankring på ledernivå.

Utviklingen av OUS er omfattende og vil berøre en rekke interessenter. I dette arbeidet har det vært viktig å samordne sykehusets og Universitetet i Oslo sine utviklingsplaner, og å velge løsninger som legger til rette for et nært samarbeid med Oslo kommune.

Idéfaserapporten tar opp i seg alle aspekter ved utvikling av sykehuset, og skal legge grunnlaget for en prosess som leder fram mot et framtidsrettet OUS til beste for pasienter, ansatte, byen og samfunnet for øvrig.

Oslo universitetssykehus vil benytte anledningen til å takke for de mange konstruktive høringsinnspill til idéfasen, og for det arbeidet som har vært utført av alle involverte i prosjektet.

Bjørn Erikstein  
Administrerende direktør  
Oslo universitetssykehus HF

<b>1</b>	<b>Sammendrag</b>	<b>7</b>
1.1	Innledning	7
1.2	Oslo universitetssykehus i dag	8
1.3	Mandat og organisering av idéfasearbeidet	8
1.4	Hvorfor trenger OUS nye bygg?	9
1.5	Hvilken virksomhetsmodell skal sykehuset drive etter?	9
1.6	Hvor store arealer er det behov for?	10
1.7	Hvor skal sykehuset ligge?	11
1.8	Hva er konsekvensene hvis man driver videre som i dag?	12
1.9	Hva koster utbyggingene?	13
1.10	Hvilke utbyggingsalternativ kommer best ut i evalueringen?	14
1.11	Utvikling av nytt sykehus i etapper	15
<b>2</b>	<b>Bakgrunn, mandat og arbeidsprosess</b>	<b>19</b>
2.1	Bakgrunn og hovedkonsept	19
2.2	Mål for Idéfase OUS – Campus Oslo	20
2.3	Mandat og rammer for Idéfase OUS – Campus Oslo	21
2.4	Organisering av prosjektet	22
2.5	Medvirkning og deltakelse i prosjektet	23
2.6	Aktiviteter i idéfasen	23
2.7	Ekstern kvalitetssikring	24
2.8	Høring	24
<b>3</b>	<b>Behovsanalyse</b>	<b>27</b>
3.1	Hvorfor nye bygg?	27
3.2	Føringer	27
3.3	Hovedtrekk i dagens virksomhet	29
3.4	Befolkningsutvikling	45
3.5	Utvikling av kjernevirksomheten	50
3.6	Forskning, innovasjon, næringsutvikling og utdanning	60
3.7	Oppgavedeling i spesialisthelsetjenesten i Oslo-området	65
3.8	Oppsummering behovsanalyse	70
<b>4</b>	<b>Virksomhetsalternativer</b>	<b>73</b>
4.1	Prinsipper for arbeidet med virksomhetsmodeller	73
4.2	Generelt for alle modeller	74
4.3	Modell 1: Videreføring av dagens virksomhetsmodell	76
4.4	Modell 2: Funksjonsnivådelte virksomhetsmodell	77
4.5	Modell 3: Klyngemodellen	78
4.6	Virksomhetsmessig vurdering av scenarioer og modeller	83
<b>5</b>	<b>Arealbehov</b>	<b>87</b>
5.1	Forutsetninger for dimensjonering	87
5.2	Arealdefinisjoner, brutto- og nettoareal	87
5.3	Arealstandarder lagt til grunn	89
5.4	Areal- og sengebehov pr. hovedfunksjon	89
5.5	Samlet arealbehov og mulighet for å redusere arealer	89
5.6	Arealbehov sett i lys av virksomhetsmodeller	90

<b>6</b>	<b>Lokalisering, tomtevalg og byutvikling</b>	<b>95</b>
6.1	Utviklingsperspektiv	95
6.2	Eiendomsforhold	95
6.3	Byutvikling, regulering og annen kommunal planlegging	96
6.4	Teknisk og trafikal infrastruktur	97
6.5	Idésøk og mulighetsstudier	98
6.6	Avgrensing av muligheter, grovanalyse	99
6.7	Scenarier og løsningsvarianter som ble videreført	99
6.8	Aktuelle løsningsforslag	111
6.9	Etappevis utbygging	119
6.10	Byutvikling	119
6.11	Utvikling av frigitte sykehusområder	124
<b>7</b>	<b>0-alternativet og øvrige investeringsbehov</b>	<b>129</b>
7.1	Hva er 0-alternativet?	129
7.2	Referanse til offentlige veiledere og vedtak	130
7.3	Beskrivelse av tiltak i 0-alternativet	130
7.4	Beskrivelse av tiltak ved de ulike lokalisasjoner	135
<b>8</b>	<b>Økonomi</b>	<b>143</b>
8.1	Investeringskostnader	143
8.2	Driftsøkonomi	149
8.3	Gevinstrealisering	155
8.4	Realisering av verdier	156
8.5	Nåverdiberegning av alternativene	157
8.6	Økonomisk bæreevne	159
8.7	Alternative modeller for finansiering	167
8.8	Samfunnsøkonomisk vurdering av faktorer som ikke er fanget opp	167
<b>9</b>	<b>Evaluering av alternativ</b>	<b>173</b>
9.1	Evalueringsprosessen	173
9.2	Evalueringskriterier	175
9.3	Grovsortering av fysiske alternativer	176
9.4	Vurderingen av virksomhetsmodeller	178
9.5	Kvalitativ evaluering	180
9.6	Vurdering av gjennomførbarhet og risiko (ROS analyse)	185
9.7	Økonomisk evaluering	186
9.8	Samlet økonomisk og kvalitativ evaluering og vurdering av «liv laga»	187
<b>10</b>	<b>Etappevis utvikling og plan for videre arbeid</b>	<b>191</b>
10.1	Etappevis utvikling	191
10.2	Plan for videre arbeid	197
<b>11</b>	<b>Vedlegg</b>	<b>203</b>





## 1.1 Innledning

Denne idéfaserapporten skal gi grunnlag for valg av utviklingsretning for Oslo universitetssykehus (OUS) fram mot 2030. Rapporten er en videreutvikling av idéfaserapport versjon 1.0, som ble lagt fram for styret i OUS i juni 2014. Målet er å lede fram til et framtidsrettet sykehus best mulig egnet for pasienter, ansatte, byen og samfunnet for øvrig.

Begrunnelsen for arbeidet er, kort oppsummert, at det er behov for å:

1. Erstatte gamle, uhensiktsmessige og til dels helt nedslitte bygg på OUS.
2. Samle virksomhet som i dag drives så spredt at det er svært ugunstig for pasientene og for effektiv drift av sykehusvirksomheten.
3. Styrke den samlede kapasiteten pga. sterk befolkningsvekst i opptaksområdet.

Idéfaserapporten er nå omarbeidet på flere områder som følge av de nesten 70 høringsinnspill og tilbakemeldinger som er kommet inn etter at rapport 1.0 ble sendt på høring sommeren 2014. Den bearbejdede versjonen av rapporten har også innarbeidet anbefalinger fra ekstern kvalitetssikring som ble gjennomført høsten 2014. De ulike løsningsforslagene er grundig evaluert på ny i lys av både høringsinnspill og kvalitetssikring. Hovedforskjellen fra forrige rapport er at denne i større grad tar høyde for å justere ned omfanget av den aktiviteten som samles, og heller legge noen lokalsykehusfunksjoner utenfor hovedsykehuset, eventuelt gjennom etablering av et nytt sykehus på sikt.

Rapporten beskriver en etappevis utbygging av sykehuset. Rapportens evaluering av alternativene, sammen med høringssvarene bl.a. fra Oslo kommune og UiO, viser at det ikke er grunn til å gå videre med utredning av full samling på Ullevål. Styret i OUS vedtok 18. desember 2014 at dette alternativet og alternativet Gaustad Øst, ikke skal utredes videre.

## 1.2 Oslo universitetssykehus i dag

OUS er landets største og mest komplette sykehus med 23 000 ansatte og et årlig driftsbudsjett på over 21 mrd. kroner. Det er lokal- og områdesykehus for store deler av Oslos befolkning, regionssykehus for pasienter i Helse Sør-Øst og har nasjonale oppgaver innen spesialisert medisin. Samtidig står sykehuset for rundt halvparten av medisinsk forskning i norske sykehus og har en sentral rolle i utdanningen av landets helsepersonell. I dag har OUS aktivitet som foregår på nesten 1 million kvm gulvflate, fordelt på mer enn 40 adresser og 185 bygninger. På tross av tilgang på et så om-

fattende areal, er tilstand og beliggenhet slik at store deler av bygningsmassen ikke kan utnyttes til pasientbehandling, eller gir liten mulighet for samling av pasientforløp. Av denne grunn opplever OUS paradoksalt nok plassmangel.

For å oppnå bedre kvalitet i pasientbehandlingen samt legge grunnlaget for en sunn økonomisk drift, har OUS i sin Strategi 2013-2018 vedtatt å konsentrere virksomheten på færre steder. Samtidig viser analyser at bygningsmassen i sykehuset er gammel, svært dårlig og uhensiktsmessig, noe som har gitt mange pålegg knyttet til arbeidsmiljø, brannsikring og sikkerhet. Dette, i kombinasjon

Idéfaserapport 2.0 tar i større grad høyde for å justere ned omfanget av den aktiviteten som samles, og heller legge noe aktivitet, bl.a. lokalsykehusfunksjoner, utenfor hovedsykehuset.

OUS er landets største og mest komplette sykehus med 23 000 ansatte og et årlig driftsbudsjett på over 21 mrd. kroner.

Det er flere grunner til at OUS trenger nye sykehusbygg; den svært gamle og dårlige bygningsmassen, behovet for bedre og mer effektiv behandling, samt en betydelig befolkningsvekst.

Om lag 300 personer har vært involvert i arbeidet med idéfasen.

med en sterk befolkningsvekst i Oslo og omegn fram mot 2030, gjør det nødvendig å videreutvikle OUS. En slik videreutvikling krever både nybygg og økt samling av virksomheten for effektive og gode pasientforløp.

### 1.3 Mandat og organisering av idéfasearbeidet

Det er flere grunner til at OUS trenger nye sykehusbygg; den svært gamle og dårlige bygningsmassen, behovet for å samle virksomhet for å oppnå bedre kvalitet og effektivitet i pasientbehandlingen, samt en betydelig befolkningsvekst.

Med utgangspunkt i dette har idéfasen hatt som mandat å vurdere om hele OUS kan samles på én lokalitet, eller om man skal benytte to områder langs Gaustad-Blindern-Ullevål-aksen. Idéfasearbeidet har hatt et perspektiv fram mot 2030. Styret i OUS har bedt om utredning av fire alternativer:

- 0-alternativet: Sykehuset forblir i dagens lokaler.
- Scenario 1A: Full samlokalisering i området Gaustad-Blindern.
- Scenario 1B: Full samlokalisering på Ullevål sykehus.
- Scenario 2: Delt lokalisering mellom Ullevål og Rikshospitalet/Gaustad.

I tillegg har mandatet vært å peke på en mulig plassering av storbylegevakt i nærheten av sykehuset, samt å se på muligheter for omfordeling av oppgaver mellom OUS, Oslo kommune og de private, ideelle sykehusene i Oslo.

Idéfasearbeidet har også omfattet alternative forslag til utforming, sammensetning og organisering av sykehuset. I tillegg har man sett på løsninger og muligheter som bygging

av et nytt sykehus skaper, for å kunne utvikle samarbeidet med Oslo kommune, Universitetet i Oslo (UiO) og andre relevante aktører.

I idéfaserapporten omtales muligheten for å etablere et sykehus med lokalsykehusprofil i kombinasjon med etappevis samling og utbygging på Gaustad i et mindre omfang enn ved «full samling». Dette forslaget er en direkte følge av høringsrunden og en nærmere evaluering av alternativene. Muligheten for å etablere et lokalsykehus utenfor OUS sin hovedlokalitet anbefales utredet videre.

Arbeidet med idéfasen er utført av en prosjektgruppe bestående av medarbeidere fra OUS og innleide ressurser under ledelse av prosjektdirektør fra OUS. Administrerende direktør ved OUS har vært prosjekteier. Om lag 300 personer har vært involvert i arbeidet, og en rekke miljøer har medvirket i prosessen, bl.a. UiO, Oslo kommune, andre sykehus og en rekke brukerrepresentanter.

### 1.4 Hvorfor trenger OUS nye bygg?

I idéfasearbeidet er det gjennomført en omfattende behovsanalyse som peker på tre hovedårsaker til at OUS har behov for nye bygg:

- 1 Store deler av virksomheten foregår i bygninger som er gamle, uhensiktsmessige og i svært dårlig stand. Over halvparten av bygningsmassen får karakteren utilfredsstillende, eller i svært dårlig tilstand, og er den dårligste blant sykehusene i landet. Dette har medført en rekke pålegg knyttet til arbeidsmiljø, brannsikring og sikkerhet. Utbedringer knyttet til arbeidsmiljø alene er beregnet til å koste 8-9 mrd. kroner. Dagens bygningsmasse gir dårlige forhold for både pasienter og ansatte, og dårlige vilkår for avansert

medisinsk virksomhet og for å kunne følge den medisinske og teknologiske utviklingen. Mer enn 100 bygninger ved OUS har verne- eller fredningsstatus.

- 2 En sammenslåing av likeartede aktiviteter er nødvendig for å oppnå bedre pasientforløp, bedre kvalitet og effektivitet i pasientbehandlingen. Mer samlet virksomhet gir anledning til å redusere antall vaktlag og dubleringen av kostbart medisinsk teknisk utstyr. Det samlede arealet er i dag unødig stort, noe som er ineffektivt og dyrt å drifte.
- 3 Det forventes en betydelig befolkningsvekst i Oslo og i regionen rundt. I 2030 viser prognosene at det vil det bo ca. 3,5 millioner mennesker bare i Helse Sør-Øst-området, en økning på 24 % fra i dag. Andelen eldre over 80 år vil doubles fram mot 2040. Befolkningen i Oslo forventes å øke med 29 % fra 2012 til 2030, og med hele 37 % fram mot 2040. Dette er en raskere vekst i folketallet enn forventet i Norge og Helse Sør-Øst.

I tillegg til pasientbehandling har OUS omfattende og viktige oppgaver innen forskning, utvikling, utdanning og innovasjon. Dette er oppgaver som løses best i samarbeid med nære samarbeidspartnere som UiO, Oslo kommune og høgskolene. Planlegging av nye sykehusbygg, storbylegevakt og livsvitenskapsbygg skjer så nær hverandre i tid og sted at de må samordnes. Dermed oppstår muligheter som går utover det enkelte prosjekt. Et nært samarbeid, og samlokalisering med UiO, vil bl.a. gi gode forutsetninger for å utvikle sykehus- og universitetsmiljøet til et samlet og internasjonalt ledende miljø innenfor livsvitenskap.

Ved en økt samling av virksomheten ligger det også store potensialer i frigjorte arealer for byutvikling til både bolig- og næringsformål.

## 1.5 Hvilken virksomhetsmodell skal sykehuset drive etter?

Pasientenes behov skal være førende for OUS sin virksomhet, og gode og forutsigbare pasientforløp skal ligge til grunn for valg av virksomhetsmodell. Stadig økende spesialisering gjør at framtidens sykehus må ha bygningsmessige og tekniske løsninger som legger til rette for samarbeid på tvers av spesialiteter og yrkesgrupper i sykehuset og på tvers av funksjonsnivåer.

Ved å samle større deler av virksomheten som i dag er spredt på mer enn 40 lokaliteter, legges forholdene til rette for bedre kvalitet i pasientbehandlingen, samt for å oppfylle sykehusets strategiske mål om å samle tverrfaglige miljø som behandler én tilstand ved én lokalitet. Et mer samlet sykehus ville kunne tilby et godt pasientmateriale for forskning og utdanning. Samling av funksjoner forventes å kunne gi stordriftsfordeler innen mange områder. Samtidig er både medarbeidere og brukere opptatt av at sykehuset ikke må bli for stort.

I idéfasen er tre alternative virksomhetsmodeller for nytt sykehus vurdert nærmere:

### 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 skilles tydelig fra hyppige og ofte kroniske tilstander.

### 3 Klyngemodell:

Virksomhetsmodell 3 er en klyngemodell med relativt autonome,

Ved en økt samling av virksomheten ligger det også store potensialer i frigjorte arealer for byutvikling til både bolig- og næringsformål.

Gode og forutsigbare pasientforløp skal ligge til grunn for valg av virksomhetsmodell.

Klyngemodellen har vært den foretrukne både i prosjektet og blant høringsinstansene.

tematiske sentre som deler på tung infrastruktur som ligger sentralt i sykehuset (for eksempel intensiv- og operasjonsavdeling, avansert bildeanalyse og laboratorievirksomhet). Sentrene er relativt autonome og kan sees på som mindre sykehus i sykehuset, der pasientbehandlingen samles tematisk etter pasientforløp. De tematiske sentrene skal sikre pasientene et tverrfaglig og helhetlig tilbud på tvers av spesialiteter.

Virksomhetsmodell 3 - klyngemodellen - har vært den foretrukne både i prosjektet og blant høringsinstansene. Den vil egne seg godt for etappevis utbygging. Modellen er også forenlig med en helhetlig virksomhetsmodell for hovedstadsområdet, der andre deler av spesialist-

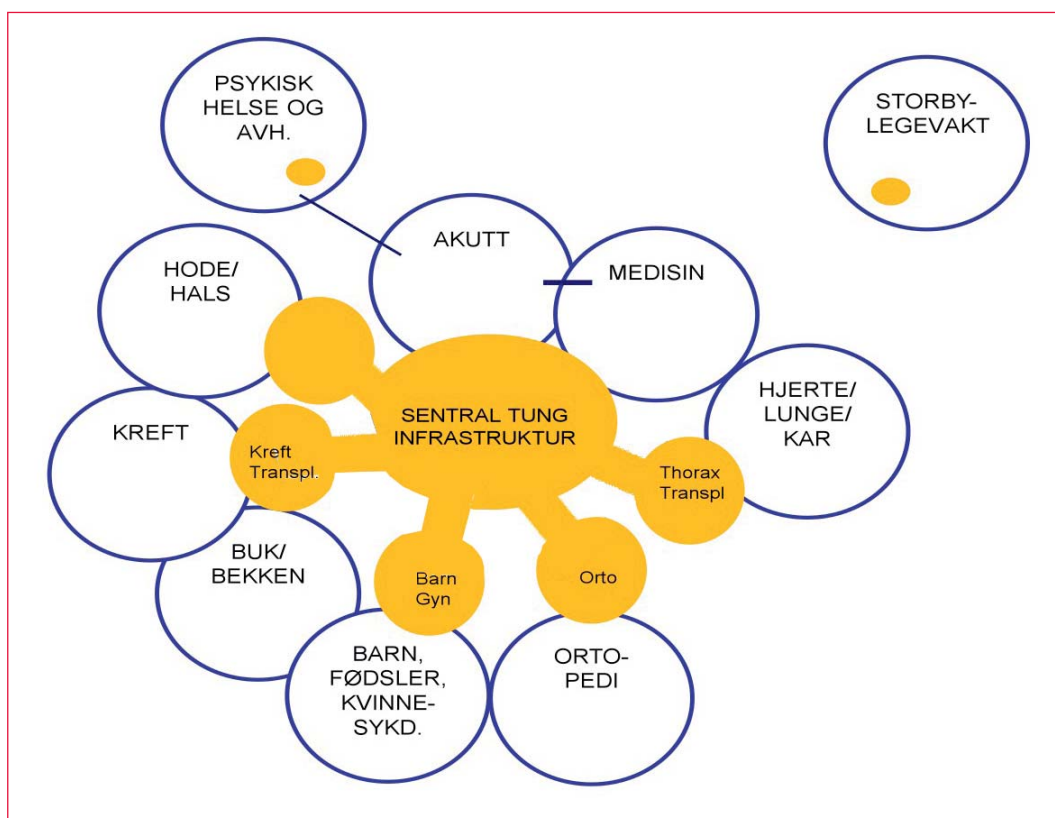
og ungdomspsykiatrisk (BUP) poliklinikk og sikkerhetspsykiatri kan også plasseres andre steder enn på OUS hovedcampus.

Så vel UiO som Forskningsutvalget og sykehusets Scientific Advisory Board ser et betydelig potensial i å utvikle OUS etter klyngemodellen, i umiddelbar nærhet av og integrert med universitetet.

### 1.6 Hvor store arealer er det behov for?

Beregningene av nødvendig areal er gjort på grunnlag av forventet pasientgrunnlag i 2030, og med utgangspunkt i utvalgte arealstandarder. Bl.a. foreligger det nye krav til uni-

Figur 1  
Klyngemodellen



helsetjenesten og primærhelsetjenesten kan inngå i et utvidet klyngebegrep. Et mulig fremtidig OUS-lokalsykehus til den voksende befolkningen øst/sør i Oslo ville eventuelt kunne utgjøre et senter i klyngesykehuset. Elektiv kirurgi, Distrikt psykiatrisk senter (DPS), Barne-

versell utforming som stiller økte arealmessige krav til pasientrom. Fremtidig bemanning er også av betydning. Arealbehovet for forskning og utdanning er beregnet ut i fra at 50 % av disse arealene er integrert i den kliniske virksomheten og 50 % i egne bygg.

Det samlede sengebehovet for OUS i 2030 anslås å utgjøre ca 2200 senger som fordeler seg på somatisk pasientbehandling, psykisk helsevern og avhengighetsbehandling, samt hotell. Hvis en ser bort fra 0-alternativet, er arealbehovet tilnærmet likt uavhengig av hvilken virksomhetsmodell som velges, dvs. ca. 630 000 kvm.

Dette innebærer en reduksjon totalt, på mellom 150 000 og 200 000 kvm sett i forhold til dagens bygningsmasse. Arealreduksjonen forklares ved at mye av sykehusets virksomhet i dag foregår i bygninger som er store og gamle og særdeles uhensiktsmessige. For å oppnå en slik arealreduksjon må det bygges vel 400 000 kvm nybygg, mens Rikshospitalet og noen begrensede andre arealer beholdes. Ved 0-alternativet vil svært lite arealer kunne fases ut.

scenarioene i mandatet i kombinasjon med mulige virksomhetsmodeller, gir et stort antall løsningsmuligheter. Etter en grov-sortering har prosjektet kommet fram til seks fysiske løsningsforslag, i tillegg til 0-alternativet, som er vurdert med hensyn til kvalitet, muligheter for etappevis utbygging og gjennomførbarhet:

#### **Gaustad Øst - Samling på Gaustad med nybygg øst for Rikshospitalet.**

Gaustad sykehus beholdes som en del av OUS og benyttes til kontorer og teknisk lette funksjoner. Nybygg for psykiatrien plasseres nord for Gaustad sykehus. Sogn videregående skole rives og erstattes av nybygg for deler av den somatiske pasientbehandlingen. Løsningen vil fremstå som et todelt sykehus med støv- og støytfordringer fra Ring 3.

Alle alternativene, foruten 0-alternativet, innebærer en reduksjon totalt på mellom 150 000 og 200 000 kvm.

Grunnutdanning samlet arealbehov kvm brutto	Somatikk	Psykisk helsevern og avhengighet	I alt
Sykehusfunksjoner	475 000	53 000	528 000
Forskning og utdanning	92 000	7 000	99 000
<b>I alt</b>	<b>567 000</b>	<b>60 000</b>	<b>Avrundet 630 000</b>

Tabell 1  
Oversikt over arealbehov i 2030

Med unntak av 0-alternativet, vil altså OUS i nye bygg kunne drives på 150 000 - 200 000 kvm mindre gulvflate enn i dag. Det pågår en prosess som ser på konkrete muligheter for å få på plass en ny og hensiktsmessig oppgavefordeling mellom sykehusene i Oslo. Dette kan redusere arealbehovet til OUS ytterligere. Ved helt eller delvis utflytting fra Ullevål, vil store tomtearealer sentralt i Oslo bli frigjort til boliger og andre byutviklingsformål.

### **1.7 Hvor skal sykehuset ligge?**

De fysiske løsningsforslagene er utarbeidet med utgangspunkt i det som er forventet kapasitetsbehov fram mot 2030. De tre ulike

#### **Gaustad Sør - Samling på Gaustad med nybygg sørover og tunnel, evt. først med lokk og deretter tunnel.**

Ring 3 legges i tunnel under sykehusområdet. Man kan også tenke seg en etappevis utbygging der man først etablerer lokk og siden tunnel. Psykisk helse og avhengighet plasseres nord for Gaustad sykehus kombinert med noe videre bruk av eksisterende bygg. Løsningen legger til rette for god samhandling mellom sykehus og universitet, og har et godt potensial for ønsket byutvikling og store grøntarealer. En lokkløsning vil gi mindre disponibelt areal for utbygging, men dersom dimensjonene på utbyggingen på Gaustad samlet blir på under 500 000 kvm inkludert eksisterende bygg, kan et lokk erstatte tunnel.

Man kan også tenke seg en etappevis utbygging der man først etablerer lokk og siden tunnel.

Løsningene som frigir Ullevål sykehus gir størst muligheter for byutvikling.

Løsningen egner seg også for en langsiktig plan hvor lokk-løsning over tid erstattes av tunnel.

### **Samling Ullevål med hensyn til fredete bygg.**

Dette alternativet innebærer en større utbygging og ombygging på Ullevål sykehus. Fredede anlegg forutsettes integrert i bygningsmassen, men med lav utnyttelsesgrad. Bygningsstrukturen blir svært kompakt med opptil 10 etasjer.

### **Tre delte løsninger med utbygging på Ullevål og Gaustad med lokk over ring 3.**

Løsningene innebærer utbygging på Gaustad og sørover med lokk over Ring 3, samtidig som tomten på Ullevål bygges ut nord eller sør for den fredede bebyggelsen. Utbygging av Ullevål Sør, der det meste av dagens sykehusbygg er plassert, vil få store konsekvenser for pågående pasientbehandling. Det er også sett på et delt løsningsalternativ der en gjenbraker så mye som mulig av eksisterende bygg på Ullevål. Mange av bygningene vil, på samme måte som i 0-alternativet, behøve betydelig teknisk oppgradering og funksjonell ombygging. De rehabiliterte byggene blir ikke like funksjonelle som nybygg og vil måtte erstattes av nye bygg etter 2030. Løsningen kan derfor betraktes som et 0+ alternativ.

Løsningene som frigir Ullevål sykehus gir størst muligheter for byutvikling. Gaustad Sør, med nybygg sørover og tunnel, gjerne i kombinasjon med et OUS-lokalsykehus utenfor campus, vil gi det største potensialet og bidraget til ønsket byutvikling. Det vil også miljømessig være det beste alternativet. Dette alternativet gir også de beste forutsetningene for innovasjon og næringsutvikling. Ingen av løsningene med delvis utbygging på Ullevål og Gaustad gir samme ønskede bidrag til byutvikling.

## **1.8 Hva er konsekvensene hvis man driver videre som i dag?**

Hvis man satser på å opprettholde dagens virksomhet i dagens bygg til lavest mulig kostnad (0-alternativet), kreves en rekke tiltak på kort og litt lengre sikt for at OUS skal kunne drives videre.

En stor del av byggene ved OUS er i dag i så dårlig teknisk tilstand at det er reell fare for at de må fraflyttes. Disse bygningene har akutte behov for utbedringer som må gjennomføres på kort sikt for å holde bygningene i drift i 5-10 år til. Det er også en reell fare for at sykehuset vil pådra seg nye, alvorlige og kostbare myndighetspålegg knyttet til sikkerheten for ansatte og pasienter.

I 0-alternativet vil ca 770 000 kvm av 900 000 kvm trenge teknisk oppgradering eller ombygging fram mot 2030 til 2040. 0-alternativet er derfor å betrakte som et utsettelsesalternativ som krever omfattende reinvestering etter 2030. Det legges til grunn at dagens arealer kan møte dagens aktivitetsnivå, og at all aktivitetsøkning fram mot 2030 skal dekkes gjennom nybygg. I 0-alternativet foreslås om lag 127 000 kvm til nybygg, bl.a. for å møte befolkningsveksten.

0-alternativet skiller seg fra de øvrige alternativene ved at langt mer areal benyttes i framtiden, i bygninger som gir lavere arealutnyttelse enn man vil få i nybygg. 0-alternativet tilfredsstiller heller ikke samfunnets forventning til kvalitet på pasientbehandling og fremmer ikke ansattes ytelse. For eksempel vil pasienter fortsatt måtte tilbys flersengsrom og rom uten egne bad. Gammel infrastruktur og teknologiske begrensninger vil dessuten gjøre det vanskelig å utnytte det potensial som ligger i den medisinske utviklingen og i nye IKT-løsninger.

I 0-alternativet vil ca 770 000 kvm av 900 000 kvm trenge teknisk oppgradering eller ombygging fram mot 2030-2040.

## 1.9 Hva koster utbyggingene?

Det er gjort analyser for syv utbyggingsalternativer i tillegg til 0-alternativet:

- Gaustad Øst og Gaustad Sør med dagens virksomhetsmodell (to alternativer).
- Gaustad Øst og Gaustad Sør med klyngemodell (to alternativer).
- Ullevål Nord/Gaustad med lokk og Ullevål Sør/Gaustad med lokk med nivådelt virksomhetsmodell. (to alternativer).
- Hele Ullevål med bruk av de mest levedyktige bygg her og Gaustad med lokk (0+ alternativet), med nivådelt virksomhetsmodell (ett alternativ).

Alternativene med samling på Gaustad Øst viser et investeringsbehov på 41 mrd. kroner, mens alternativene med samling på Gaustad Sør har et investeringsbehov på 46 mrd. kroner. De delte løsningene mellom Ullevål og Gaustad har et investeringsbehov på 36-41 mrd. kroner. Alle løsningene, foruten 0-al-

nåværende bygningsmasse. Beregningen viser at helseforetaket har økonomisk bæreevne til å håndtere kostnadene forbundet med investeringene i alternativet med det høyeste investeringsnivået, dvs. alternativ Gaustad Sør med klyngemodell, som inkluderer alle kostnader også til tunnel og baneomlegging. Dette forutsetter imidlertid produktivitetsvekst fra 2015 til 2018, og ytterligere effektiviseringsgevinster når de nye byggene tas i bruk. OUS vil ikke kunne bære kostnadene til oppgraderingene som kreves i 0-alternativet, fordi man ikke oppnår de samme effektiviseringsgevinstene som i de øvrige alternativene.

Den økonomiske analysen viser et årlig potensial for effektivisering på mellom 350 og 1200 mill. kroner. Av virksomhetsmodellene vurderes klyngemodellen til å ha størst potensial for effektiv drift. Dagens virksomhetsmodell vil ha et noe lavere potensial, mens nivådelt virksomhetsmodell er vurdert til å ha lavest potensial for effektivisering.

Ved en produktivitetsvekst og ytterligere gevinster av effektivisering når nye bygg tas i bruk, har helseforetaket økonomisk bæreevne til å håndtere kostnadene forbundet med investeringene i alternativ Gaustad Sør med klyngemodell.

Kategori	0 -Alternativet		Gautstad øst		Gautstad sør		Ullevål nord og Gaustad		Ullevål sør og Gaustad		Ullevål hele og Gaustad	
	Kvm	MNOK	Kvm	MNOK	Kvm	MNOK	Kvm	MNOK	Kvm	MNOK	Kvm	MNOK
Nybygg	119 030	7 062	426 236	26 898	426 236	26 898	397 586	24 787	387 236	23 917	306 056	18 453
Ombygging	278 900	9 764	19 400	527	19 400	527	0	0	0	0	52 700	2 019
Teknisk oppgradering (permanent bygg)	454 300	3 529	176 000	1 459	176 000	1 459	235 500	2 357	265 500	2 669	306 620	3 212
Teknisk oppgradering (avvikles før 2030)	0	0	557 300	4 504	557 300	4 510	502 700	4 259	468 700	3 657	322 300	3 250
Andre kostnader		915		2 484		6 335		1 963		1 918		1 918
Riving	17 700	44	86 000	215	81 000	203	143 000	358	196 260	491	89 717	224
Delsum	852 230	21 314	621 636	36 087	621 636	39 932	633 086	33 723	652 736	32 653	665 376	29 077
Forventet tillegg (usikkerhet)		5 186		1 413		2 068		3 177		5 147		3 723
Forventet prosjektkostnad		26 500		37 500		42 000		36 900		37 800		32 800
Byggelånsrenter	0	2 896	0	3 560	0	3 683	0	3 305	0	3 461	0	3 070
Leiebygg	59 000		19 100		19 100		19 100		19 100		19 100	
Sum	911 230	29 396	640 736	41 059	640 736	45 684	652 186	40 206	671 836	41 260	684 476	35 870

ternativet, innebærer at arealet ved OUS kan reduseres betraktelig, og at eiendommer kan avhendes.

Etablering av nybygg har bedre langsiktig økonomisk bæreevne enn å oppgradere

Tabell 2  
Investeringsbehov og arealer i de ulike alternativene.



\*1 Løsninger som inkluderer lokalsykehus indikert, men ikke utredet i dette arbeidet.

## 1.10 Hvilke utbyggingsalternativ kommer best ut i evalueringen?

De ulike løsningsalternativene til nytt sykehus er evaluert med utgangspunkt i en rekke kriterier som måloppnåelse, gjennomførbarhet, robusthet, økonomi og øvrige samfunnsøkonomiske effekter. De alternativene som etter en samlet evaluering anses som «liv laga» inneholder alle et element av samling på Gaustad.

- Gaustad Sør – klyngemodell eller dagens virksomhetsmodell.
- Gaustad Øst – klyngemodell eller dagens virksomhetsmodell.
- Ullevål Nord og Gaustad – nivådelt virksomhetsmodell.
- Ullevål Sør og Gaustad – nivådelt virksomhetsmodell.

elsene støtter også dette alternativet. I mange høringer påpekes imidlertid behovet for å redusere omfanget av de bygg/aktiviteter som samles, og i stedet etablere et lokalsykehus syd eller øst i Oslo.

Tre alternativer kommer deretter ganske likt ut: Bygging av sykehus på Gaustad Øst (med dagens- eller klyngemodell) og alternativet med delt løsning mellom Ullevål Nord og Gaustad (med nivådelt virksomhetsmodell).

Evalueringen viser at det er høy risiko knyttet til de alternativene som forutsetter lange perioder med klinisk drift tett inntil omfattende rehabilitering og oppgradering av bygg. Dette gjelder spesielt for 0-alternativet, samlet Ullevål og Ullevål Sør/Gaustad. Denne risikoen påpekes også som vesentlig fra OUS brukerutvalg og ungdomsråd, og er et forhold som bør tillegges vekt ved valg av alternativ.

Tabell 3  
Oppsummering av samlet evaluering.

Lokalisering	Virksomhetsmodell	Oppsummert kvalitativ evaluering	Risiko og gjennomførbarhet	Økonomi: Investeringsbehov (farge viser bæreevne)
Gaustad Øst	Videreføring av dagens modell			41 000
	Klyngemodellen			41 100
Gaustad Sør	Videreføring av dagens modell			46 000
	Klyngemodellen			46 000
Ullevål nord + Gaustad "Lokk"	Nivådelt modell			40 000
Ullevål sør + Gaustad "Lokk"	Nivådelt modell			41 000
Ullevål Hele + Gaustad "Lokk"	Nivådelt modell			36 000
Samlet Ullevål	Videreføring av dagens modell			
0-alternativet	Videreføring av dagens modell			29 000

Fargeforklaring:

Svært bra	bra	middels	dårlig	svært dårlig
-----------	-----	---------	--------	--------------

Den foretrukne virksomhetsmodellen for de samlede alternativene er klyngemodellen.

Den foretrukne virksomhetsmodellen for de samlede alternativene er klyngemodellen. Denne vurderes å gi den best muligheten til å tilrettelegge for et godt pasienttilbud. Gaustad Sør – klyngemodell med Ring 3 i tunnel, kommer best ut i den kvalitative rangeringen. Hovedtyngden av høringsuttal-

## 1.11 Utvikling av nytt sykehus i etapper

En etappevis utbygging er lagt som forutsetning for Idéfase OUS – Campus Oslo, gitt det omfattende utviklingsbehovet som sykehuset har. Med etappevis utbygging menes utbygging i trinn som er atskilt fysisk eller fremdriftsmessig. Etappevis utbygging gir fleksibilitet og kan gi raskere planlegging og bygging i etterfølgende etapper. Utbygging i etapper gjør det også mulig å tilpasse planene til den løpende medisinske og teknologiske utvikling.

Noen av byggene på Ullevål og Radiumhospitalet er per i dag nye og moderne. Disse vil kunne brukes i en lang periode framover, og om ønskelig lenger enn tidsperspektivet til ca. 2030.

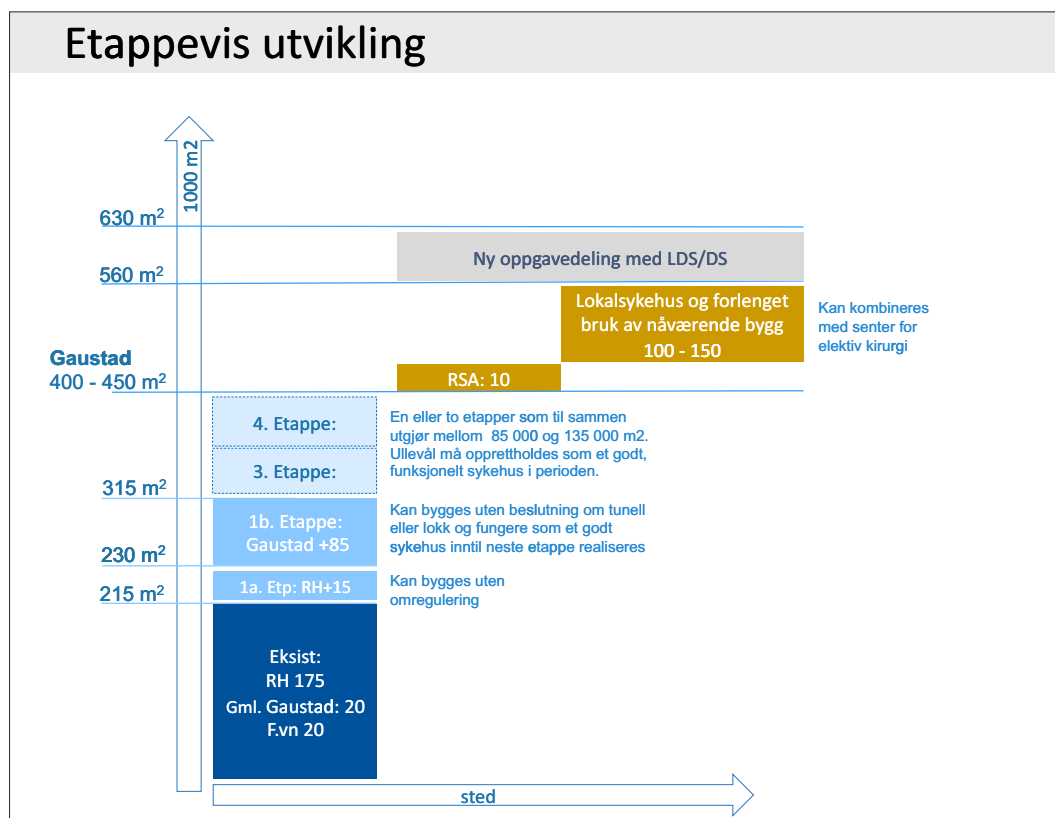
Innenfor gjeldende reguleringsbestemmelser er det rom for å oppføre 10 000 – 20 000 kvm i tilknytning til eksisterende bygningsmasse på Rikshospitalet. Et byggeprosjekt på Rikshospitalet vil dermed kunne utgjøre en start på den første utbyggingsetappen i en

trinnvis prosess sammensatt av flere enkeltprosjekter.

En andre etappe vil kunne omfatte utbygging på området mellom Ringveien og Rikshospitalet og gi rom for 70 000-100 000 kvm sykehusbygg. Etappen forutsetter omregulering av området, men krever ikke beslutning om lokk eller tunnel, og kan fungere som et godt sykehus inntil neste etappe realiseres.

Planlegging krever avklaringer med hensyn til oppgavedeling i hovedstadsområdet og etablering av et lokalsykehus for befolkningen som bor øst/sørover i byen. Høringsrunden taler for å redusere den samlede størrelsen på sykehusbebyggelsen på Gaustad og heller legge noen lokalsykehusfunksjoner utenfor hovedsykehuset, eventuelt gjennom etablering av et nytt sykehus på sikt. Dersom arealet av sykehusbygg på Gaustad, inklusive nåværende Rikshospital, ikke overstiger 450 000 - 500 000 kvm, kan planene for Gaustad Sør gjennomføres enten med lokk eller tunnel, eller først med lokk og senere med tunnel.

En etappevis utbygging er lagt som forutsetning for Idéfase Oslo universitetssykehus HF – Campus Oslo.



Figur 2  
Figuren viser hvordan ny oppgavedeling i hovedstadsområdet, etablering av Sikkerhetspsykiatri (RSA), forlenget bruk av noen bygg utenfor Gaustadområdet og lokalsykehus med elektiv kirurgi utenfor Gaustadområdet, vil kunne redusere omfanget av en utbygging på Gaustad med 160-210 000 kvm til 420-470 000 kvm. Etappe 1a og 1b utgjør til sammen etappe 1.

Idéfaseutredningen foreslås videreført i prosjektet *Idéfase OUS, konkretisering etter høring*.

Videreføringen omfatter følgende fire alternativer som det er anbefalt å gå videre med, og hvor det for alle alternativer er forutsatt at det korrigeres for eventuell økning av kapasiteten ved Diakonhjemmet sykehus og Lovisenberg Diakonale sykehus som vil avlaste OUS:

1. 0-alternativet (alternativet er utredet tilstrekkelig på idefasenivå, men skal være med videre til konseptfase).

2. Delt løsning Gaustad sør kombinert med videre drift på Ullevål (prinsipielt tre varianter: Ullevål Nord, Ullevål Sør eller hele Ullevål). Alternativene er utredet tilstrekkelig på idefasenivå.

3. Delvis samling på Gaustad kombinert med etablering av lokalsykehusfunksjoner utenfor hovedsykehuset (nytt alternativ etter høring).

4. Samling på Gaustad (fysiske løsninger bearbeides).

Alternativ 3 innebærer etablering av lokalsykehusfunksjoner utenom hovedsykehuset som kommer i tillegg til den eventuelle økning av kapasiteten ved Diakonhjemmet sykehus og Lovisenberg Diakonale sykehus som vil avlaste OUS.

Prosjektet arbeider videre med konkrete planer for hvert løsningsalternativ sett i lys av lokalsykehusfunksjoner, etappeinnhold, fysiske løsninger og konsekvenser for areal og økonomi. Målet for prosjektet er sluttbehandling i styret i Oslo universitetssykehus HF i desember 2015, og påfølgende behandling i Helse Sør-Øst RHF. Det legges til grunn at styret vil fatte vedtak om videre konseptfaser.



Figur 3  
Om lag 450 000 kvm til OUS, hvorav ca. halvparten nybygg, på Gaustad med lokk over Ringveien. Nybygg til sykehusformål er vist sørover i forlengelsen av Rikshospitalet. Nybygg vist til høyre er UiO sitt livsvitenskapsbygg, samt mulighet for erstatningsarealer nord for Ringveien.



Figur 4  
Om lag 450 000 kvm til OUS, hvorav ca. halvparten nybygg, på Gaustad med Ringveien i tunnel. Nybygg til sykehusformål er vist sørover i forlengelsen av Rikshospitalet. Nybygg vist til høyre i bildet er UiO sitt livsvitenskapsbygg, samt at det er vist potensial for videre utbygging som kan være undervisning, forskning, næringslokaler eller bolig.



## Sammendrag

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 idéfasen hatt som mandat å vurdere om hele OUS kan samles på én lokalitet, eller om man skal benytte to områder langs Gaustad-Blindern-Ullevål-aksen. Idéfasearbeidet har hatt et perspektiv fram mot 2030. Styret i OUS har særlig bedt om utredning av fire alternativer:

- 0-alternativet: Ingenting endres. Sykehuset forblir i dagens lokaler.
- Scenario 1A: full samlokalisering i området Gaustad-Blindern
- Scenario 1B: full samlokalisering på Ullevål sykehus
- Scenario 2: delt lokalisering mellom Ullevål og Rikshospitalet/Gaustad

I idéfasen er også alternative forslag til utforming, sammensetning og organisering av sykehuset blitt vurdert. I tillegg har man sett på løsninger og muligheter som bygging av et nytt sykehus skaper, for å kunne utvikle samarbeidet med Oslo kommune, Universitetet i Oslo (UiO) og andre relevante aktører. Administrerende direktør ved OUS har vært prosjekteier. Arbeidet med idéfasen har vært organisert med en prosjektgruppe under ledelse av en prosjektdirektør fra OUS. Om lag 300 personer har vært involvert i arbeidet, og en rekke miljøer har medvirket i prosessen, bl.a. UiO, Oslo kommune, andre sykehus og brukerrepresentanter.

### 2.1 Bakgrunn og hovedkonsept

Oslo universitetssykehus HF (OUS) består av de tidligere helseforetakene Aker universitetssykehus, Rikshospitalet, Radiumhospitalet og Ullevål universitetssykehus og driver sin virksomhet på mer enn 40 adresser. Sykehuset leverer spesialisthelsetjenester og ivaretar både lands-, regions-, område- og lokalsykehusfunksjoner. OUS er landets største sykehus med over 23 000 ansatte og har et årlig driftsbudsjett på over 21 mrd. kroner. Sykehuset står for ca. halvparten av medisinsk forskning i norske sykehus og spiller en sentral rolle i utdanningen av landets helsepersonell. På sikt ønsker OUS å konsentrere sin virksomhet på færre lokalteter. Flytting og sammenslåing av likartede aktiviteter vil gi bedre kvalitet og effektivitet i pasientbehandlingen samt legge grunnlag for en sunn økonomisk drift.

Idéfasen skal belyse om det er mulig å samle hele OUS på én lokalitet, eller om det er nødvendig eller ønskelig å benytte to om-

råder langs Gaustad-Blindern-Ullevål-aksen. Det skal vurderes alternative løsningsforslag til utforming, sammensetning og organisering av sykehuset. Omstilling av virksomheten basert på sykehusets overordnede strategi skal også vurderes. Dette kan åpne for et mer kompakt og spesialisert sykehus med mindre arealbehov, men med større behov for å arbeide i nettverk med andre deler av helsetjenesten.

Av mandatet framgår at man ved siden av sykehusets primære behov, også skal utrede løsninger og de muligheter som nye sykehusbygg skaper for utvikling av samarbeidet med Oslo kommune, Universitetet i Oslo (UiO) og andre relevante aktører. Dette for å synliggjøre det samlede potensial for verdiskaping som foreligger innen pasientbehandling, utdanning, forskning, byutvikling og næringsutvikling ved å la sykehus og universitet vokse seg sammen. Endelig skal det potensialet som ligger i å utvikle frigjorte OUS-arealer i Oslo og omegn tas med i utredningen.

OUS er landets største sykehus med over 23 000 ansatte og et årlig driftsbudsjett på ca. 21 mrd. kroner.

Idéfasen skal vise potensialet for verdiskaping innen pasientbehandling, utdanning, forskning, byutvikling og næringsutvikling ved at sykehus og universitet vokser sammen.

Idéfasen skal vise hvordan ny storbylegevakt kan plasseres i nærheten av sykehuset i de ulike løsningene.

Planleggingen skal avstemmes med UiO sine vedtatte planer for nytt livsvitenskapsbygg.

## 2.2 Mål for Idéfase OUS – Campus Oslo

Prosjektgruppen for idéfasen skal med basis i prosjektets mandat og prosjektets hensikt, identifisere og utrede flere alternative løsninger for samlokalisering av sykehuset. Det skal tenkes bredt for å sikre at flere alternative utviklingsveier for OUS utredes og vurderes. Styret i OUS har likevel bedt om spesielt å vurdere konsekvensene av følgende hovedalternativer:

- **0-alternativet:** Dagens virksomhet opprettholdes i dagens bygg til en lavest mulig kostnad. Nullalternativet skal framstilles sammenlignbart med de øvrige alternativene når det gjelder planhorisont og konsekvenser for investeringer og drift.
- **Scenario 1A:** full samlokalisering i området Gaustad-Blindern: All virksomhet flyttes til området som i dag huser Rikshospitalet, Gaustad sykehus og UiO sine lokaler ved Ring 3. Dette alternativet forutsetter at Ring 3 legges i tunnel ved Gaustad, og at det bygges nytt i området rundt.
- **Scenario 1B:** full samlokalisering på Ullevål sykehus: All virksomhet flyttes til Ullevål sykehus. Siden mange bygninger på Ullevål er fredet, kreves da et samarbeid med vernemyndigheter for å utvikle området på den mest hensiktsmessige måten.
- **Scenario 2:** delt lokalisering mellom Ullevål og Rikshospitalet/Gaustad: Sykehusets enheter og funksjoner fordeles mellom Ullevål og Rikshospitalet/Gaustad. For utbygging på Ullevål gjelder samme forutsetninger som i scenario 1B, og for Gaustad-området gjelder samme som i scenario 1A.

I scenario 1A vil det være mulig å etablere et begrenset alternativ som kun benytter arealer på oversiden av Ring 3, men full utnyttelse av området krever at Ring 3 legges i tunnel. Her vil det være aktuelt å se på ulike varianter.

I scenario 1A, 1B og 2 skal man også synliggjøre investeringsbehov i eksisterende bygningsmasse fram til nye bygg i disse scenarioene kan tas i bruk.

I tillegg til å legge grunnlag for utviklingen av sykehusets virksomhet og bygningsmasse, skal idéfasen peke på hvordan en nyetablert storbylegevakt kan plasseres i nærheten av sykehuset i de ulike løsningsforslagene. Som en del av virksomhetsavklaringer, inngår det å se på mulig omfordeling av oppgaver mellom OUS, Oslo kommune og de private ideelle sykehusene. Hvilke funksjoner som kan overføres til andre skal kartlegges og defineres etter faglig utredning og i henhold til sykehusets overordnede strategi. Arbeidet skal koordineres med parallell prosess for funksjonsfordeling og kapasitetsbehov i hovedstadsområdet.

Sykehusets muligheter til valg av løsninger for drift, arealbehov og lokalisering avhenger av involvering, samarbeid og avklaringer med flere aktører. Behovet for avklaringer med andre, avhenger blant annet av lokalisering og hvilket alternativ man utreder.

Planleggingen skal avstemmes med UiO sine vedtatte planer for nytt livsvitenskapsbygg i Forskningsparken på Gaustad. Planleggingen skal også ta hensyn til planene om storbylegevakt og andre større samfunnsprosjekter som kan være aktuelle i Oslo.

Idéfasen har ikke hatt som oppgave å foreslå nødvendige tiltak i et kortsiktig perspektiv (3-10 år).

### 2.3 Mandat og rammer for Idéfase OUS – Campus Oslo

Følgende styrevedtak i OUS er sentrale for Idéfase OUS – Campus Oslo:

- *Styret for OUS vedtok i styremøte 29.3.2012, sak 18/2012, at videre arbeid med utvikling av bygningsmassen i OUS skulle ta utgangspunkt i Arealutviklingsplan 2025. Videre ble det besluttet at fag- og virksomhetsstrategi for OUS skulle utgjøre det faglige grunnlaget for planleggingsarbeidet.*
- *Styret for OUS vedtok i styremøte 17.12.2012, sak 84/2012, Strategi for Oslo universitetssykehus 2013-18.*
- *Styret for OUS vedtok i styremøte 17.12.2012, sak 85/2012, å sette i gang en samlet idéfase for videre utvikling av sykehusets drift, areal og plassering. Styrets vedtak lyder:*
  - *Styret vedtar oppstart av samlet idéfase for somatikk, psykisk helse og avhengighet i OUS.*
  - *Styret ber om å bli holdt løpende orientert.*

Videre har styret i HSØ i møte den 14.3.2013, sak 020/2013, gitt sin tilslutning til at idéfasearbeidet igangsettes. Det ble presisert at realisering vil kreve en trinnvis prosess som må tilpasses økonomiske rammebetingelser. Styrets enstemmige vedtak:

- *Det er etter styrets oppfatning i den framlagte utviklingsplanen, lagt et godt grunnlag for videreføring av arbeidet med utviklingen av Oslo universitetssykehus HF, herunder en videre utvikling av bygningsmassen. Styret gir sin tilslutning til at arbeidet videreføres i tråd med det som er skissert.*

- *Styret vil påpeke at det framlagte mandatet for idéfase beskriver en utvikling som er svært omfattende, med et innhold som omfatter byutvikling, utvikling relatert til UiO i Oslo og omfattende samferdselsrelaterte problemstillinger. Både planens omfang og tidshorisont er av en slik art at den må kunne sies å ligge på grensen av det som normalt vil være omfattet av en ordinær idéfase. Styret legger til grunn at realisering og videre utvikling av Oslo universitetssykehus HF uansett vil kreve en trinnvis prosess med flere enkeltprosjekter som må planlegges innenfor en helhetlig ramme og retning. Det forutsettes at idéfasemandater for enkeltprosjekter som foreslås på basis av dette arbeidet, forelegges HSØ før videre arbeid med slike prosjekter igangsettes, og at prosjektene tilpasses de økonomiske rammebetingelser.*
- *Styret ber Oslo universitetssykehus HF i sitt videre arbeid nøye vurdere hvordan utviklingsplan og idéfasearbeidet skal avstemmes i forhold til arbeidet med enkeltprosjekter, slik at det sikres et godt fundament for den videre utvikling av helseforetaket.*
- *Styret forutsetter at det iverksettes nødvendige tiltak ved Oslo universitetssykehus HF for å oppfylle bygningsmessige lovkrav og for å opprettholde en forsvarlig drift inntil den endelige utbyggingen er fullført.*

På bakgrunn av vedtakene ovenfor har administrerende direktør for OUS fastsatt et styringsdokument for Idéfase OUS – Campus Oslo. Styringsdokument fastlegger rammevilkårene for idéfaseutredning av nytt OUS. Dokumentet beskriver hva denne delen av tidligfaseplanleggingen omfatter, mål for arbeidet, hvordan styringsstrukturen er bygget opp, hvilke aktører som inngår i pro-

Styret legger til grunn at realisering og videre utvikling av OUS vil kreve en trinnvis prosess med flere enkeltprosjekter, som må planlegges innenfor en helhetlig ramme og retning.



Administrerende direktør ved OUS har vært prosjekteier og ledet styringsgruppen.

sjektet, hvilket ansvar og fullmakter som er tillagt de ulike aktørene samt krav til leveranser. Videre redegjøres det for strategier for at prosjektet skal oppnå målene.

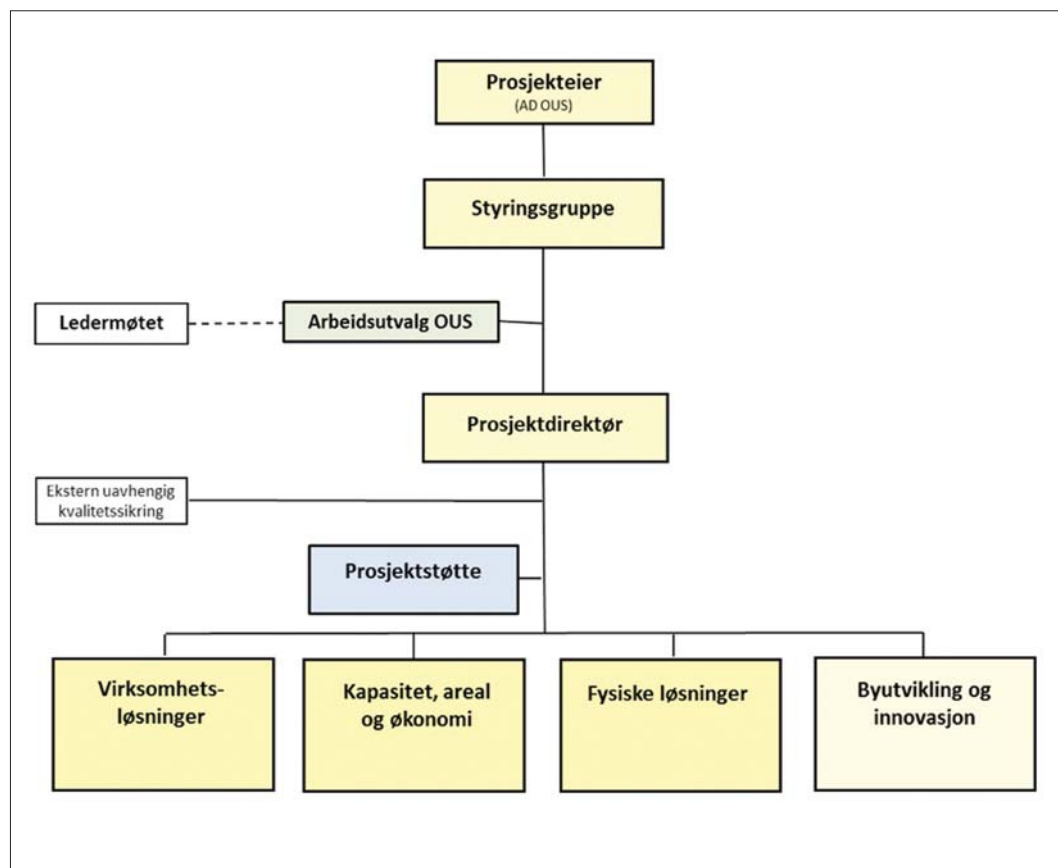
## 2.4 Organisering av prosjektet

Administrerende direktør ved OUS har vært prosjekteier og ledet styringsgruppen som har bestått av viseadministrerende direktør for medisin, helsefag og utvikling, viseadministrerende direktør for økonomi, juridisk og IKT, direktør for forskning, innovasjon og utdanning, kommunikasjonsdirektør, direktør for Oslo sykehusservice, tillitsvalgte, vernetjeneste og leder for brukerutvalget, kommunaldirektørene for Byutvikling og Eldre og sosiale tjenester i Oslo kommune, eiendomsdirektør ved UiO, dekan ved Det medisinske fakultet ved UiO og konserndirektør fra Helse Sør-Øst. Arbeidet med idéfasen har vært organisert

med en prosjektgruppe under ledelse av en prosjektdirektør fra OUS. Prosjektgruppen for øvrig har til dels bestått av ansatte fra sykehuset og til dels av innleide ressurser fra Hospitalitet, Terramar, Faveo, COWI og Nordic Office of Architecture. For øvrig har Ratio Arkitekter, C.F. Møller, Multiconsult, Foss & Co, SINTEF, Bygganalyse, Oslo Economics og OPAK/Metier utført oppdrag for prosjektet. Prosjektet har hatt en kjernegruppe på 10-15 personer, sammensatt av interne og eksterne ressurser. I tillegg har et stort antall personer vært inne i arbeidet med deloppgaver. Disse ressursene har sammen med kjernegruppen utgjort 60-70 personer. Se vedlegg 22 for en oversikt over deltakere i prosjektet.

Ledergruppen i prosjektet har hatt ukentlige møter hvor drøfting og vurdering av de ulike oppgavene har vært på agendaen. Styringsgruppen har hatt møter om lag en gang pr. måned.

Figur 1  
Organisasjonsdiagram -  
prosjektorganisasjon.



## 2.5 Medvirkning og deltakelse i prosjektet

Det har vært holdt en rekke møter med ledergruppen i OUS, tillitsvalgte og vernetjeneste, forskningsutvalg, N3-lederforum, brukerutvalg og ungdomsråd. En faglig rådgivningsgruppe med til sammen 35 representanter fra klinikker, staber, brukerutvalg, ansattes organisasjoner, vernetjeneste, Oslo kommune, UiO, de private ideelle sykehusene og HSØ har vært sentral i arbeidet med virksomhetsløsninger. I tillegg til tematiske møter om virksomhetsprosjekt har det vært gjennomført idédugnader om fysiske løsninger, byutvikling og innovasjon. Her har det vært bred deltagelse fra OUS, samarbeidspartnere og andre relevante aktører. Til sammen har mer enn 300 personer vært involvert i arbeidet.

Det har også vært avholdt møter og er gitt informasjon om prosjektet til UiO, Høgskolen i Oslo og Akershus, ulike instanser i Oslo kommune, Lovisenberg diakonale sykehus (LDS) og Diakonhjemmet sykehus (DS). De nevnte interessenter er viktige bidragsytere og samarbeidspartnere i det videre arbeidet med utviklingen av sykehuset. Det er også søkt råd hos andre organisasjoner som er vurdert som sentrale interessenter, så som Statens veivesen, RUTER og Næringsforeningen.

Det er søkt informasjon og råd fra andre foretak som har erfaring fra lignende prosjekter. Koordineringsmøte og erfaringsutveksling er gjennomført med Vestre Viken og Sykehuset Østfold, sammen med HSØ. Studiebesøk er gjennomført til St. Olavs Hospital i Trondheim og Karolinska Sjukhuset i Stockholm. Begge er nordiske universitetssykehus med utbyggingserfaring som det var nyttig å innhente erfaring fra. Det har også vært gjennomført studietur til London og Firenze, hvor hovedfokus var på hhv. organisering av sykehus og integrasjon av sykehus i et byperspektiv.

OUS og HSØ har gjennomført flere utredninger med betydning for idéfasearbeidet. Det gjelder bl.a. idéfase for protosenter, tidligere idéfase for Regional sikkerhetsavdeling, regionale prosjekter vedrørende fremtidig kapasitetsbehov og oppgavedeling i HSØ, plan for bygningsmessige utbedringer mv. Idéfase OUS – Campus Oslo er så langt mulig koordinert med disse utredningene.

## 2.6 Aktiviteter i idéfasen

Idéfasen har vært gjennomført i samsvar med veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter. Med utgangspunkt i en behovsanalyse er det gjort omfattende idé søk. Alternative forslag til virksomhetsmessige og fysiske løsninger har blitt identifisert og utredet på overordnet nivå. Deretter er alternativene blitt vurdert og sammenlignet ut fra forutsetninger om behov, mål, ambisjonsnivå, kapasitet og økonomi.

Det er utarbeidet egne delrapporter for arbeidet i delprosjektene virksomhetsløsninger, kapasitet, areal og økonomi, fysiske løsninger og byutvikling og innovasjon. Vurderingene i delprosjektene er lagt fram for styringsgruppen for behandling underveis. Det har også foregått løpende koordinering mellom vurderingene i delprosjektene.

Evalueringen av løsningsforslagene er gjennomført i to faser:

- 1 Grovsortering av resultatene fra idé søk innen virksomhetsløsninger og fysiske løsninger for å bestemme hvilke alternativer som er best egnet for videre studier.
- 2 Kvalitativ evaluering, økonomisk evaluering, ROS-analyse (vurdering av gjennomførbarhet og risiko, se vedlegg 9) og samlet evaluering av de gen-

Over 300 personer har vært involvert i idéfasearbeidet, og en rekke miljøer har medvirket i prosessen, bl.a. brukerne selv.

Idéfasen har vært gjennomført i samsvar med veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter.

stående virksomhetsmessige og fysiske løsninger, med sikte på å fastslå hvilke alternativer som er best egnet for videre utredning i neste fase (kapittel 10).

Det er gjennomført en tredelt ekstern kvalitetssikring av arbeidet.

## 2.7 Ekstern kvalitetssikring

Parallelt med arbeidet i prosjektet har det blitt gjennomført en tredelt ekstern kvalitetssikring:

- 1) Kvalitetssikring av prosjektorganisering og styringsopplegg
- 2) Kvalitetssikring av prosess og metodikk
- 3) Kvalitetssikring av idéfaserapport

Del 1 og 2 ble gjennomført henholdsvis innledningsvis og underveis i arbeidet, mens del 3 foregikk parallelt med høringen av versjon 1.0 av rapporten. Tre delrapporter med innspill til arbeidet er levert, i tillegg er det gitt løpende tilbakemeldinger. Innspillene er vurdert av styringsgruppen og ledergruppen i prosjektet og har blitt tatt hensyn til i arbeidet. Kvalitetssikringen av rapporten i 1.0 versjon er tatt hensyn til i versjon 2.0.

## 2.8 Høring

Høringsrunden høsten 2014 ga 68 formelle høringssvar. Disse vil i stor grad påvirke plan for neste fase.

Etter styrebehandling 26. juni 2014 ble idéfaserapporten i versjon 1.0 sendt på offisiell høringssrunde med svarfrist 1. november. Det kom inn 68 formelle høringssvar, hvorav 28 fra 212 inviterte høringssinstanser. Resultatene fra høringen er behandlet i styringsgruppen og har fått direkte betydning for evalueringen av de ulike løsningsforslagene i idéfaserapporten versjon 2.0. Høringsinnspillene vil også påvirke utformingen av plan for neste fase.





## Sammendrag

I dette kapitlet beskrives nå-situasjonen og forventet samfunnsmessig og medisinsk utvikling, som viser hvorfor Oslo universitetssykehus (OUS) trenger nye sykehusbygg. Det er tre hovedårsaker til behovet 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.
- En sammenslåing av likartede aktiviteter er nødvendig for å oppnå bedre kvalitet og effektivitet i pasientbehandlingen og for å gi sunn økonomisk drift.
- 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 Helse Sør Øst-området, en økning på 24 % fra i dag.

I tillegg til pasientbehandling har OUS omfattende og viktige oppgaver knyttet til forskning, utvikling, utdanning og innovasjon. Dette er oppgaver som løses best i samarbeid med nære samarbeidspartnere som UiO, Oslo kommune og høyskolene. Planlegging av nye sykehusbygg, storbylegevakt og livsvitenskapsbygg skjer så nær hverandre i tid og sted at det oppstår muligheter som går utover det enkelte prosjekt.

### 3.1 Hvorfor nye bygg?

Det er tre hovedårsaker til at Oslo universitetssykehus (OUS) trenger nye sykehusbygg:

- Store deler av pasientbehandlingen, forskningen og utdanningen i OUS foregår i en bygningsmasse som er gammel, uhensiktsmessig og i en dårlig, til dels meget dårlig, teknisk forfatning. Dette har ført til at sykehuset har pådratt seg et stort antall myndighetspålegg knyttet til sikkerheten for pasienter og ansatte.
- Det er behov for å samle pasientforløp for å styrke kvalitet og effektivitet i pasientbehandlingen.
- Det trengs økt sykehuskapasitet for å

møte en betydelig forventet befolkningsvekst i Oslo og tilstøtende deler av regionen.

I de følgende kapitlene beskrives nåsituasjon og forventet utvikling mot 2030, som danner grunnlag for de tre behovene nevnt ovenfor.

### 3.2 Føringer

#### 3.2.1 Pasientens behov er førende

Arbeidet med virksomhetsløsninger bygger videre på den utviklingsretning som er lagt for OUS gjennom Strategi 2013-18 og Arealutviklingsplan 2025. Siden arealutviklingsplanen hadde større fokus på utvikling av bygningsmasse enn virksomhet, har virksomheten blitt viet spesiell oppmerksomhet i idéfasen. Delprosjekt virksomhetsløsninger har oppdatert og supplert innholdet i are-

Det er tre hovedårsaker til at OUS trenger nye sykehusbygg: gammel bygningsmasse, behovet for å samle pasientforløp og befolkningsvekst.

Strategi 2013-18 har som et hovedmål at OUS skal ta utgangspunkt i pasientenes perspektiv.

Et nytt sykehus må ha bygningsmessige og tekniske løsninger som legger til rette for samarbeid om pasientforløp på tvers av spesialiteter og yrkesgrupper i sykehuset.

alutviklingsplanen, slik at det nå foreligger en fullverdig utviklingsplan som del av idéfasens beslutningsgrunnlag.

Strategi 2013-18 har som et hovedmål at OUS skal ta utgangspunkt i pasientenes perspektiv. Et sykehus som bygges for framtidens pasienter må være tilpasset en ny tids samfunnsmessige behov og utviklingstrender. Økende bevissthet blant brukerne om rettigheter og muligheter er i ferd med å forandre pasientens rolle fra passiv mottaker til informert medvirker. Det ligger et betydelig potensial i å involvere pasientene og sette dem i stand til både å ta større ansvar for egen helse og til å bidra aktivt i planleggingen av nytt sykehus.

Pasientenes behov skal være førende for struktur og innhold i sykehuset. Gode, forutsigbare pasientforløp skal ligge til grunn for valg av virksomhetsmodell. Tverrfaglige miljø som utreder og behandler pasienten, skal samles. Dette innebærer at et nytt sykehus må ha bygningsmessige og tekniske løsninger som legger til rette for samarbeid om pasientforløp på tvers av spesialiteter og yrkesgrupper i sykehuset. Ny og fleksibel bygningsmasse med moderne teknologi må til dersom Norges største universitetssykehus skal kunne utvikle seg videre som ledende akademisk senter innen pasientbehandling, forskning, utdanning og innovasjon.

Nye samarbeidsformer, medisinske tilbud og teknologiske nyvinninger er også nødvendig for å kunne møte framtidens befolkningsvekst og bemanningsutfordringer.

### 3.2.2 Nasjonale og regionale føringer

Staten har et overordnet ansvar for at befolkningen skal få de nødvendige tjenester fra spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenestens samfunnsansvar er å yte tjenester av god kvalitet innenfor rammene av velferdsstatens grunnleggende etikk og moral, og å følge bestemmelser gitt i pasientrettighets-

loven, helseforetaksloven, spesialisthelsetjenesteloven, Nasjonal helse- og omsorgsplan, samt føringer gitt i de årlige oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD).

Den nasjonale visjonen fra helsereformen i 2002 «Gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger når de trenger det, uavhengig av, alder, bosted, kjønn, økonomi og etnisitet» og de nasjonale verdiene for helseforetakene «kvalitet, trygghet og respekt», er lagt til grunn for OUS sin strategi og verdi grunnlag. Nåværende politiske ledelse i HOD arbeider for en "pasientens helsetjeneste" der pasienten settes i sentrum, ventetidene skal ned og kvaliteten skal heves.

Helse- og omsorgsdepartementet stiller midler til rådighet for Helse Sør-Øst (HSØ) og øvrige regionale helseforetak, gjennom et årlig oppdragsdokument. HSØ skal utføre pålagte oppgaver og gjennomføre styringskravene innenfor tildelte rammer og vedtak.

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 innvandrerg grupper. Pasienter og brukere må ha trygghet for at tjenestene er tilgjengelige, og for at de blir møtt med omsorg og respekt.

OUS er tillagt ansvar for en rekke nasjonale og regionale behandlings- og kompetansetjenester. Sykehuset samarbeider med universitet og høyskoler om utdanning av helsepersonell. Utdanningsaktivitetene er regulert i egne avtaler med utdanningsinstitusjonene og skal være tilpasset samfunnets framtidige behov. OUS har i samarbeid med UiO blitt tillagt en sentral rolle for forskningen i HSØ. Sykehuset skal støtte og styrke forskningsaktivitet ved de

andre helseforetakene, blant annet gjennom sentrale støttefunksjoner og forskningsnettverk.

Flere pågående regionale og nasjonale prosjekter kommer til å legge føringer for den videre utvikling av OUS. I HSØ pågår en prosess vedrørende ny oppgavedeling i Osloområdet. Rapporten som skal foreligge i løpet av vinteren, vil få betydning for framtidig oppgavedeling mellom helseforetakene. Den videre behandling av *NOU 2014: 10 Skyld- evne, sakkyndighet og samfunnsvern* (Tilregnlighetsutvalget), kan komme til å få betydning for dimensjonering av regional sikkerhetsavdeling. Nasjonal helse- og sykehusplan som skal legges fram for Stortinget høsten 2015 kommer til å legge føringer for all sykehusplanlegging i Norge.

### 3.3 Hovedtrekk i dagens virksomhet

#### 3.3.1 Organisering, størrelse og lokalisering

OUS er organisert i ni klinikker (se figuren nedenfor), inkludert Oslo sykehuservice som leverer ikke-medisinske tjenester til resten av foretaket.

Den somatiske virksomheten foregår i hovedsak på fire steder: Aker, Rikshospitalet, Radiumhospitalet og Ullevål sykehus. Klinikkk for psykisk helsevern og avhengighet har aktivitet ved en rekke forskjellige adresser, med Ullevål, Dikemark, Aker, Gaustad og Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling, Sogn (BUPA), som de fem største lokalitetene.

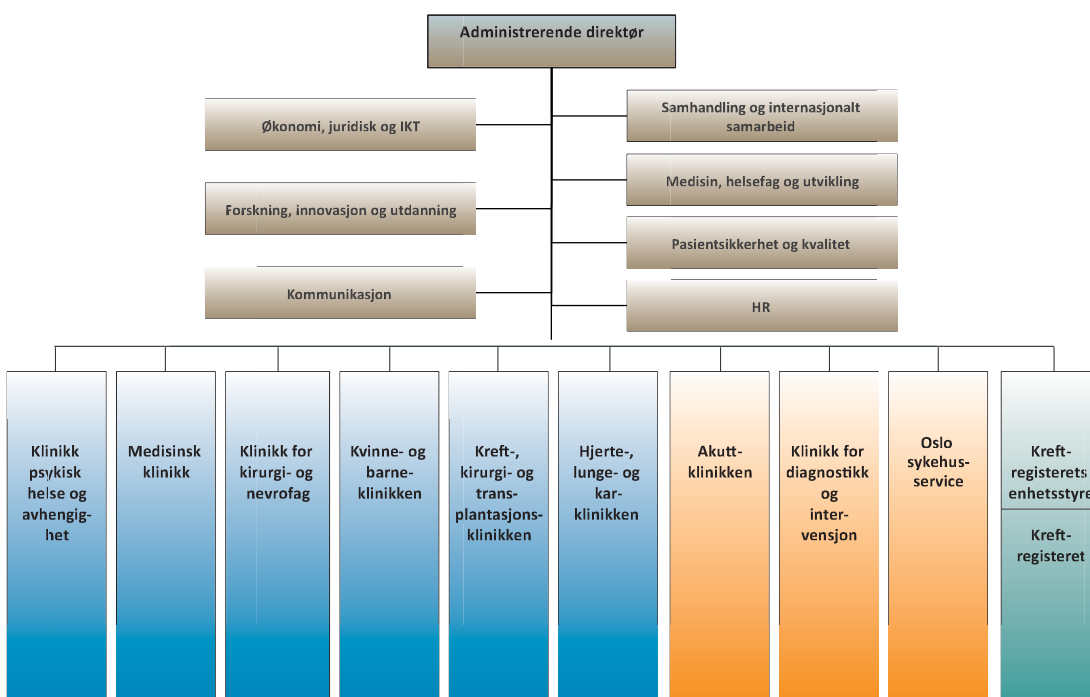
Vinteren 2012-13 viste en intern gjennomgang at 51 av 83 avdelinger i sykehuset hadde virksomhet ved mer enn en lokalitet, og at hele 35 avdelinger hadde drift tre eller flere steder. Flertallet av disse avdelingene hadde døgndrift og behov for beredskap og vaktlag på mer enn ett sted. Den oppdelte virksomheten gir ledelsesmessige utfordringer og økte driftskostnader. Dette er en uønsket situasjon både for pasienter, ansatte og ledelse i sykehuset.

#### 3.3.2 Opptaksområde og funksjonsfordeling

OUS yter et bredt spekter av spesialisthelsetjenester og har nasjonale funksjoner, flerregionale og regionale funksjoner for HSØ samt område- og lokalsykehusfunksjoner for Oslo sykehusområde.

Oslo kommune er inndelt i sektorer etter

51 av 83 avdelinger i sykehuset hadde i 2013 virksomhet ved mer enn én lokalitet, og 35 avdelinger hadde drift tre eller flere steder.



Figur 4  
Organisasjonskart over Oslo universitetssykehus (november 2014).



OUS har lokalsykehusansvar for ca 250 000 innbyggere og områdeansvar for mer enn 500 000.

Hele 112 bygninger på til sammen 270 000 kvm har vernestatus.

Tilstandsanalysen viste at den gjennomsnittlige alderen for OUS sin bygningsmasse var 49 år, mens landsgjennomsnittet for sykehus var ca. 40 år.

bydel. Akershus universitetssykehus (AHUS), Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet dekker 3 bydeler hver, mens OUS har lokalsykehusansvar for de seks bydelene Bjerke, Nordstrand, Søndre Nordstrand, Nordre Aker, Østensjø og Sagene. Sykehuset har områdeansvar for de seks bydelene til Lovisenberg og Diakonhjemmet i tillegg til sine egne bydeler. Dette innebærer lokalsykehusansvar for i overkant av 250 000 innbyggere og områdeansvar for mer enn 500 000. For enkelte fag, som for eksempel øyesykdommer, strekker områdeansvaret seg utover Oslo sykehusområde og tilsvarer et befolkningsgrunnlag på nærmere en million innbyggere.

I styresak 108-2008 slår HSØ fast at akuttfunksjoner innenfor kirurgi som hovedregel skal samles ett sted i hvert sykehusområde. En fullstendig samling av akuttkirurgien i Oslo er ikke gjennomført, men OUS har ansvar for det akuttkirurgiske tilbudet til Lovisenbergs bydeler i tillegg til sine egne. Det foreligger dessuten en avtale som gir Lovisenberg det indremedisinske ansvaret for Sagene bydel. Lovisenberg har også overtatt ØNH-oppgaver fra OUS, mens Diakonhjemmet har regionsansvar for revmakirurgi og deler av revmatologien. Flere spesialiteter slik som for eksempel nevrologi, urologi, pediatri, onkologi, hudsykdommer og gynekologi/obstetrikk finnes kun ved OUS.

Selv om de private, ideelle sykehusene i Oslo har overtatt oppgaver for OUS, har begge sykehus betydelig lavere egendekningsgrad enn OUS. Dette gjenspeiler dels at de ikke har tilbud innenfor alle spesialiteter, dels at pasienter søker seg til OUS på grunn av fritt sykehusvalg. Også mange pasienter fra AHUS og Vestre Vikens opptaksområder behandles ved OUS.

### 3.3.3 Bygningsmasse og teknisk infrastruktur

OUS er preget av stor slitasje og mangelfullt vedlikehold over mange år. Tilstanden til

bygninger, tekniske installasjoner og annen infrastruktur varierer, men er jevnt over dårlig. Det foreligger stort behov for utskiftninger og oppgradering.

### Høy alder og vernestatus

Bygningsmassen er utviklet gjennom en periode på over hundre år og gjenspeiler de ulike tidsepokers trender for sykehusvirksomhet og byggeskikk. Funksjonell standard i de gamle byggene er langt unna det man forventer i vår tid. Behovet for funksjonelle utbedringer og ombygginger er stort. Mange av byggene har imidlertid lite tilpasningsdyktig bygningsstruktur og er derfor vanskelig og kostnadskrevenende å bygge om. Dessuten setter vernebestemmelser grenser for ombyggingene. Hele 112 bygninger på til sammen 270 000 kvm har vernestatus, de fleste med fredning av eksteriør, noen også med interiørvern. Dessuten er uteområder både på Dikemark, Sognsvannveien, Gaustad og Ullevål fredet. For mange av bygningene vil det av nevnte årsaker ikke være fysisk mulig eller økonomisk forsvarlig å investere i funksjonelle ombygginger. Betydelig omfang av nye arealer vil være nødvendig om man skal oppnå et framtidrettet sykehus.

I 2010-2011 gjennomførte Multiconsult en overordnet bygningsteknisk kartlegging og vurdering av helseforetakenes bygningsmasse for Helse Sør-Øst. I 2011 ble det også gjennomført en kartlegging av funksjonell egnethet for virksomhet i de mest sentrale delene av bygningsmassen. Tilstandsanalysen viste at den gjennomsnittlige alderen for OUS sin bygningsmasse var 49 år, mens landsgjennomsnittet for sykehus var ca. 40 år. Dersom bygningsmassen ved Rikshospitalet ble holdt utenfor var snittalderen for resten av sykehuset nærmere 60 år. Rapporten viste at OUS hadde den dårligste gjennomsnittlige tilstandsgraden av alle landets sykehus.

### Byggenes tilstand

En ny, oppdatert tilstandsanalyse er gjennomført i 2014 og kvalitetssikret i høringsperioden for idéfaserapporten. I oversiktene som følger er det vist nåværende teknisk tilstand for Aker sykehus, Rikshospitalet med Gaustad sykehus, Ullevål sykehus og Radiumhospitalet. Fargekodene gjenspeiler tilstandsgrad per bygg som er vurdert etter NS 3424 Tilstandsanalyse av byggverk. 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.

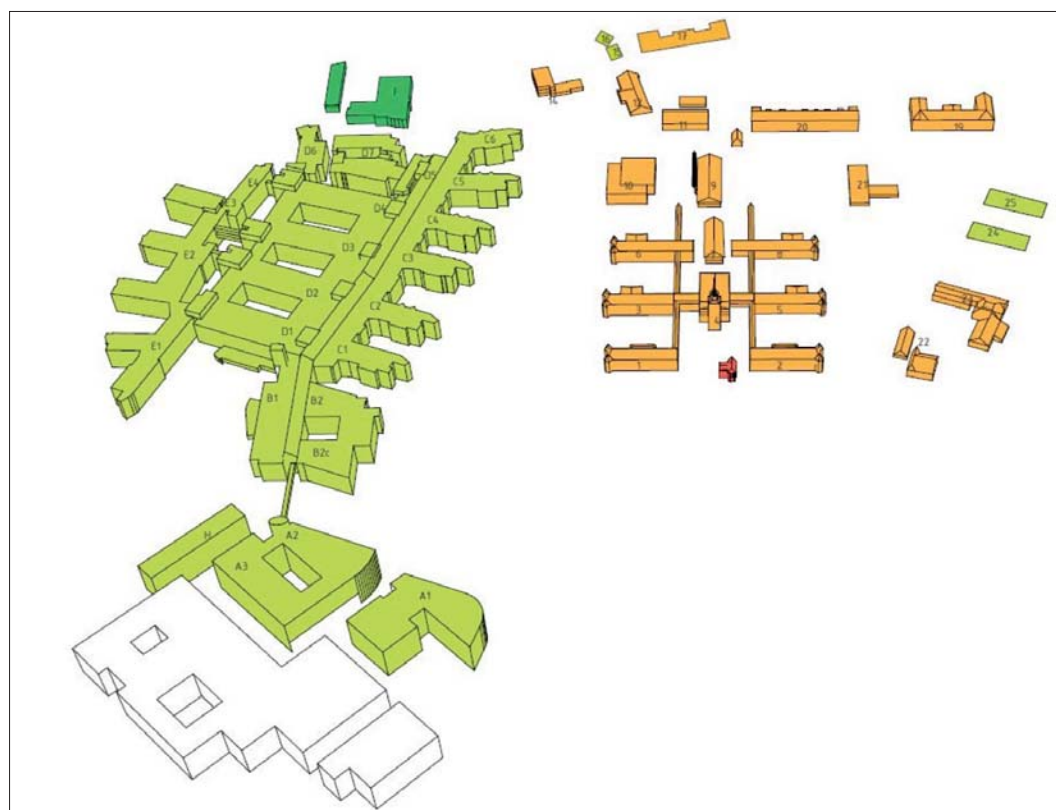
Ved siden av aktuell teknisk tilstand viser figurene også den generelle tilpasningsdyktigheten

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. Jo 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.

Multiconsult har estimert det tekniske oppgraderingsbehovet i 2014 til ca. 8,4 mrd. kroner. Dette beløpet representerer et samlet vedlikeholds- og investeringsbehov over 10 år og er basert på en forutsetning om at samtlige bygninger beholdes og oppgraderes slik de er i dag. Estimaten omfatter ikke funksjonelle ombygninger, dvs. ombygninger som er nødvendig for å kunne drive avansert

Multiconsult har estimert det tekniske oppgraderingsbehovet til ca. 8,4 mrd. kroner.

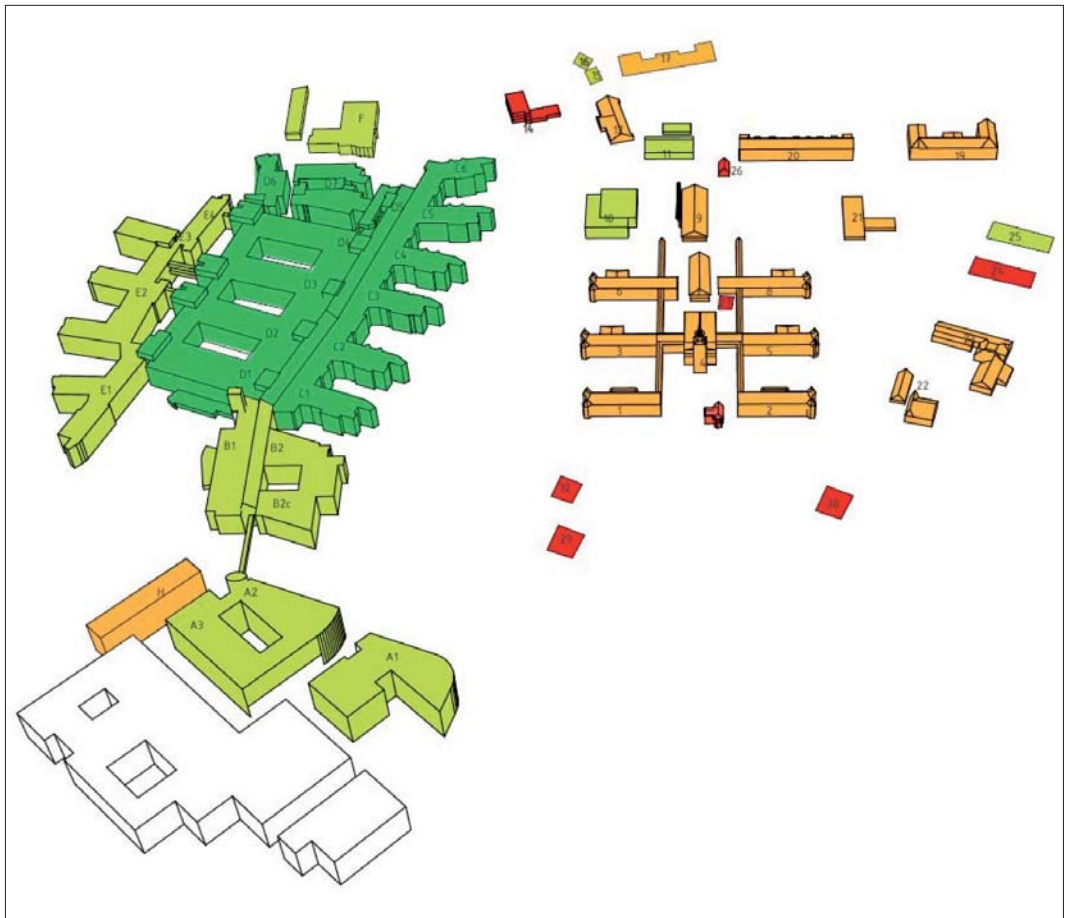


Figur 5  
Oversikt teknisk tilstand  
Rikshospitalet og Gaustad  
sykehus.

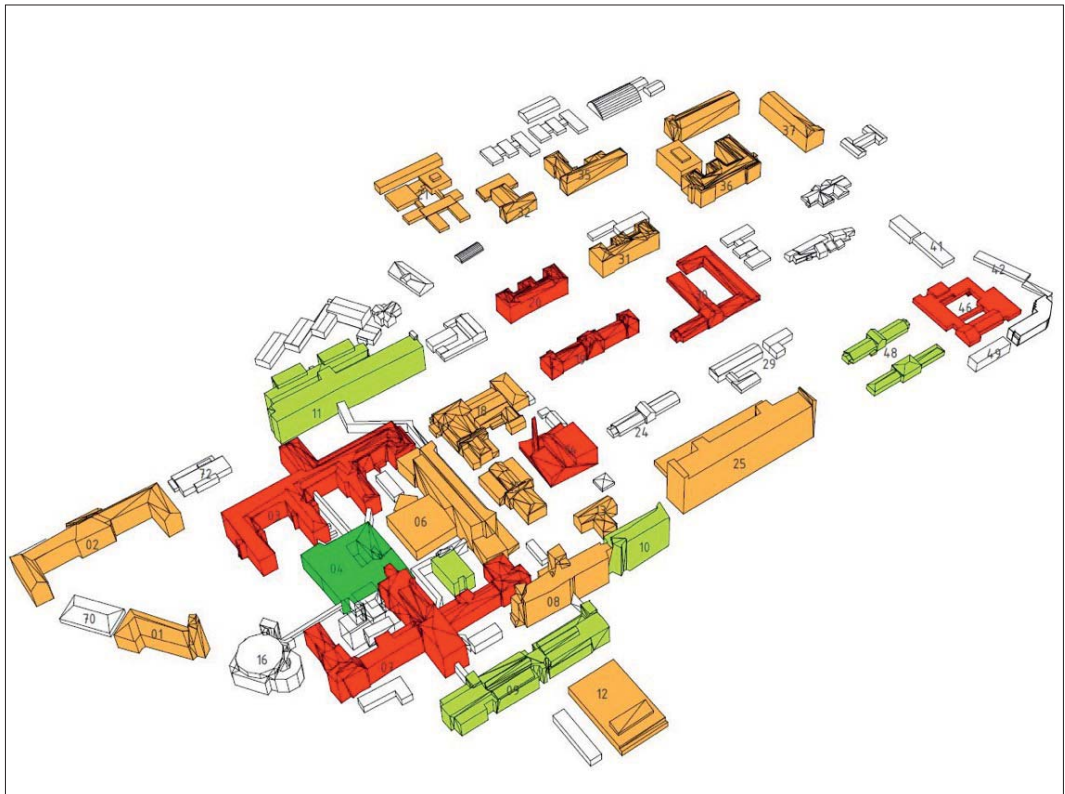
God
Akseptabel
Dårlig
Svært dårlig
Ikke kartlagt

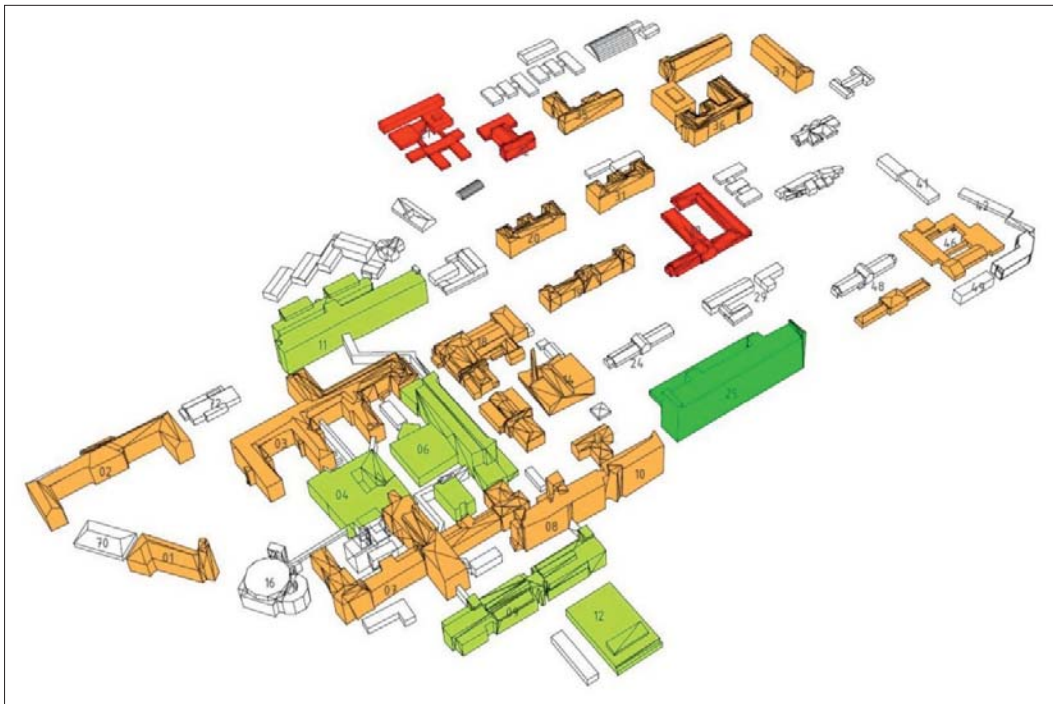
Figur 6  
Oversikt tilpasningsdyktighet Rikshospitalet og Gaustad sykehus.

God
Akseptabel
Dårlig
Svært dårlig
Ikke kartlagt



Figur 7  
Oversikt teknisk tilstand Ullevål sykehus.





Figur 8  
Oversikt tilpasningsdyktighet Ullevål sykehus.

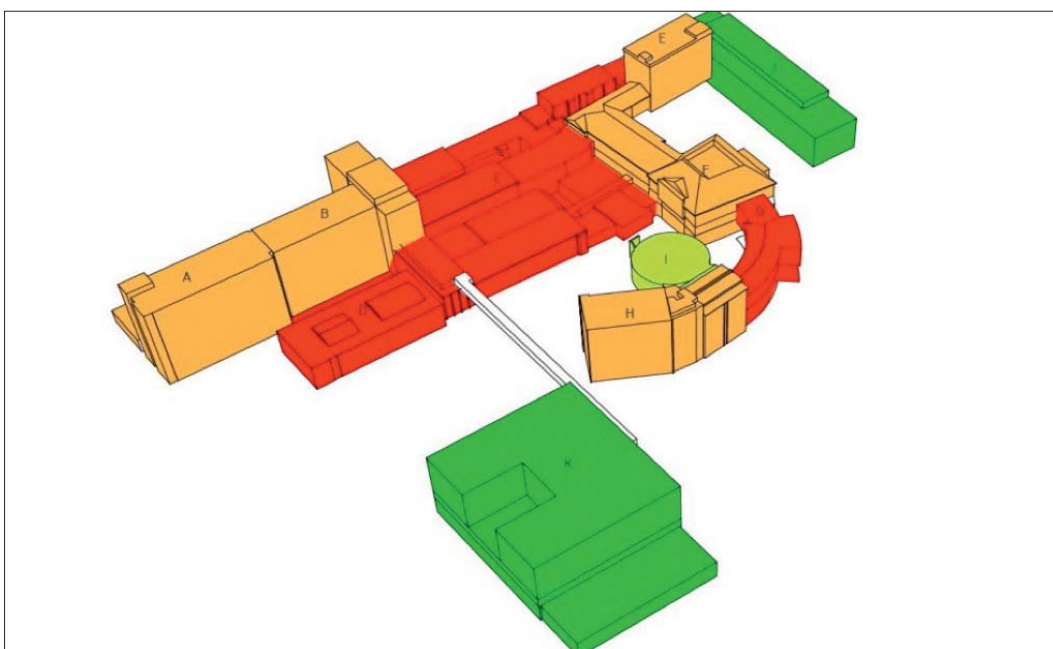
God
Akseptabel
Dårlig
Svært dårlig
Ikke kartlagt

3

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).

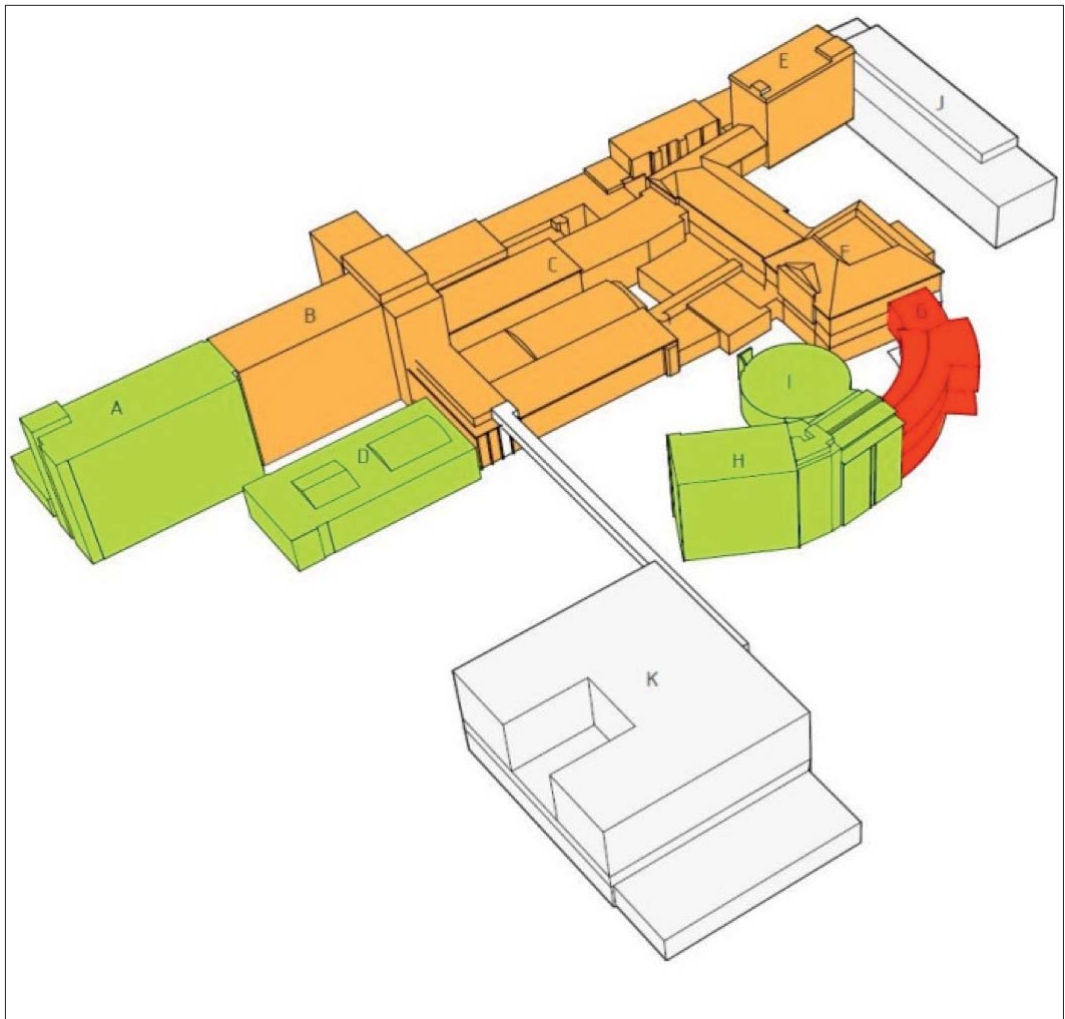
Tiltaksbehov i eksisterende bygg er vurdert for alle alternativ i idéfasen. Etter en

levedyktighetsbetraktning tar vurderingene hensyn til ulike tidsperspektiv for fortsatt bruk av bygningene, hhv. 10 år, 15 år og 20 år eller lengre (mot 40 år). Strategien for tiltak og investeringer vil avhenge av om bygget ved utløpet av perioden skal avhendes eller om det fortsatt skal benyttes. Investeringsbehovene ved de ulike alternativene er presentert i kapittel 8.



Figur 9  
Oversikt teknisk tilstand Radiumhospitalet.

Figur 10  
Oversikt tilpasningsdyktighet  
Radiumhospitalet.



God
Akseptabel
Dårlig
Svært dårlig
Ikke kartlagt

Figur 11  
Oversikt teknisk tilstand  
Aker sykehus.





Figur 12  
Oversikt tilpasningsdyktighet Aker sykehus.



**Tilsynsavvik**

Dårlig vedlikehold ved de tidligere sykehusene gjennom mange år har ført til at OUS har pådratt seg et stort antall pålegg både fra Arbeidstilsynet, Direktoratet for sikkerhet og beredskap (DSB) og Branntilsynet. Ullevål og Radiumhospitalet har flest avvik. En stor andel av disse har betydning for pasienter og ansattes sikkerhet.

Tilsynsmyndighetene har regelmessige oppfølgingsmøter med OUS for å følge opp fremdriften knyttet til lukking av myndig-

hetspålegg. Mange tiltak er gjennomført, men fortsatt gjenstår over 300 avvik. Flere av disse er omfattende og vil være krevende å lukke. Høsten 2014 er det utarbeidet en modifisert konseptrapport som dokumenterer hvilke ressurser som skal til for å lukke de mest alvorlige avvikene. Ordinært vedlikeholdsbudsjett strekker ikke til.

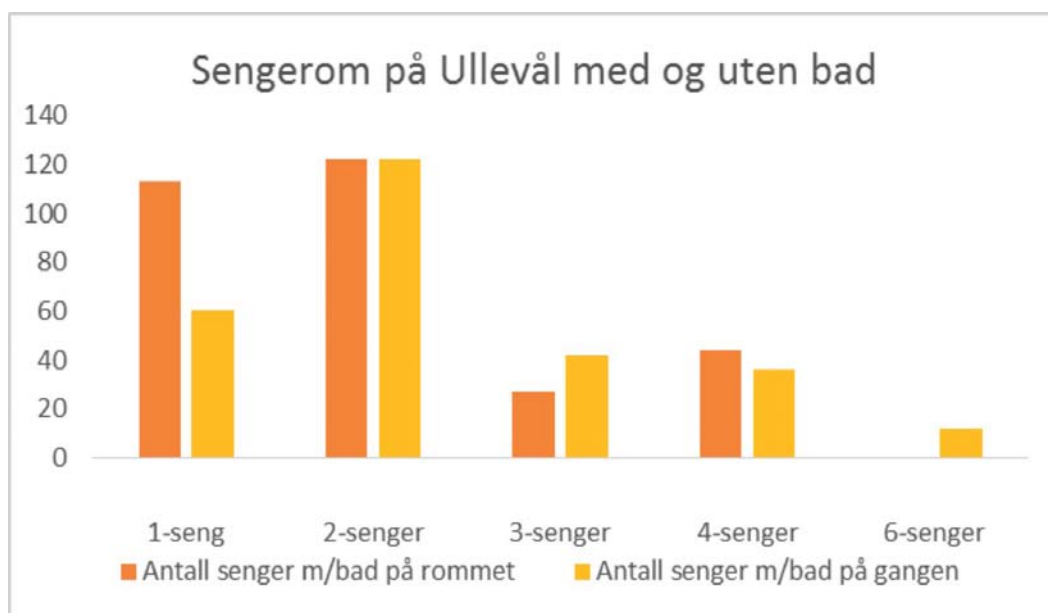
Rapporten skal brukes som grunnlag for en lånesøknad om midler til utbedring av den ekstraordinære avvikssituasjonen.

Lokalitet	Arbeidstilsynet (HMS)	DSB	Brann
Ullevål	44 (90)	35 (48)	11 (24)
Rikshospitalet	27 (53)	35 (40)	3 (3)
Radiumhosp.	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)	
<b>Samlet</b>	<b>178 (305)</b>	<b>94 (127)</b>	<b>66* (88)</b>

Tabell 4  
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.

Figur 13  
Fordeling av senger i rom  
på Ullevål med og uten  
bad og mht antall senger  
på rommet.



### Eksempel på manglende funksjonalitet i areal for pasientbehandling

Som eksempel på manglende funksjonalitet i pasientarealer viser figur 13 situasjonen med hensyn til sengerom på Ullevål sykehus.

Totalt antall senger på Ullevål er 548, fordelt på 340 rom. Noen nøkkeltall er:

- 51 % av sengerommene er enerom eller to-sengersrom med bad
- 41 % av sengene er på enerom eller to-sengersrom m/bad
- 16 % av sengene er på rom med flere enn to senger og bad på gangen

- 28 % av sengene er på rom med flere enn to senger

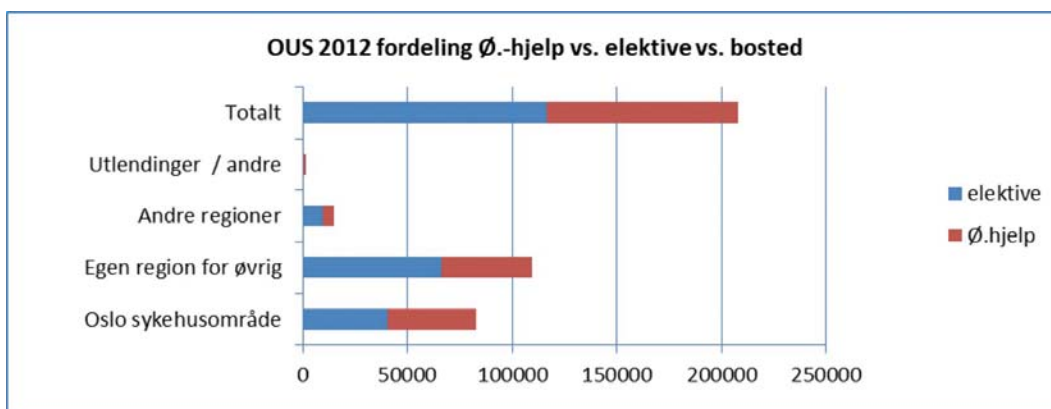
Situasjonen beskrevet over får og har betydning for både opplevd kvalitet i pasientbehandlingen og den reelle sengekapasiteten i OUS på kort og mellomlang sikt. Verken lukking av myndighetspålegg eller teknisk oppgradering av byggene, vil endre på andel rom med flere enn to senger eller etablere bad på rom som i dag har bad på gangen.

### 3.3.4 Pasientbehandling – Somatikk

Lands- og regionsfunksjoner utgjør mer enn 60 % av den somatiske virksomheten i sykehuset. Tabellen og figuren nedenfor viser DRG-produksjonen i 2012, inndelt etter tilstandens hastegrad og pasientens bosted. Sykehusets DRG-produksjon er økende.

Tabell 5  
DRG-finansiert somatisk  
virksomhet inndelt etter  
hastegrad og bosted  
(fra styrerepresentasjon,  
25.april 2013).

Bosted	Elektive	Ø-hjelp	Totalt
Oslo sykehusområde	40 461	42 116	82 577
Egen region for øvrig	66 331	43 193	109 524
Andre regioner	9 536	5 101	14 637
Utlendinger/andre	209	1 106	1 315
<b>Totalt</b>	<b>116 537</b>	<b>91 516</b>	<b>208 053</b>



Figur 14  
Fordeling av elektive og  
Ø-hjelpspasienter fordelt  
på bosted.

Somatisk pasientaktivitet i OUS i 2012 er beregnet for:

- Døgnbehandling målt som avdelingsopphold, liggedager i normal seng og gjennomsnittlig liggetid, samt liggedager i observasjonsseng tilknyttet akutt-mottak og hotell.
- Dag- og poliklinisk behandling målt som antall dagbesøk og polikliniske besøk
- Tabell 6 viser fordelingen av aktiviteten mellom de somatiske klinikkene.

Store deler av den somatiske virksomheten drives i bygningsmasse som er i så dårlig forfatning at det er vanskelig å drive god pasientomsorg. Arbeidstilsynet har pålagt sykehuset å gjennomføre omfattende oppgraderingstiltak i en rekke av bygningene. Dårlig bygningsmasse er også en utfordring for forskning og innovasjon.

De siste årene har det vært arbeidet systematisk med å redusere ventelister og fristbrudd. Arbeidet har gitt resultater. Det arbeides videre med tiltak som kapasitetsøkning og ny oppgavedeling i regionen for å

Klinikk	OUS 2012						
	Avd. opphold	Liggedager norm. seng	Gj. snittlig. liggetid	Obs liggedager	Hotell liggedager	Dag- opphold dager	Poli- klinikk
B - Medisinsk klinikk	14 895	74 304	5,0	8 355		18 419	86 840
C – Klinikk for kirurgi og nevrofag	25 207	117 488	4,7			28 317	166 722
D – Kvinne- og barneklubben	24 142	93 640	3,9			9 605	116 649
E - Kreft- kirurgi og transplantasjonskl.	24 062	119 104	4,9			32 373	182 070
F – Hjerne-, lunge- og karklinikk	11 669	37 957	3,3			6 349	22 141
H – Akuttklubben*				820			
I alt	99 975	442 493	4,4	9 175	64 614	95 063	574 422

Tabell 6  
Somatisk pasient-  
behandling i OUS 2012.

\* Data for 2012 inkluderer liggedager i observasjonssenger i Akuttklubben. Øvrig aktivitet i Akuttklubben, som for eksempel intensivbehandling og smertebehandling, er ikke medregnet her, men dimensjonert separat. Aktivitet tilknyttet Klinikk for diagnostikk og intervensjon inngår ikke i pasientgrunnlaget, men dimensjoneres separat. Data for poliklinisk behandling er ekskl. aktivitet i skadelegevakt, som lokaliseres sammen med storbylegevakt, samt stråleterapi som dimensjoneres separat.

Styrevedtak 108-2008 i HSØ la som føring at dupliserte lands- og regionsfunksjoner i OUS skulle samles ved Rikshospitalet på Gaustad. Dette vedtaket har ikke latt seg gjennomføre, grunnet faglig avhengighet mellom virksomhet som foregår på Ullevål og kapasitetsutfordringer på Rikshospitalet.

løse de utfordringer som fortsatt finnes innen en del fagområder. Flaskehalsene innen radiologi og patologi blir viet spesiell oppmerksomhet, og det pågår kapasitetsøkning innen begge områder.

Sykehuset har også utfordringer med operasjons-, postoperativ- og intensivkapasitet.



Akuttbygget på Ullevål som åpnet i februar 2014 vil bedre situasjonen innen alle tre områder når ombygging i tilgrensende arealer er ferdig. På Rikshospitalet pågår etablering av tre nye operasjonsstuer samt seks intensiv-/postoperative plasser. Inntil økt kapasitet er på plass arbeides det med å utnytte tilgjengelige ressurser best mulig. Den økende intensivvirksomheten de senere år gjenspeiler OUS sin stadig viktigere rolle som «bakvakt» innen traumatologi og annen avansert kirurgi og intensivbehandling.

### 3.3.5 Pasientbehandling - Psykisk helsevern og avhengighet

#### 3.3.5.1 Generelt

Det aller meste av OUS sin virksomhet innen psykisk helsevern og avhengighet er samlet i Klinikk for psykisk helse og avhengighet. Klinikken leverer og utvikler hele bredden av tjenester, fra spesialiserte tjenester på sykehusnivå til desentraliserte tjenester på dis-

triktopsykiatrisk (DPS-nivå). Det er krav om at tjenestene skal være tilgjengelige og sammenhengende, ha høy faglig kvalitet og være tilpasset befolkningens økende behov.

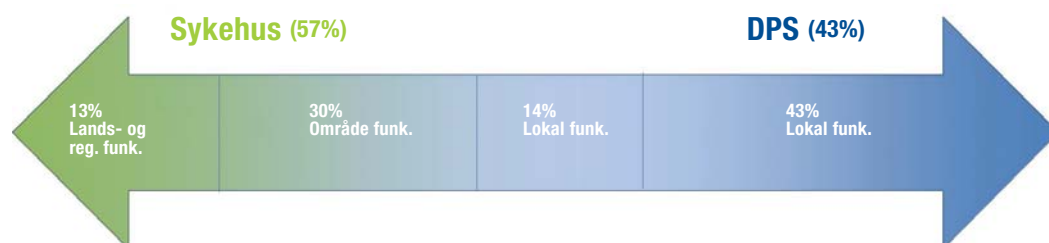
Hoveddelen av aktiviteten innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling består av område- og lokalsykehusfunksjoner. I 2012 var fordelingen 13 % nasjonale/regionale funksjoner og 87 % område/lokalsykehusfunksjoner.

Til sammen 57 % av aktiviteten foregikk innenfor sykehuset (17 % lands- og regionsfunksjoner, 44 % område- og lokalfunksjoner), mens de resterende 43 %, som er lokalsykehusfunksjoner, foregikk ved DPS-ene.

#### 3.3.5.2 Sikkerhetspsykiatri

OUS har regions-, område- og lokalfunksjoner innen fagområdet sikkerhetspsykiatri. Sikkerhetspsykiatri er et fagfelt

Figur 15  
Fordelingen mellom nasjonale/regionale funksjoner og område/lokalfunksjoner i klinikk for psykisk helse og avhengighet (klinikk A).



Tabell 7  
Pasientaktivitet innen psykisk helse og avhengighet i OUS.

Klinikk	Avdeling	OUS 2012			
		Opphold	Liggedager	Dag-behandling	Poliklinikk/Besøk
Klinikk	Psykisk helse, nasjonale og regionale funksjoner, avdeling	185	14 651	90	25 762
	Psykisk helsevern døgntbehandling, avdeling	1 318	49 243	13	9 656
DPS	Rus- og avhengighetsbeh., avdeling	2 804	26 154	823	16 127
	Barne- og ungdomspsykiatrisk, avd.	91	4 311	1 015	40 914
	<b>Klinikk A i alt</b>	<b>4 398</b>	<b>94 359</b>	<b>1 941</b>	<b>92 459</b>
	Josefinesgate DPS	340	10 977	654	16 350
	Søndre Oslo DPS	179	5 931	13	21 325
	<b>DPS i alt</b>	<b>519</b>	<b>16 908</b>	<b>667</b>	<b>37 675</b>
	<b>OUS i alt</b>	<b>4 917</b>	<b>111 267</b>	<b>2 608</b>	<b>130 134</b>

under utvikling. I 2014 kom en *NOU 2014: 10 Skyldevne, sakkyndighet og samfunnsvern* fra det såkalte Tilregnlighetsutvalget som bl.a. adresserer avgrensningen mellom sikkerhetspsykiatri og fengsel/forvaring. Utredningen kan føre til økt dimensjonering av sikkerhetspsykiatrien i OUS. Uavhengig av utvalgets konklusjoner foreligger et betydelig behov for moderne bygg til regional sikkerhetsavdeling (RSA) og psykiatrisk avdeling for personer med utviklingshemming/autisme (PPU). Avdelingene er i dag lokalisert i meget dårlig bygningsmasse på Dikemark.

### 3.3.5.3 Barn og unge

Det meste av barne- og ungdomsvirksomheten innen psykisk helse og avhengighet - BUP, drives i dag i utdaterte lokaler på Sogn. Det pågår en dreining av virksomheten mot å legge BUP-poliklinikker i tilknytning til DPS, dvs. utenfor sykehusmiljø. DPS Syd, som er under oppføring på Mortensrud, planlegges med BUP-poliklinikk. Samlokalisering av DPS, ruspoliklinikk og BUP-poliklinikk tenkes også gjennomført ved DPS Nord.

BUP-døgnplasser ivaretas i dag på sykehusnivå. Dette er et konsept som vil bli opprettholdt, gjerne i tett kontakt med behandling og ivaretagelse av øvrige barn i sykehuset. BUP-miljøet har god erfaring med å samarbeide med primærhelsetjenesten i såkalt arenafleksibel virksomhet. Det arenafleksible tilbudet blir tilpasset brukerens skiftende behov mht. både tid og sted.

### 3.3.6 Forskning

Kvaliteten på moderne pasientbehandling er avhengig av kontinuerlig fagutvikling og oppdatering av kunnskap. Dette sikres gjennom integrering av forskning i de forskjellige klinikkene i sykehuset. En kan tale om både «klinikk-nær forskning» og «forskning-nær klinikk». Mange pasienter opplever det som både meningsfylt og viktig å bli forsket på.

Med utgangspunkt i størrelse, ressurser og sterke forskningstradisjoner har OUS et særskilt ansvar for forskning, både regionalt og nasjonalt. Forskningsvirksomheten i OUS representerer ca. halvparten av all medisinsk og helsefaglig forskning i norske helseforetak. UiO er nærmeste samarbeidspartner og forskningsressurser er tett integrert mellom de to institusjonene.

Det medisinske fakultet er hovedsamarbeidspartner ved UiO. Samarbeid på tvers av fakulteter og økt satsing på livsvitenskap gjør Det matematisk-naturvitenskapelige fakultet til en stadig viktigere samarbeidspartner. Det ligger et betydelig potensial i å styrke samarbeidet med andre fakulteter og med andre universiteter innenlands og utenlands. Forskning innen helsefag og samhandling har fått økt oppmerksomhet og er en strategisk målsetting i OUS sin forskningsstrategi.

OUS har sammen med UiO tre sentra for fremragende forskning (SFF). Sentrene er flerårige satsninger i regi av Forskningsrådet.

- Center for Cancer Biomedicine (CCB)
- Center for Immune Regulation (CIR)
- Norwegian Centre for Mental Disorders Research (NORMENT)

I idéfasen er beregning av framtidig arealbehov til forskning og utdanning basert på antall årsverk til forskning, forskningsstøtte og forskningsadministrasjon samt på det samtidige antall studenter og PhD-studenter.

Antall doktorgrader utført ved OUS er økende. Kandidatenes fakultetstilknytning gjenspeiler deres utdanningsbakgrunn. De fleste avhandlingene utgår fra det medisinske fakultet, men det utføres også et stort antall doktorgradsarbeider av realister og

Det meste av barne- og ungdomsvirksomheten innen psykisk helse og avhengighet drives i dag i utdaterte lokaler på Sogn.

Forskningsvirksomheten i OUS representerer rundt 50% av all medisinsk og helsefaglig forskning i norske helseforetak.

Tabell 8  
Forskningsaktivitet  
i OUS 2012.

Forskning	2012
Antall vitenskapelige artikler, tall fra Norsk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning (NIFU)	1 750
Andel artikler i vitenskapelige tidsskrifter rangert på høyeste nivå (nivå 2/2a)	23 %
Andel vitenskapelige artikler med utenlandske medforfattere	45 %
Antall doktorgrader som i hovedsak er utført ved OUS	150
Antall forskningsårsverk inkludert støttepersonell	1 201

3 Det foregår betydelig innovasjonsaktivitet i OUS, og det blir lagt særlig vekt på å styrke tjeneste-innovasjon for å forbedre pasientflyt og logistikk.

psykologer, samt av kandidater med helse-faglig eller annen fagbakgrunn. Forsknings-samarbeid på tvers av spesialiteter og fag er en forutsetning for god translasjonsforskning og bidrar til at grunnforskning kan om-settes til klinisk forskning og så til sist bli en del av klinisk praksis.

OUS har de siste årene arbeidet med å styrke den kliniske forskningen gjennom etablering av formaliserte forskningsgrupper. Syke-husets forskningsstrategi peker på at det også må satses på oppbygging av sentral in-frastruktur for biobanking. Det samles årlig inn et stort antall celle- og vevsprøver ved sykehuset i forbindelse med diagnostikk, be-handling og forskning.

Lagringsforholdene for biobankene er ikke gode. Fellesarealene er spredt, har varierende grad av infrastruktur og høyst be-grenset kapasitet.

### 3.3.7 Innovasjon

Det foregår betydelig innovasjonsaktivitet i OUS, og det blir lagt særlig vekt på å styrke

tjenesteinnovasjon gjennom prosjekter med formål å forbedre pasientflyt og -logistikk. Det er behov for arenaer som gjør det mulig fortløpende å kartlegge grensesnitt mellom fagområder når det gjelder nye forsknings-resultater, klinisk kunnskap, teknologiske ny-vinninger og overgangene mellom de ulike tjenestenivåene. Pasientens perspektiv blir stadig viktigere og teknologiske framskritt vil kreve god samhandling internt i syke-huset for å motvirke såkalt «silotenkning», med manglende integrasjon mellom ulike spesialiteter og fagområder.

Klinikkstabene i OUS har dedikerte «innova-sjonskontakter» som skal fremme arbeidet med innovasjon i klinisk hverdag. Mulighetene til å drive med innovasjonsvirksomhet i klinikken begrenses imidlertid av ressurser og finansiering. Likevel foregår atskillig innova-sjonsaktivitet, målt i form av oppfinnelser og kommersialisering. Det samarbeides godt med teknologioverføringsenheten Inven2 AS.

### 3.3.8 Utdanning

Utdanning er en lovpålagt oppgave og om-

Tabell 9  
Innovasjon/utviklings-  
arbeid i OUS 2013.

Innovasjon/utviklingsarbeid	2013	Herav innen psyk. helsevern
Antall årsverk utført av overleger/leger i klinisk stilling	13,1	5,4
Antall årsverk utført av psykologer i klinisk stilling	6,6	6,6
Antall årsverk utført av forskere, postdoktorer, stipendiater	7,9	0,2
Antall årsverk utført av øvrig sykehuspersonale (Lab personale, tekn. og adm. støtte, sykepleiere, hjelpepleiere)	102,5	36,5
Antall forskningsårsverk inkludert støttepersonell	130,1	48,7

fatter både grunn-, videre- og etterutdanning. Sykehuset har, som det største medisinske og helsefaglige miljøet i Norge, et særskilt ansvar for å bidra til oppbygging av både bredde- og spisskompetanse hos medarbeidere i helsesektoren. Sykehuset deltar i utdanningen av flere helsearbeidere enn noe annet norsk sykehus. I nært samarbeid med utdanningsinstitusjonene skal OUS utdanne helsearbeidere basert på samfunnets framtidige behov. Utdanningsaktivitetene skal også bidra til at sykehuset til en hver tid innehar den kompetanse som et ledende universitetssykehus trenger.

OUS har de siste årene nedlagt betydelig arbeid for å strukturere sin utdanningsvirk-

som ble oppfattet som mest hensiktsmessige måte. Oppgaver som hørte hjemme i primærhelsetjenesten eller i sosial- og omsorgstjenesten kunne legges til sykehusene. Med dagens eierskap, finansierings- og ansvarsforhold (jf. samhandlingsreformen) er en del av de historiske løsningene blitt mindre hensiktsmessige. Oppgavedelingen mellom sykehusene i Oslo-området er derfor moden for revisjon. HSØ har pågående en prosess vedrørende ny oppgavedeling i hovedstadsområdet.

### 3.3.10 Samhandling med Oslo kommune

Som ledd i oppfølging av Samhandlingsreformen har OUS inngått avtaler og ut-

OUS deltar i utdanningen av flere helsearbeidere enn noe annet norsk sykehus.

Grunnutdanning	2012
Praksisplasser til studenter på masternivå (medisinstudenter, psykologistudenter)	840
Studenter totalt på bachelornivå med veiledet praksis ved OUS	1 535
Ambulansarbeiderutdanningen, antall læreplasser	55
Videreutdanning	2012
Leger i spesialisering (NR id-nr), fordelt på 42 spesialistutdanninger	708
Øvrige helsefag; studenter i praksis totalt pr. år	505
Videreutdanning på fagskolenivå, antall studenter i praksis pr. år	36

Tabell 10  
Antall studenter/  
utdanningsplasser  
i OUS 2012.

somhet. OUS sin første utdanningsstrategi ble vedtatt i 2013. Det er opprettet utdanningsutvalg som rådgivende organ for direktøren i utdannings spørsmål. Samarbeidet med universitet, høyskoler, fagskoler og videregående skoler er systematisert og utvidet, blant annet gjennom faglige nettverksmøter for flere av de helsefaglige utdanningene. Som ledd i dette arbeidet har det foregått en harmonisering av avtaleverket med samarbeidende høyskoler og fagskoler.

### 3.3.9 Samhandling og oppgavedeling med andre sykehus

Oppgavedelingen mellom helseforetakene i Oslo er historisk betinget. Oslo kommune som eide Aker, Ullevål og Dikemark sykehus fordelte arbeidsoppgaver og ansvar på det

arbeidet en rekke felles prosedyrer med øvrige sykehus i Osloområdet og Oslo kommune. Det er inngått en avtale med Oslo kommune om samhandling (Aker Helsearena) på Aker sykehus.

Tabell 11 ( neste side) viser en satsing på samarbeid om rehabilitering på Aker. Både OUS, Sunnaas og Oslo kommune har lagt deler av sin rehabiliteringsvirksomhet dit. HSØ har en uttrykt intensjon om å gjøre Aker til et «nasjonalt utstillingsvindu» innenfor rehabilitering.

Kommunen har etablert Kommunal akutt døgnenhet (KAD) på Aker sykehus med ca. 50 senger og har planer om videre økning i sengetall. Oslo kommunes ønske er rundt 70 senger ved utgangen av 2015. Tilbudet skal

Det er inngått en avtale med Oslo kommune om samhandling på Aker sykehus.

Tabell 11  
Samhandlingsaktiviteter  
ved Aker helsearena,  
Aker sykehus.

<b>OUS</b>	Rehabilitering, døgn Rehabilitering, daghospital og poliklinikk Mammografiscreening Radiologi og laboratorietjenester Lærings- og mestringssenter
<b>Oslo kommune</b>	Legevakt Aker Kommunal akutt døgnenhet (KAD) (se omtale nedenfor) Kommunal rehabilitering, døgn Geriatrisk ressurscenter m/visningsleiligheten Almas hus Senter for migrasjonshelse Kommunal kompetansetjeneste for rehabilitering
<b>Sunnaas</b>	"Raskere tilbake"- poliklinikk Regionale kompetansetjenester rehabilitering
<b>Sophies Minde</b>	Produksjon og tilpasning av ortopediske hjelpemidler

sikre døgnopphold for pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp, men som ikke har behov for innleggelse i spesialisthelsetjenesten. Innleggelse i KAD skal redusere behovet for innleggelse i sykehus.

OUS og Oslo kommune har gjennom mange år samarbeidet om legevakt i Oslo. OUS har skadelegevakt, ortopedisk virksomhet og psykiatrisk legevakt samlokalisert med kommunens allmennlegevakt og psykososiale tjenester. Legevakten må etableres i nytt bygg grunnet forventet befolkningsvekst og dårlig bygningsstandard i Storgata 40. Det er enighet om at dagens driftskonsept er velfungerende og skal videreutvikles til Norges første Storbylegevakt. Kommunen har et pågående idéfaseprosjekt for å finne en god lokalitet. Kommunens legevakt på Aker vil bli opprettholdt.

Det blir samarbeidet med Oslo kommune om overføring av elektroniske epikriser fra OUS til kommunens EPJ-system. Elektroniske epikriser sendes nå til samtlige sykehjem i Oslo. Innføringen av DIPS i OUS høsten 2014 har gitt elektronisk kommunikasjon mellom primærhelsetjenesten og OUS.

Det skal nevnes at OUS har mye sykehusdrift

på Aker som ikke er nevnt i tabellen over som viser samhandlingsaktiviteter på Aker. Det er planlagt overføring av sykehusvirksomhet fra Aker til andre deler av OUS. Samtidig har OUS konkrete planer om å opprette et dagkirurgisk og elektivt kirurgisk senter med tilhørende femdøgnspost på Aker.

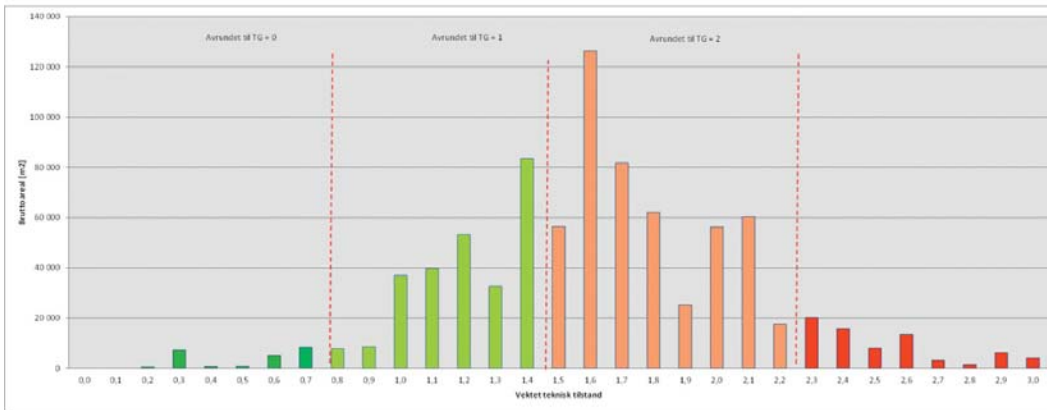
### 3.3.11 Oppsummering av dagens situasjon og behov

#### 3.3.11.1 Behov for utbedring av bygningsmassen

Store deler av bygningsmassen i OUS er i dårlig teknisk stand og lite egnet som bygg for dagens og framtidens sykehusvirksomhet. En tilstandsanalyse utarbeidet av Multi-consult for Helse Sør-Øst i 2011 viste at den gjennomsnittlige alderen for bygningsmassen ligger langt over landsgjennomsnittet. Sykehuset har dårligst gjennomsnittlig tilstandsgrad av alle landets sykehus.

Rapporten viser videre at om lag 52 % av bygningsmassen er av tilstandsgrad 2 eller dårligere, som tilsvarer utilfredsstillende eller svært dårlig tilstand. Ullevål har dårligst vektet tilstandsgrad av alle sykehus i HSØ, og Aker har tredje dårligste tilstandsgrad.

Sykehuset har  
dårligst gjennom-  
snittlig tilstandsgrad  
av alle landets  
sykehus.



Figur 16  
Arealfordeling per vektet tilstandsgrad.

Rikshospitalet-Radiumhospitalet som var ett foretak til 2009, kommer bedre ut enn gjennomsnittet. Erfaringene etter at rapporten ble skrevet, er imidlertid at det meste av bygningsmassen som brukes til klinisk aktivitet ved Radiumhospitalet er betydelig dårligere enn tidligere antatt. Rikshospitalet (fra 1999) og forskningsbygg, hotell og strålebygg på Radiumhospitalet er i god stand. Rikshospitalet er imidlertid maksimalt utnyttet nå med infrastruktur som ikke tåler ytterligere belastning.

Tilstandsgrad er vurdert etter NS 3424 Tilstandsanalyse av byggverk hvor 0 er bra, 1 akseptabel, 2 dårlig og 3 svært dårlig.

Dårlig bygningsmasse har medført en rekke pålegg knyttet til arbeidsmiljø, brannsikring og sikkerhet. Utbedringer knyttet til arbeidsmiljø alene er beregnet å koste 8-9 mrd. kroner, hvorav utbedringer med en kostnad estimert til 4 mrd. kroner burde vært gjennomført omgående. Det er igangsatt omfattende tiltak for å imøtekomme pålegg og forhindre nye. Omfanget er imidlertid så stort at det er nødvendig med omfattende prioritering av hensyn til økonomi, tilgang på kompetanse og driftsutfordringer for den kliniske virksomheten knyttet til byggeaktivitet. I slik prioritering er det bare de viktigste tiltak som når opp.

HSØ har gjennom budsjett for 2014 stilt til disposisjon ekstraordinær likviditet på inntil

Lokalitet	Samlet vektet tilstandsgrad
SSE	1,3
Aker sykehus	1,6
Gaustad	1,8
Ullevål sykehus	1,7
Dikemark	1,9
Rikshospitalet	1,4
Radiumhospitalet	1,7
Samlet	1,6

Tabell 12  
Vektet tilstandsgrad per lokalitet.

350 mill. kroner til nødvendige bygningsmessige investeringer for å lukke avvik knyttet til arbeidsmiljø og tilsyn fra Direktoratet for sikkerhet og beredskap. OUS vil ha betydelige årlige kostnader knyttet til slike bygningsmessige tiltak i mange år framover. Utfordringen er også at slike tiltak i liten grad medvirker til å effektivisere den kliniske virksomhet.

En ytterligere problemstilling er knyttet til vernebestemmelser. Rundt 273 000 kvm av OUS sin bygningsmasse er vernet eller fredet gjennom Landsverneplanen for spesialisthelsetjenesten. Dette gjør det vanskelig å tilpasse og videreutvikle byggene til å møte nye tekniske eller funksjonelle krav knyttet til den kliniske driften.

Spesielt pekes det på behovet for nye bygg til Sikkerhetspsykiatri og barne- og ungdomspsykiatri (BUP). Byggene som i dag benyttes til denne virksomheten er i svært dårlig for-

**Dårlig bygningsmasse har medført en rekke pålegg knyttet til arbeidsmiljø, brannsikring og sikkerhet. Utbedringer knyttet til arbeidsmiljø alene er beregnet å koste 8-9 mrd.**

For mindre fagområder og for utstyrskrevenne fag, kan det være store kvalitetsgevinster eller besparelser knyttet til sambruk av personell og utstyr.

Om lag en million kvadratmeter bygningsmasse er betydelig mer enn OUS har bruk for om det hadde vært en moderne og effektiv bygningsmasse.

fatning og hverken tilpasningsdyktig eller egnet for moderne pasientbehandling.

Det er også behov for oppbygging av forskningsfasiliteter inkludert sentral infrastruktur for biobanking delt med UiO.

### 3.3.11.2 Behov for samling

Norges største medisinske og helsefaglige miljø ble etablert ved fusjonen av universitetssykehusene i Oslo i 2009. OUS er landets mest komplette sykehus. Det fungerer som lokal- og områdesykehus for Oslos befolkning, samtidig som det er regionssykehus for innbyggerne i HSØ. Sykehuset har også en rekke nasjonale funksjoner og er en stor og aktiv forsknings- og utdanningsinstitusjon.

Utfordringene i det sammenslåtte sykehuset er mange og store. Virksomheten foregår spredt ved ulike lokaliteter. Dette vanskeliggjør samordning og utvikling av gode samarbeidsformer. I tillegg til utfordringer med dårlig bygningsmasse, har sykehuset utfordringer av økonomiske og kapasitetsmessig art. Pasienter gir tilbakemelding om at de opplever tilbudet som oppstykket og lite samordnet.

For å oppnå bedre kvalitet i pasientbehandlingen samt legge grunnlag for en sunn økonomisk drift har OUS i Strategi 2013 - 2018 vedtatt å konsentrere sin virksomhet på færre lokaliteter (i tråd med HSØ vedtak 108 - 2008). Samling gir anledning til å redusere antall vaktlag og dublering av kostbart medisinsk teknisk utstyr. Spesielt for mindre fagområder og for utstyrskrevenne fag kan det være betydelige kvalitetsgevinster eller besparelser knyttet til sambruk av personell og utstyr. For de største fagmiljøene kan det være aktuelt å omfordele funksjoner og beredskap for å skille bedre mellom elektiv og akutt virksomhet.

For å kunne flytte sammen likeartet aktivitet i tråd med denne strategien, trengs mer areal der funksjonene samles og mindre areal der

aktivitet reduseres. Videre krever nesten all omfordeling av funksjoner bygningsmessige tilpasninger. Med et utgangspunkt på om lag en million kvadratmeter spredt på mer enn 40 adresser og om lag 185 bygninger, er en slik oppgave svært vanskelig uten en mer samlet bygningsmasse. Gjennom nye bygg kan det også bedre legges til rette for framtidsrettede behandlingsformer som økt dagbehandling/-poliklinikk, bedre smittevern, utnyttelse av ny teknologi samt å få til en mer effektiv logistikk og pasientflyt. Denne utviklingen vil i noen grad også kunne gjennomføres uten nybygg, men både hastighet på omstillinger og samlet potensial for forbedringer er begrenset av dagens bygningsmessige forhold.

I tillegg til mer effektiv drift og økt kvalitet gjennom flytting og sammenslåing av likeartede aktivitet, vil nye bygg gi grunnlag for mer arealeffektiv drift. Om lag en million kvadratmeter bygningsmasse er betydelig mer enn OUS har bruk for om det hadde det vært en moderne og effektiv bygningsmasse. Framtidig areal i OUS avhenger av valg av utbyggingsløsning og andel nybygg.

Figuren nedenfor viser hvilken somatisk virksomhet som foregår ved OUS sine fire hovedlokalteter. Mange pasientforløp omfatter flere av lokalitetene. De horisontale linjene indikerer hvilke pasienttilbud som finnes flere steder i sykehuset. Intensivtilbud finnes kun ved Rikshospitalet og Ullevål. Når pasienter ved Radiumhospitalet eller Aker får behov for intensivbehandling må de transporteres til Rikshospitalet eller Ullevål. For svært syke pasienter kan transport være uheldig og medføre svekket prognose. Henvisning fra lokalitet til lokalitet kan også forsinke utredning av alvorlig sykdom i tilfeller der oppstart av behandling er viktig for å unngå prognosetap.

Det blir pekt spesielt på behov for samarbeid mellom spesialistmiljøer i sykehuset som behandler barn og unge.



**RIKSHOSPITALET**

<b>(Akuttmottak)</b>
Intensiv / PO
Hjerte-, lungekirurgi
Karkirurgi
Hjerte-, lungemedisin
Nevrokir. og nevrologi
Gastrokir. og gastromed.
Nyremed.
Blodsykdommer
Infeksjonsmedisin
Kvinne, barn
Plastikk kir.
Endokrinologi
Urologi
Ortopedi



**RADIUMHOSPITALET**

PO
Gastrokir.
Onkologi
Plastikk kir. Bryst-, endokrinkir.
Urologi
Ortopedi



**ULLEVÅL**

<b>Akuttmottak</b>
Intensiv / PO
Hjerte-, lungekirurgi
Hjerte-, lungemedisin
Nevrokir. og nevrologi
Gastrokir. og gastromed.
Nyremed.
Blodsykdommer
Infeksjonsmedisin
Onkologi
Kvinne, barn
Plastikk kir. Brystkir.
Endokrinologi
Ortopedi



**AKER**

<b>Akuttmottak på post</b>
PO
Karkirurgi
Endokrinkir.
Endokrinologi
Urologi
Ortopedi

Figur 17  
Dupliserte funksjoner  
i OUS.

### 3.4 Befolkningsutvikling

Demografi er en sentral og styrende faktor for framtidens behov for helsetjenester. Hvor mange inbyggere blir det, og hvordan blir alderssammensetningen? Demografisk framskriving besvarer disse spørsmålene, men med noe usikkerhet i og med at både fødselsrater, dødelighet og flyttemønster endrer seg over tid.

I denne idéfaseutredningen er den demografiske analysen benyttet til å belyse utviklingen i det befolkningsområdet OUS dekker. I praksis betyr dette:

- Hele landet – for landsfunksjoner
- HSØ området – for regionfunksjoner
- Bydeler i Oslo – for lokal- og områdefunksjoner

Tidsperspektivet for idéfasens behovsberegning

inger er satt til 2030, dvs. at kapasitet og areal skal beregnes ift. forventet 2030-befolkning. I kapasitetsberegningene legges det midtre alternativet (MMMM-alternativet) fra Statistisk Sentralbyrå til grunn. Demografiske utvikling er i tillegg belyst i et tidsperspektiv til 2040, og det er gjort følsomhetsanalyser ved å legge inn andre forutsetninger enn MMMM-alternativet. Dette viser noe av usikkerheten i slike analyser. De siste årene har f.eks. Oslo vokst fortere enn det man har forutsett i MMMM-alternativet.

#### 3.4.1 Framskriving etter MMMM-alternativet for hele Norge

Tabellen nedenfor viser befolkningsframskriving i Norge inndelt i sju aldersgrupper. Anslått økning i folketallet for alle aldersgrupper fram til 2040 vises i tabellen. Iht. framskrivingen blir folketallet i Norge rundt 6 millioner i 2030 og 6,4 millioner i 2040,

Prognoser viser at folketallet i Norge vil være rundt 6 millioner i 2030, og 6,4 millioner i 2040.



Tabell 13  
Befolkningsframskriving  
2012-2040, hele Norge.

Aldersgruppe	2012	2025	2030	2040
0-17 år	1 118 225	1 273 482	1 321 998	1 349 587
18-44 år	1 833 951	2 042 149	2 082 367	2 118 518
45-66 år	1 379 093	1 553 330	1 594 689	1 666 233
<b>Sum 0-66</b>	<b>4 331 269</b>	<b>4 868 961</b>	<b>4 999 054</b>	<b>5 134 338</b>
67-74 år	302 817	430 074	456 376	538 330
75-79 år	130 201	233 333	234 494	272 284
80-84 år	107 918	145 289	195 007	218 626
85+ år	113 665	122 016	152 395	236 834
Sum 67+ år	654 601	930 712	1 038 272	1 266 074
<b>Sum</b>	<b>4 985 870</b>	<b>5 799 673</b>	<b>6 037 326</b>	<b>6 400 412</b>

Befolkningen i HSØ  
øker med 32% fram  
mot 2040.

0-66 på 16 % i 2030 og 19 % i 2040. For å sjekke følsomheten i framskrivingen ved justering av ulike forutsetninger, ble framskrivingene som gir de laveste og høyeste befolkningstallene hentet fra SSB. Disse framskrivingene har betegnelsene LLML og HHMH. Figuren nedenfor viser befolkningstall i Norge pr. aldersgruppe i forhold til lav og høy vekst. Figuren viser hvordan LLML og HHMH-alternativene avviker fra MMMM-alternativet i prosent. Av-

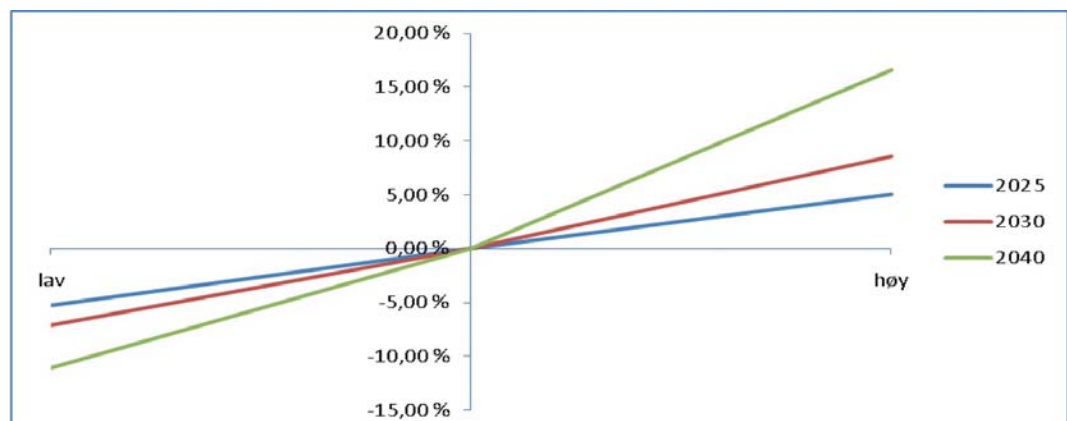
viket øker med økt tidsperspektiv. Forskjellen mellom HHMH og MMMM-alternativene er mer enn forskjellen mellom LLML og MMMM i forhold til framskrevet befolkningstall i 2040. Det er altså mer sannsynlig at befolkningstallet blir høyere i 2040 enn at det blir lavere, sammenholdt med MMMM-alternativet.

### 3.4.2 Helseregion Sør-Øst

Tabell 14 side 47 viser befolkningsframskriving pr. fylke i HSØ-området fram til 2040 og befolkningsendringen fra 2012. Befolkningen i hele HSØ-området blir rundt 3,2 millioner mennesker i 2030, som er 24 % økning fra 2012. I 2040 blir befolkningen rundt 3,5 millioner, som er 32 % økning fra 2012.

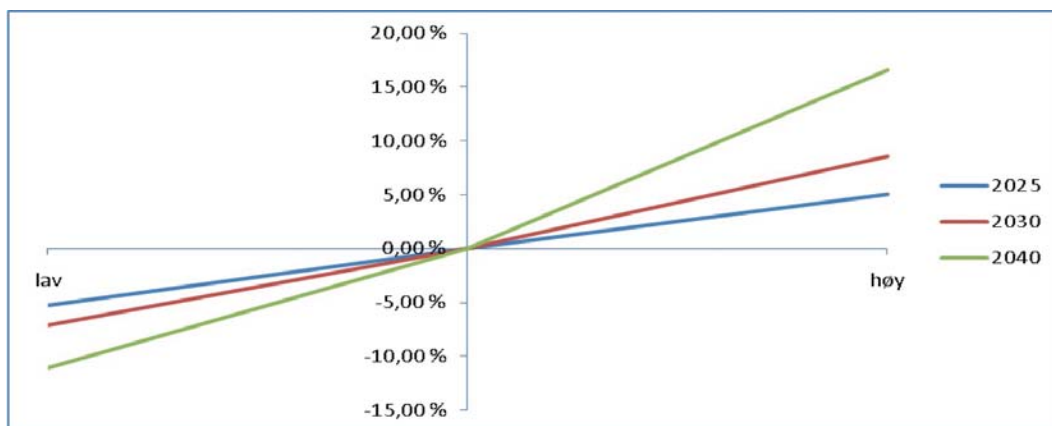
Veksten i Hedmark, Oppland og Oslo blir litt annerledes enn i de andre fylkene. Hedmark

Figur 18  
Følsomhetsanalyse,  
Norge



Fylke	2012	2025		2030		2040	
	Bef.tall	Bef.tall	Endring	Bef.tall	Endring	Bef.tall	Endring
Østfold	278 352	322 754	15,95 %	337 250	21,16 %	360 115	29,37 %
Akershus	556 254	672 343	20,87 %	708 299	27,33 %	763 892	37,33 %
Oslo	613 285	753 833	22,92 %	784 842	27,97 %	833 733	35,95 %
Hedmark	192 791	211 879	9,90 %	218 600	13,39 %	228 550	18,55 %
Oppland	187 147	205 416	9,76 %	211 694	13,12 %	221 007	18,09 %
Buskerud	265 164	315 655	19,04 %	331 229	24,91 %	355 186	33,95 %
Vestfold	236 424	273 831	15,82 %	285 771	20,87 %	303 916	28,55 %
Aust-Agder	111 495	133 764	19,97 %	140 918	26,39 %	152 119	36,44 %
Vest-Agder	174 324	207 065	18,78 %	217 904	25,00 %	235 312	34,99 %
<b>Sum Helse SØ</b>	<b>2 615 236</b>	<b>3 096 540</b>	<b>18,40 %</b>	<b>3 236 507</b>	<b>23,76 %</b>	<b>3 453 830</b>	<b>32,07 %</b>

Tabell 14  
Befolkningsframskriving  
2012-2040 pr. fylke,  
Helse Sør-Øst området.



Figur 18  
Følsomhetsanalyse  
HSØ-området.

og Oppland vil oppleve lavere vekst enn de andre fylkene, mens befolkningen i Oslo øker raskere.

Følsomheten for ulike beregningsforutsetninger i HSØ-området er belyst i figur 18. Tabellen viser befolkningstall pr. fylke i forhold til lav og høy vekst. Figuren viser hvordan LLML og HHMH-alternativene avviker fra MMM-alternativet i prosent. Økt tidsperspektiv gir større usikkerhet.

### 3.4.3 Oslo

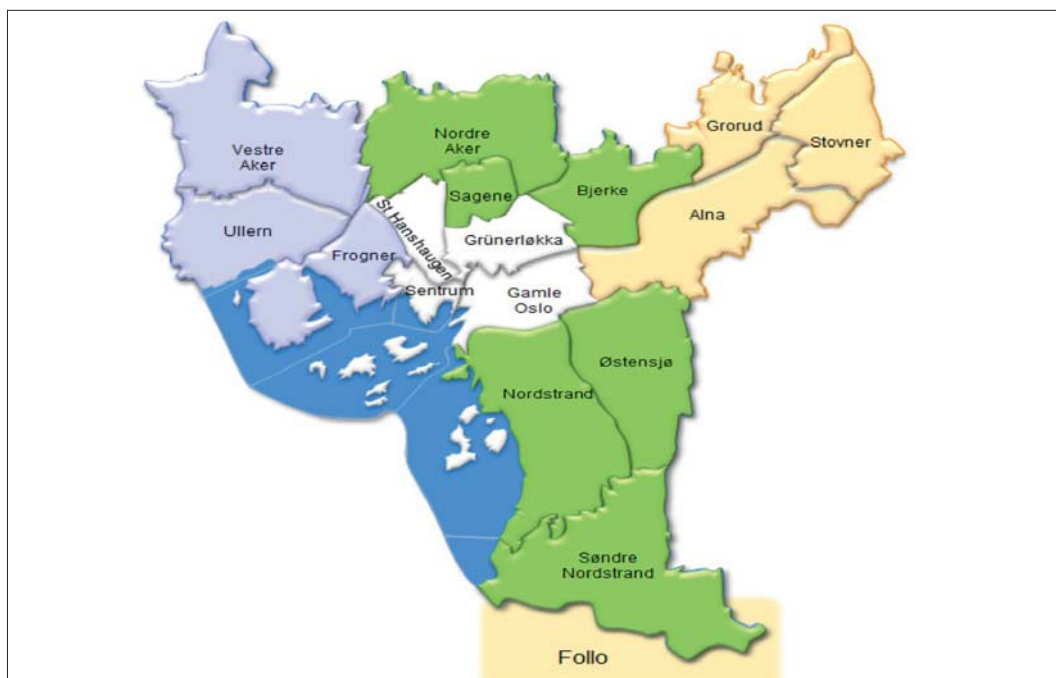
Tabell 15 side 48 viser befolkningsframskrivingen pr. bydel i Oslo fram til 2040 sammenlignet med 2012. Befolkningen i Oslo blir rundt 780 000 mennesker i 2030, som er 29%

økning fra 2012 og i 2040 blir befolkningen rundt 830 000, som er 37 % økning fra 2012. Dette er en raskere vekst i folketall sammenlignet med hele Norge og HSØ-området. Tabellen viser også betydelig forskjell i befolkningsutvikling mellom områdene i Oslo. Utviklingen i OUS sitt opptaksområde er nokså likt med gjennomsnittet for hele Oslo, mens i Diakonhjemmets område vil det bli mindre vekst i befolkningen. Derimot vil det bli en raskere befolkningsøkning i Lovisenbergs bydeler.

Tabell 16 og figur 21 (s. 49) viser befolkningsutviklingen i Oslo pr. aldersgruppe. Aldersgruppen 67 år og eldre vil øke raskere sammenlignet med andre aldersgrupper.

**Befolkningen i Oslo øker med 37% fram mot 2040.**

Figur 20  
Kart over Oslo der  
bydelene er fargelagt  
etter hvilket sykehus  
har lokalsykehusansvar:  
Hvit; Lovisenberg; lys blå;  
Diakonhjemmet, lys gul;  
Ahus, lys grønn; OUS.

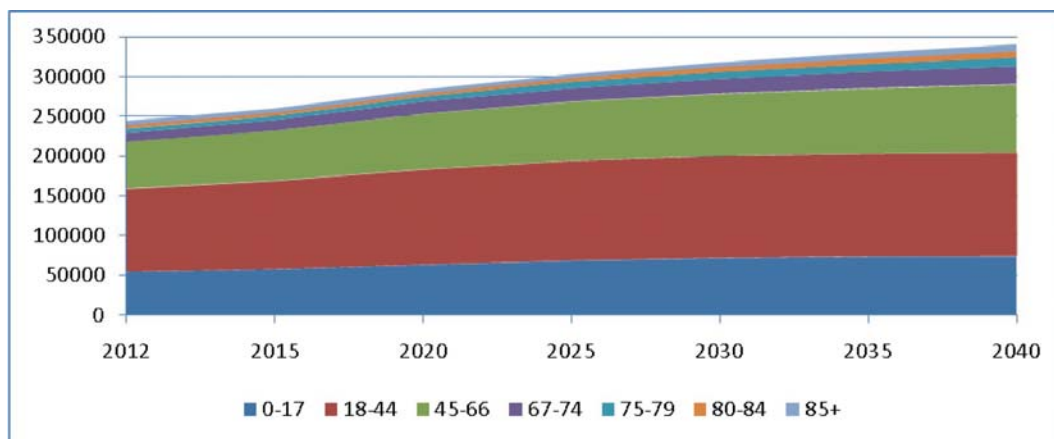


Tabell 15  
Befolkningsframskriving  
2012-2040 pr. bydel i  
Oslo.

Bydeler	2012	2025		2030		2040	
	Bef.tall	Bef.tall	Endring	Bef.tall	Endring	Bef.tall	Endring
Sagene	35 990	46 875	30,24 %	48 319	34,26 %	50 721	40,93 %
Nordre Aker	48 432	58 591	20,98 %	61 462	26,90 %	65 837	35,94 %
Bjerke	29 090	37 712	29,64 %	39 547	35,95 %	42 177	44,99 %
Østensjø	47 164	58 745	24,55 %	62 117	31,70 %	67 439	42,99 %
Nordstrand	47 696	58 577	22,81 %	61 825	29,62 %	66 792	40,04 %
Søndre Nordstrand	36 304	43 077	18,66 %	45 144	24,35 %	48 237	32,87 %
<b>Sum OUS opptaksområde</b>	<b>244 676</b>	<b>303 577</b>	<b>24,07 %</b>	<b>318 414</b>	<b>30,14 %</b>	<b>341 203</b>	<b>39,45 %</b>
Frogner	52 531	61 186	16,48 %	62 423	18,83 %	65 395	24,49 %
Ullern	31 275	37 524	19,98 %	39 205	25,36 %	41 569	32,91 %
Vestre Aker	45 186	54 145	19,83 %	56 578	25,21 %	59 939	32,65 %
<b>Sum DS opptaksområde</b>	<b>128 992</b>	<b>152 855</b>	<b>18,50 %</b>	<b>158 206</b>	<b>22,65 %</b>	<b>166 903</b>	<b>29,39 %</b>
Gamle Oslo	44 958	58 232	29,53 %	60 311	34,15 %	63 503	41,25 %
Grünerløkka	49 307	62 754	27,27 %	64 408	30,63 %	67 372	36,64 %
St. Hanshaugen	34 109	43 700	28,12 %	44 706	31,07 %	47 052	37,95 %
Sentrum	963	1 625	68,74 %	1 688	75,29 %	1 704	76,95 %
<b>Sum LDS opptaksområde</b>	<b>129 337</b>	<b>166 311</b>	<b>28,59 %</b>	<b>171 113</b>	<b>32,30 %</b>	<b>179 631</b>	<b>38,89 %</b>
Grorud	26 777	32 743	22,28 %	34 311	28,14 %	36 722	37,14 %
Stovner	30 554	36 864	20,65 %	38 591	26,30 %	41 176	34,76 %
Alna	47 786	58 822	23,09 %	61 613	28,94 %	65 721	37,53 %
<b>Sum Ahus opptaksområde</b>	<b>105 117</b>	<b>128 429</b>	<b>22,18 %</b>	<b>134 515</b>	<b>27,97 %</b>	<b>143 619</b>	<b>36,63 %</b>
<b>Totalt</b>	<b>608 122</b>	<b>751 172</b>	<b>23,52 %</b>	<b>782 248</b>	<b>28,63 %</b>	<b>831 356</b>	<b>36,71 %</b>

Aldersgruppe	2012	2025	2030	2040
0-17	122 079	152 247	158 762	162 810
18-44	282 560	337 078	341 935	347 136
45-66	146 407	177 087	185 339	200 265
<b>Sum 0-66</b>	<b>551 046</b>	<b>666 412</b>	<b>686 036</b>	<b>710 211</b>
67-74	28 085	40 570	44 269	53 529
75-79	11 462	22 124	21 779	26 666
80-84	10 198	13 506	18 460	20 759
85+	12 494	11 269	14 323	22 585
Sum 67+	62 239	87 469	98 831	123 539
<b>Sum</b>	<b>613 285</b>	<b>753 881</b>	<b>784 867</b>	<b>833 750</b>

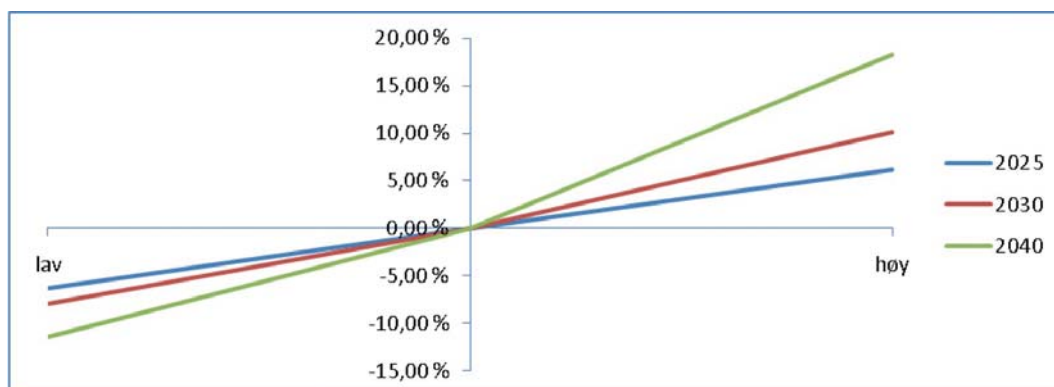
Tabell 16  
Befolkningsframskriving  
pr. aldersgruppe  
2012-2040, Oslo i alt.



Figur 21  
Aldersgruppe fordeling  
2012-2040, OUS  
opptaksområdet.

Oslo vil imidlertid fortsatt ha en noe mindre andel av befolkningen som er over 67 år enn resten av landet og resten av HSØ. Ifølge framskrivingen vil antall mennesker 67 år og eldre utgjøre 12 % av befolkningen i 2030 (en økning fra 10 % i 2012) sammenlignet med 16,5 % i HSØ- området og 17 % i hele Norge.

Følsomheten for ulike vekstforutsetninger i HSØ-området er belyst i figur 22. På samme måte som for hele Norge, blir det mer utslag i framskrivingene når tidsperspektivet forlenges, og forskjellen mellom HHMH og MMMM-alternativene er betydelig større enn forskjellen mellom LLML og MMMM.



Figur 22  
Følsomhetsanalyse, Oslo.

Antall innbyggere 67 år og eldre vil dobles fram mot 2040.

Tabell 17  
Innbyggere og innvandrere.  
Sammenligning mellom Norge i alt og Oslo.

Sammenlignet med hele Norge og HSØ, kommer det fram at følsomheten i befolkningsframskriving for Oslo er litt høyere enn tilsvarende tall for hele Norge og HSØ-området.

### 3.4.4 Etnisitet

Nedenfor er det vist en sammenligning av befolkningssammensetningen i Oslo og Norge med hensyn til innvandreres andel av folketallet. Befolkningssammensetningen er annerledes i Oslo enn i Norge som helhet. Oslo har ca. 12 % av Norges innbyggere, mens nesten 27 % av Norges innvandrere bor i Oslo. Omlag 30 % av Oslos befolkning er innvandrere, mens tilsvarende tall for hele landet er 14 %.

	Norge	Oslo	% Oslo
Antall innbyggere	5 051 631	626 913	12,41 %
Antall innvandrere	710 465	189 400	26,66 %
% Innvandrere	14,06 %	30,21 %	-

### 3.4.5 Befolkningsutvikling og påvirkning av behov

Den historiske befolkningsutvikling viser at fra 1950 har befolkningen i HSØ-området (uten Oslo og Akershus) vokst med om lag den samme hastighet som i hele landet. Befolkningen i Oslo og Akershus har på den annen side vokst mye raskere enn hele landet.

De demografiske framskrivingene indikerer at denne trenden i befolkningsutviklingen vil fortsette, dvs. Oslos befolkning vil øke raskere enn i resten av landet sett under ett. I 2030 vil folketallet i Oslo bli ca. 782 000, 3 515 000 i HSØ-området og 6 037 000 i Norge totalt. Det betyr en forventet økning fra 2012 til 2030 på 29 % i Oslo, 24 % i HSØ-området og 21 % i hele landet.

Framskrivningene viser at alderssammensetningen blir annerledes i framtiden enn i dag. Antall innbyggere 67 år og eldre vil dobles fram mot 2040. Fordi de eldste aldersgruppene er de som bruker mest helsetjenester, er det av stor betydning for kapasiteten

at denne aldersgruppen øker så mye i årene framover.

Innvandrere i Oslo utgjør 30 % av Oslos befolkning mens de utgjør 14 % i hele Norge. Sammenligningen viser også at innvandrere med opprinnelsesland utenfor Europa er relativt flere i Oslo enn i hele Norge.

Prognoser for befolkningsutvikling i Oslo og nærmeste omegn viser en sterk vekst fram til 2030. I tillegg øker befolkningen i Akershus og Vestre Vikens sykehusområder med om lag like mye både prosentvis og nominelt, noe som har stor betydning både for gjestepasienter gjennom fritt sykehusvalg og for OUS som regionsykehus og sykehus med nasjonale funksjoner.

Utviklingen vil trolig preges av flere friske eldre, men også av flere syke eldre med sammensatte sykdomstilstander. Behov for behandling og innleggelse siste leveår forventes å bli som i dag. Økningen i livsstilssykdommer vil mest sannsynlig fortsette og i noen grad påvirke forbruket av helsetjenester innen enkelte områder.

Befolkningsøkningen vil innebære økt aktivitet for alle nivåer i helsetjenesten. Selv om en folketallsvekst på 30 % i perioden ikke vil gi behov for en tilsvarende arealøkning, forutsatt mer moderne bygg og investeringer i IKT og medisinsk teknologi som kan gi mer effektive pasientforløp gjennom bedre samhandling og nye behandlingsmetoder, er det et åpenbart at den demografiske utviklingen i seg selv gir økt arealbehov.

## 3.5 Utvikling av kjernevirksomheten

### 3.5.1 Omstillingsfaktorer

#### 3.5.1.1 Metodikk

I idéfasen er det foretatt en systematisk gjennomgang av en rekke omstillingsfaktorer. Bredt sammensatte grupper av fagfolk har

diskutert betydningen av faktorer som nye e-Helse- og IKT-systemer, alder, etnisitet, livsstilsfaktorer, ny brukerrolle og medisinsk-teknologisk utvikling. Betydningen av de ulike faktorene er grundig diskutert i vedlegg 2. Nedenfor blir betydningen av nye IKT- og e-Helse-løsninger drøftet spesielt, siden denne omstillingsfaktoren forventes å få vesentlig betydning.

### **3.5.1.2 Spesielt om betydningen av nye IKT- og e-Helseløsninger**

I framtiden kan det forventes betydelig effekt av gjennomgående nye IKT-løsninger som gir enkel og sikker tilgang til nødvendige opplysninger gjennom et pasientforløp, uavhengig av hvor i landet pasienten blir syk eller på hvilket nivå i helsetjenesten han eller hun blir utredet og behandlet. EU-landene Estland og Portugal har nylig innført gjennomgående elektronisk pasientjournalssystem (EPJ) for store deler av sin befolkning. Det amerikanske, private helse-systemet Kaiser Permanente, som har drevet sin virksomhet med gjennomgående EPJ-system siden 2002, rapporterer om betydelig effektiviseringsgevinst. Antall kontroller/polikliniske konsultasjoner ved sykehusene ble redusert med nærmere 20 % fra første år. Videre reduksjon har vært på 2-5 % pr. år, målt i andel av konsultasjoner som foretas pr. sikker e-post.

Økt bruk av telemedisin og nye, interaktive e-Helseløsninger kommer også til å bli viktig. Frammøte til kontroll vil kunne erstattes av elektronisk kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient. I noen tilfeller ville det være hensiktsmessig at en spesialist fra OUS deltar i pasientkonsultasjoner hos kolleger andre steder i landet ved hjelp av interaktive løsninger. Nye e-Helse- og telemedisinløsninger vil imidlertid medføre behov for at areal settes av til denne nye typen pasientkontakt og samhandling. Driftsform og finansieringsordninger må legges om slik at leger og sykepleiere får reell mulighet både i tid og rom til å utføre «desktop medisin».

Gjennomgående EPJ-system vil sammen med bruk av telemedisin og interaktive e-Helseløsninger, redusere behovet for både poliklinisk areal og senger. Framskrivning av aktiviteten tar utgangspunkt i aktivitetstall fra 2012, før innføring av slike løsninger. Med utgangspunkt i erfaringer fra Kaiser Permanente og andre virksomheter som har tatt i bruk gjennomgående IKT-systemer og nye e-Helse løsninger, har forventet effekt av nasjonalt journalsystem og nye, interaktive e-Helseløsninger blitt satt til en reduksjon på 25 % i antall poliklinikkbesøk ved OUS fram til 2030. Effekten på sengetall vil ventelig bli noe mindre enn for poliklinikk og er satt til en reduksjon på 15 %. Denne reduksjonen baserer seg på at gjennomgående IKT-systemer vil gi bedre «vekslinger» mellom nivåene i helsetjenesten, med bl.a. reduksjon i antall undersøkelser som allerede er foretatt ved annet sykehus eller hos primærlege. Dessuten vil større deler av mange pasientforløp kunne foregå ved lokal- eller områdesykehus.

### **3.5.1.3 Betydning av de ulike omstillingsfaktorene**

Tabell 18 viser hvilken effekt de ulike omstillingsfaktorene ble tillagt i arealutviklingsplanen og hvilken effekt de er tillagt i idéfasen. Forventninger til mer effektiv elektronisk kommunikasjon internt i sykehuset og mellom sykehuset og andre sykehus, primærhelsetjeneste og pasientene, utgjør den største forskjell i beregningsgrunnlaget.

Forventningene til den medisinsk-teknologiske utvikling er økt idet det antas at nye behandlingsmetoder og høyere krav til medisinsk behandling, kommer til å øke mer enn effektiviseringseffekten av genteknologi og annen medisinsk faglig utvikling. Det forventes også at økende prevalens av livsstilssykdommer (diabetes, fedme, kreft, nevroser etc.), ikke minst i den fremmedkulturelle del av befolkningen, vil medføre noe økt behov for polikliniske arealer samt

**Gjennomgående EPJ-system vil sammen med bruk av telemedisin og interaktive e-Helseløsninger, redusere behovet for både poliklinisk areal og senger.**

**Nye behandlingsmetoder og høyere krav til medisinsk behandling, kommer til å øke mer enn effektiviseringseffekten av genteknologi og annen medisinsk faglig utvikling.**

Tabell 18  
Betydningen av omstillingsfaktorer slik de er vurdert i Idéfase OUS - Campus Oslo.

Omstillingsfaktor	Betydning
Alder/etnisitet/livsstil	5 % økning av poliklinikk pga. livsstilsykdommer Økt behov for støtte- og pårørendeareal
Ny brukerrolle	Faktorer nøytraliserer hverandre
Medisinsk-teknologisk utvikling	Økt sengetall 0-5 % Poliklinikk økt med 5 %
IKT og e-Helse	25 % reduksjon for poliklinikk 15 % reduksjon for innleggelseser Økt behov for spesialrom og støtteareal til "desktop-medisin".
Fra døgn til dag – reduksjon i korttidsopphold	30 % for lands- og regionfunksjoner 40 % for resterende aktivitet
Mer bruk av observasjonssenger	75 % økning av akutt korttid Ullevål
Mer bruk av pasient/sykehotell	5-10 %
Kortere gjennomsnittlig liggetid	10 % reduksjon på Rikshosp. og Radiumhosp., 20 % på Aker og Ullevål
Sykdomsforekomst	Økning mht. realvekst kreftbehandling og transplantasjon. For øvrig opprettholdes vurderingene for somatikk. For psykisk helse og avhengighet forventes redusert aktivitet i sykehuset pga. større del av tilbudet på DPS-nivå.
Funksjonsfordeling andre sykehus	Vestre Viken oppfyller sin målsetning om 5 % økt egendekningsgrad.

noe mer areal tilrettelagt for læring, mestring og fysisk trening.

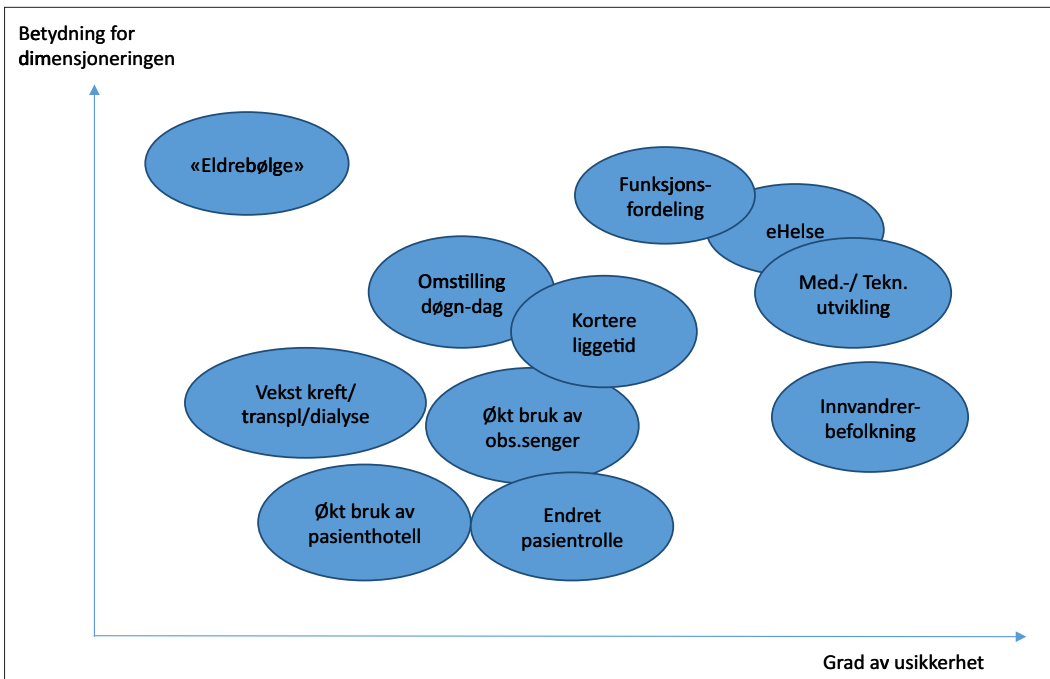
Det foreligger et uforløst effektiviseringspotensial i å myndiggjøre brukerne og mobilisere deres egne krefter. På den annen side vil økt bruk av for eksempel egenmonitorering kunne gi økt etterspørsel etter konsultasjoner. Forholdene trekker i hver sin retning når det gjelder framtidig behov for sykehustjenester, og totaleffekten er vanskelig å estimere. Derfor er det ikke lagt inn noen faktor for disse endringene.

En del av de generelle omstillingene som ble lagt til grunn for framskrivningen i arealutviklingsplanen er blitt redusert når effekten av e-Helse er spesifisert for seg. Dette gjelder spesielt faktoren «økt sam-

handling» som nå er fjernet som egen faktor og i stedet er inkludert i nye IKT- og e-Helseløsninger.

Omstillingsfaktorene i tabell 18 har forskjellig sannsynlighet for å inntreffe innen 2030, og dersom de inntreffer vil de ha forskjellig betydning for framtidig aktivitetsnivå og arealbehov. Det er forholdsvis sikkert at det vil komme en betydelig befolkningsøkning og flere eldre i OUS sitt opptaksområde mot 2030 samt at denne veksten vil få stor effekt for dimensjonering av sykehuset. Det er vesentlig større usikkerhet knyttet til sannsynligheten for at medisinskteknologisk utvikling og utvikling innen IKT og e-Helse skal komme til å skje så raskt at den påvirker arealbehovet i 2030. Sistnevnte to faktorer har imidlertid potensial til å påvirke areal-

Både nanoteknologi og e-Helse-løsninger kan medføre paradigmeskifter i utviklingen.



Figur 23  
Omstillingsfaktorer og relativ grad av usikkerhet versus potensiell betydning.

behovet i betydelig grad dersom de inntreffer. F.eks. kan både nanoteknologi og e-Helse-løsninger medføre paradigmeskifter i utviklingen, men usikkerheten omkring når endringene vil inntre er så vidt stor at estimatene som brukes ved framskrivning av aktivitet og arealbehov foreløpig er holdt konservative.

Figur 23 viser sammenhengen mellom relativ sannsynlighet for at forskjellige omstillingsfaktorer skal opptre som forventet og hvilken potensiell betydning dette i så fall vil få for aktivitetsnivå og arealbehov.

Ny oppgavedeling innenfor Oslo sykehusområde vil også kunne påvirke arealbehovet i stor grad. Her pågår det prosesser i HSØ sin regi som ikke er avsluttet. Effekten av ny oppgavefordeling kan være stor, men usikkerhet rundt dette medfører at det kun er tatt hensyn til at Vestre Viken oppfyller sin målsetting om økt egedekningsgrad. Det er også forutsatt at AHUS kommer til å være i stand til å dekke det økende kapasitetsbehov som er ventet i deres opptaksområde. For øvrige faktorer er usikkerheten mer moderat med hensyn til om de vil inntreffe og i så fall effekten av det.

### 3.5.2 Utvikling av den somatiske virksomhet

#### 3.5.2.1 Akuttfunksjonen

Det legges til grunn at et framtidig sykehus skal ha ett sentralt akuttmottak som skal ta imot pasienter med uavklarte tilstander som trenger øyeblikkelig hjelp, dårlig medisinske pasienter samt slagpasienter som krever multidisiplinær tilnærming. Akuttmottaket skal kunne avklare og sortere alt og utføre alle livsnødvendige tiltak. Pasienter med avklarte tilstander kan i stor grad sendes direkte til diagnostisk og/eller behandlende enhet. Dette er i tråd med HSØ styresak 108-2008 om at akuttfunksjoner for kirurgi og ortopedi som hovedregel skal samles under én ledelse og fortrinnsvis på ett sted i hvert sykehusområde.

Et nytt sykehus skal ha eget akuttmottak for syke barn, men barn med multitraume blir tatt i mot i det sentrale akuttmottaket. Psykiatri og avhengighet (rusakutt) bør ha egne akuttmottak, men lokalisert i nærheten av det somatiske akuttmottaket.

Den antas at den prehospitalt virksomheten vil få tilgang til et økende spekter av diagnostiske og teknologiske muligheter, slik at en

Et framtidig sykehus bør ha ett sentralt akuttmottak som skal ta imot pasienter med uavklarte tilstander som trenger øyeblikkelig hjelp, dårlig medisinske pasienter, samt slagpasienter som krever multidisiplinær tilnærming.



Etablering av et barnesykehus i sykehuset ligger som en føring i mandatet for idéfasen.

Økningen i fødsler fra nå og til 2030 kan med fordel ivretas av andre, mindre fødeavdelinger i Oslo-området.

I et nytt sykehus bør kreftomsorg og -forskning samles i et kreftsenter planlagt etter Comprehensive Cancer Center-prinsipper.

større del av akuttpatientene vil bli triagert og diagnostisert utenfor sykehus. I lengre tid har man for eksempel hatt mulighet til å sende EKG av hjertesyke pasienter fra ambulanse til sykehus for å få stilt diagnose før pasienten kommer til sykehus. Det er også startet forsøk med mobile CT-løsninger i ambulanse med hensyn til diagnostikk av slagpasienter. Storbylegevakten kommer også til å ha betydning for å redusere antall innleggelses i sykehuset (kapittel 3.5.6).

### 3.5.2.2 Behandling av barn

Etablering av et barnesykehus i sykehuset ligger som en føring i mandatet for idéfasen. Et framtidig barnesykehus skal inneholde all pediatri inkludert nyfødtintensiv og barnehabilitering samt døgnbehandling innen både somatikk og psykisk helse for barn og ungdom. Tilbudet innen kirurgi på barn/barnekirurgi/barneintensiv vil være avhengig av tett samarbeid med flere voksenspesialiteter. Barnesykehuset bør ha eget akuttmottak. Fagfolkene som har vært involvert i idéfasearbeidet mener at avhengigheten mellom gynekologi og fødselshjelp samt mellom fødsler og nyfødtintensiv, er så stor at kvinnesykdommer bør samlokaliseres med barnevirksoverheten. Et fremtidig "barnesykehus" er helt avhengig av nærhet til intensivavdeling og flere andre spesialavdelinger og kan i likhet med kreftvirksomheten ikke lokaliseres annet sted i Oslo enn OUS øvrige virksomhet.

OUS har 10 000 fødsler pr. år som er 1500 fødsler mer enn antall fødsler i OUS sitt opp-taksområde. Antall fødsler er høyt for en enkelt institusjon også sett i internasjonal sammenheng. Fagmiljøet anbefaler at fødsle-lene i sykehuset samles ett sted, med et differensiert tilbud til de fødende. Nærhet til nyfødtintensiv er grunnleggende. Økningen i fødsler fra nå og til 2030 kan med fordel ivretas av andre, mindre fødeavdelinger i Oslo-området.

### 3.5.2.3 Kreftbehandling

Kreftisiko øker med alderen og eldrebølgen vil føre til en betydelig økning av kreftforekomst i befolkningen. Kreftkirurgi i OUS vil øke mer enn kreftforekomsten grunnet nasjonale og regionale føringer om sentralisering av avansert kreftkirurgi. Økende kreftforekomst og nye behandlingsmuligheter forventes å gi en signifikant økning av medikamentell kreftbehandling (ca. 50 % mot 2030). Til nå har medikamentell kreftbehandling i Oslo vært samlet ved OUS. Aktivitetsøkning gjør det betimelig å vurdere om ett av lokalsykehusene i Oslo bør etablere onkologisk poliklinikk som gir medikamentell kreftbehandling.

Aktiviteten innen strålebehandling vil også øke betydelig. Fagrådet for kreft har pekt på at man bør desentralisere tilbudet gjennom etablering av stråleenheter ved ett eller flere områdesykehus i regionen.

I dag foregår utredning og behandling av kreft ved alle de fire hovedlokalitetene. En stor andel av pasientforløpene omfatter mer enn en lokalitet. En betydelig del av virksomheten innen ulike former for kreftkirurgi, onkologi og gastro- og lungemedisin er fortsatt duplisert.

I et nytt sykehus bør kreftomsorg og -forskning samles i et kreftsenter planlagt etter Comprehensive Cancer Center-prinsipper. Sykehuset har konkrete planer om å søke formalisert status som CCC innenfor EU-systemet. Som ledd i søknadsprosessen vil dette bli gjort en fullstendig gjennomgang av organiseringen av kreftomsorgen i sykehuset.

Et fremtidig kreftsenter må samordnes med og ligge nær øvrige regions- og landsfunksjoner i sykehuset for å sikre nødvendig tilgang til spesialkompetanse, inkludert intensivavdeling. Ny og avansert kreftbehandling er forbundet med en risiko for alvorlige

komplikasjoner. Et rent kreftsykehus lokalisert annet sted i Oslo ville i årene framover ikke kunne tilfredsstillende det medisinske forsvarlighetsbehovet som må legges til grunn for moderne kreftbehandling. Et framtidig proton-/partikkelsesenter bør lokaliseres i umiddelbar nærhet til den øvrige kreftvirksomhet. Nærhet mellom laboratorieforskning og klinikk er av stor betydning, og en må arbeide for å finne løsninger som gjør det mulig å flytte virksomheten ved Institutt for kreftforskning sammen med den kliniske virksomheten.

#### **3.5.2.4 Avdeling for kompleks epilepsi**

Statens Senter for Epilepsi er, og må forbli, et nasjonalt toneangivende miljø inne fagområdet. Samlokalisering med OUS' øvrige virksomhet legges til grunn, og et slikt større tverrfaglig miljø forventes å kunne gi positiv effekt for både pasientbehandling, forskning og faglig utvikling. Som for psykisk helse legges det til grunn at samling av virksomhet knyttet til barn har høy prioritet. Derav følger at barneaktiviteten fra SSE fysisk plasseres i Senter for barn, fødsler og kvinnesykdommer.

Fagmiljøet ved SSE peker på ulemper knyttet til en slik oppsplitting av virksomheten. Man er bekymret for at et delt fagmiljø vil miste sin ledende nasjonale stilling innen deler av fagfeltet samt svekke den gode samhandlingen mellom barne- og voksenepileptologene. Endelige beslutninger om framtidig lokalisering og organisering av virksomheten i Avdeling for kompleks epilepsi vil kreve omfattende og gode prosesser som ligger utenfor idéfasens mandat. I påvente av slike prosesser i linjeorganisasjonen har man i idéfase-sammenheng holdt fast ved det overordnede prinsipp at all barnevirksomhet i sykehuset skal samles i ett senter som er spesielt tilrettelagt for syke barn. Prinsippet gjelder uavhengig av valgt virksomhetsmodell.

### **3.5.3 Utvikling av virksomheten innenfor psykisk helse og avhengighet**

#### **3.5.3.1 Generelt**

OUS sine behandlingstjenester innen psykisk helse og avhengighet foregår både på sykehus og på DPS som ligger utenfor sykehus. Sykehusfunksjonene innen psykisk helse og avhengighet har behov for særlig høy bemanning, tverrfaglig kompetanse og tett integrasjon med forskning og utdanning, og forventes i framtiden å bli enda mer spesialisert. Døgnbehandling og spesialiserte poliklinikker innen psykisk helsevern og rusbehandling bør samles.

Det er solid faglig hold for at pasientgruppen bør behandles utenfor sykehus når det er mulig. Derfor bør DPS-virksomhet, BUP-poliklinikker og ruspoliklinikker fortsette å ligge desentralt, og en økende andel av pasientene bør få sin behandling der. Undersøkelser har også vist at de fleste pasienter innenfor denne gruppen foretrekker å bli behandlet hjemme eller i nærområdet, fremfor i sykehus.

#### **3.5.3.2 Akutttilbud**

Akutttilbudet innen psykisk helse og avhengighet er tredelt: Psykiatrisk legevakt i Storgata 40, psykiatrisk akuttmottak og et eget rusakuttmottak. Psykiatrisk legevakt bør være plassert som i dag, dvs. sammen med den kommunale legevakten i den framtidige Storbylegevakten.

Psykiatrisk akuttmottak ved OUS bør være forbeholdt psykiatri, med mulighet for rask videreføring til fagdifferensierte døgnenheter. Dette akuttmottaket vil ha større behov for skjerming enn for nærhet til det somatiske akuttmottaket, og kan gjerne ligge for seg selv. Rusakuttmottaket kan også ligge for seg selv, men bør ligge nær både psykiatrisk og somatisk akuttmottak. Det siste for å sikre tilgang på medisinsk spesialkompetanse ved behov.

DPS-virksomhet, BUP-poliklinikker og ruspoliklinikker bør fortsette å ligge desentralisert.

Psykiatrisk akuttmottak ved OUS bør være forbeholdt psykiatri, med mulighet for rask videreføring til fagdifferensierte døgnenheter.

Samling av hele sykehus tilbudet for barn i OUS omfatter også barn og unge med behov for BUP-døgntilbud.

En samling av hele fagområdet sikkerhetspsykiatri vil bidra til en mer effektiv areal- og ressursutnyttelse.

Den utstyrstunge laboratorievirksomheten bør samles i størst mulig grad.

Samfunnsutviklingen tilsier at det må forventes et økt behov for kompetanse innen psykisk helse og tverrfaglig rusbehandling i det somatiske mottaket, og det må legges til rette for en slik tilstedeværelse og løsning.

### **3.5.3.3 Tilbudet til barn og unge**

Tilbudet til barn og unge skal styrkes. Blant annet forventes satsning på tidlig diagnostikk å kunne gi positive individuelle og samfunnsmessige konsekvenser. Tilnærmingen til de unge bør skje i tett samarbeid med førstelinjetjenesten og gjennom ambulante team. Etablering av fagnettverk på tvers av tjenestenivåer og enheter i spesialisthelsetjenesten kan også bidra til sikre bedre koordinerte og tilpassede tjenester. Nye teknologiske løsninger vil gi nye muligheter til å komme i kontakt med og holde kontakt med de unge pasientene.

Samling av hele sykehus tilbudet for barn i OUS i et barnesykehus er et viktig prinsipp i idéfasen og omfatter også barn og unge med behov for BUP-døgntilbud. BUP-senger i barnesykehuset vil gi den nødvendige tilgang til somatiske servicefunksjoner (MR/radiologi/lab), en stadig viktigere del av utredningen ved alvorlige og sammensatte lidelser hos barn og unge.

### **3.5.3.4 Sikkerhetspsykiatri**

Demografisk utvikling, endringer i lovverk og samfunnets vektlegging av behov for samfunnsvern, vil gjøre det nødvendig å se nærmere på organisering, dimensjonering og lokalisering av sikkerhetspsykiatrien i OUS. Rapporten fra Tilregnelighetsutvalget vil kunne få betydning for disse forhold.

OUS har regions-, område- og lokalfunksjoner innen fagområdet sikkerhetspsykiatri. Denne type døgntilbud er arealkrevende grunnet høye krav til sikkerhet og skjerming. En samling av hele fagområdet sikkerhetspsykiatri ville bidra til en mer ef-

ektiv areal- og ressursutnyttelse. Av hensyn til kravene til perimetersikkerhet bør virksomheten plasseres i et avskjermet område i utkanten av eller utenfor hovedcampus. Fagmiljøet ønsker samlokalisering med Kompetansesenter for fengsels-, sikkerhets- og rettspsykiatri, helst på samme lokalitet som den øvrige virksomheten innen psykisk helsevern.

### **3.5.3.5 Rusbehandling**

Pasienter med alvorlige eller kroniske rus- og avhengighetstilstander har ofte behov for langvarig behandling som veksler mellom ulike nivåer i helsetjenesten. Dette forutsetter samarbeid mellom døgn- og dagbehandling, poliklinikk og arenafleksibelt tilbud for å gi et mest mulig helhetlig pasientforløp i samarbeid med kommune eller bydel. Det er behov for å videreutvikle tverrfaglig spesialisert rusbehandling for å gi tilstrekkelig tilbud til de pasientgrupper som ikke får slikt tilbud i dag.

### **3.5.4 Medisinske servicefunksjoner**

OUS laboratorietjenester understøtter sykehusets lokale, regionale og nasjonale funksjoner og er også en viktig leverandør av tjenester til rekvirenter utenfor OUS. Det forventes at betjening av eksterne vil fortsette, og at den vil vokse.

Det er enighet om at den utstyrstunge laboratorievirksomheten bør samles i størst mulig grad. Lokaliseringen bør være sentral, men ikke nødvendigvis helt i kjernen for det framtidige sykehuset. Nærhet til, og integrasjon med både klinikk og forskning, må ivaretas. Det må videre være laboratorievirksomhet tett på akuttmottaket. Når det gjelder radiologi er det viktig for effektiv drift at modaliteter knyttet til akuttvirksomhet i størst mulig grad er sentralisert. OUS radiologitjenester håndterer store pasientvolum, og for å sikre gode pasientforløp åpnes det for at deler av radiologivirksomheten som er operativ på dagtid kan desentraliseres.

### 3.5.5 Ikke-medisinske servicefunksjoner

Det har stor driftsmessig betydning å velge hensiktsmessige løsninger som gir effektive og framtidsrettede service- og logistikkjenester. Ulike løsninger har forskjellig arealbehov, og det må tas stilling til valg av løsninger innenfor områder som varelevering, vaskeri, kjøkken, renhold, medikamentforsyning, avfallshåndtering, IKT, administrative funksjoner og medisinsk-teknisk service i neste planleggingsfase. Arealutviklingsplan 2025 vurderte arealbehov knyttet til slike funksjoner til mellom 60 000 og 100 000 kvm. HSØ bør involveres i valgene slik at en sikrer stordriftsfordeler gjennom standardiserte løsninger på tvers av helseforetakene i regionen.

### 3.5.6 Storbylegevakt

Sammen med de prehospitale tjenester vil den framtidige storbylegevakten ha en svært viktig funksjon når det gjelder sortering og håndtering av akutt-pasienter i Oslo. Oslo kommunes planlegging av storbylegevakt er viktig for Oslo og for OUS, og det er i mandatet for idéfasen sagt at alternative løsninger for lokalisering av storbylegevakten skal inkluderes i arbeidet. Det har vært god dialog med Oslo kommune i denne saken underveis i idéfasen.

Det konseptet som i dag fungerer godt i Storgata 40 bør videreføres og utvikles videre. Dette betyr at man i all hovedsak opprettholder samlokalisering av skadelegevakt med ortopedisk virksomhet, psykiatrisk legevakt, allmennlegevakt og psykososiale tjenester. Storbylegevakt-konseptet, som inneholder disse funksjonene, må videreutvikles både for å møte framtidig vekst i antall besøkende og for å sikre unødige sykehusinnleggelses. Dette krever nye og tettere samarbeidsformer mellom OUS og legevakt. Storbylegevakten bør derfor både få en lokalisering og sikres en fysisk fleksibilitet som muliggjør en slik utvikling.

Det er åpenbare fordeler ved at storbylegevakten ligger i nærheten av akutt-sykehuset. I det videre arbeidet med storbylegevakt må OUS nøye vurdere hvilke funksjoner det er naturlig legges inn i selve legevaktbygget. Det vil blant annet være nødvendig å vurdere om både ortopedisk sengepost og ortopediske operasjonsstuer skal ligge i sykehusets egne bygg. I tillegg er det viktig å vurdere hvordan de medisinske fagområdene skal håndteres. Samhandlingen kan utvikles innen medisinske områder, og hastegrad vil ofte på enkeltpasientnivå være like stor som for kirurgiske pasienter. Det må forutsettes at AMK sammen med ambulansetjenesten triagerer stadig bedre. Skadelegevakten må uavhengig av hvilken løsning som blir valgt, sikres kompetansestøtte av ortopediske spesialister.

I tidligere planlegging av storbylegevakten inkluderte OUS rusakuttmottaket som i dag ligger på Aker, i konseptet. Nå er man imidlertid kommet til at det er mer ønskelig å plassere rusakuttmottaket sammen med øvrig tverrfaglig spesialisert rusbehandling på sykehusnivå i OUS, dvs. ikke som en del av storbylegevakten.

### 3.5.7 Utvikling av samhandling med Oslo kommune

Ved Samhandlingsarena Aker har tjenestetilbudet fokus på helsefremmende og forebyggende arbeid, tidlig intervensjon, rehabilitering samt koordinering av behandling og oppfølging. Intensjonen er å selektere pasientgrupper eller områder hvor pasientene profiterer på at tjenestenivåene samhandler og er samlokalisert. Denne arenaen forventes videreutviklet. (se forøvrig kap. 3.3.9)

Tilsvarende forventes samhandlingen mellom OUS og Oslo kommune om storbylegevakten, å videreutvikles i forbindelse med relokalisering av storbylegevakten i nærheten av sykehuset (se kap. 4.4).

Skadelegevakten må, uavhengig av hvilken løsning som blir valgt, sikres kompetansestøtte av ortopediske spesialister.

Aktiviteten knyttet til normalsenger reduseres, men øker for observasjons- og hotellsenger, slik at det samlede antall senger total sett øker med ca. 100 i perioden.

Det forventes videre at samhandling og innovasjon i grensesnittet mellom spesialist- og primærhelsetjenesten vil øke framover. Teknologisk og medisinfaglig utvikling vil kunne understøtte dette. Det samme gjelder endringer i samarbeid med fastleger og avtalespesialister, der begge grupper i framtiden antas å kunne utføre oppgaver som i dag gjøres av spesialisthelsetjenesten.

Innen psykisk helse arbeider man allerede i dag med arenafleksible tjenester. Innen somatikk er det også etablert for eksempel ambulerende sårteam. Denne type samhandling og leveranse av sykehustjenester på arenaer ut over det fysiske sykehuset forventes å øke. Samtidig bidrar ny teknologi til at slike tjenester også kan leveres uten fysisk tilstedeværelse av spesialister.

### 3.5.8 Utviklingstrekk overført til aktivitetstall og -beregninger

#### 3.5.8.1 Endringsdrivere

Det demografisk framskrevne pasientgrunnlaget for somatikk og psykisk helse og avhengighet er justert i forhold til de endringsdrivere som er beskrevet tidligere.

Disse oppsummeres nedenfor med henvisning til konsekvensene for pasientaktiviteten:

- Alder, etnisitet og livsstil: øking i poliklinikk og dagbehandling.
- Medisinsk-teknologisk utvikling: økning poliklinikk, dagbehandling og liggedager.
- IKT og e-Helse: reduksjon poliklinikk, avdelingsopphold og liggedager.
- Omstilling og effektivisering somatikk: - Fra døgn- til dagbehandling: reduksjon i avdelingsopphold og liggedager og økning i dagbehandling og poliklinikk.
  - Mer bruk av observasjonssenger:

reduksjon i avdelingsopphold og liggedager og flere observasjonssenger.

- Hotell: økt bruk av hotell, flytting av liggedager fra normal seng til hotellseng.
- Kortere gjennomsnittlig liggetid: reduksjon av liggedager.
- Omstilling og effektivisering psykisk helse og avhengighet:
  - Fra døgnbehandling i sykehus til DPS: reduksjon i opphold og liggedager i sykehus og økning i DPS.
  - Kortere gjennomsnittlig liggetid: reduksjon av liggedager.

Endringsdriverne er i prinsipp de samme for somatikk og psykiatri. Men omstilling i somatikk skjer i stor grad innenfor sykehuset, mens det i psykisk helse og avhengighet i stor grad er tale om omstilling fra sykehus til DPS.

For somatikk er det korrigert for Vestre Viken sin ambisjon om økt egendekningsgrad til 75 %.

For psykisk helse og avhengighet korrigeres for følgende forhold:

- DPS medregnes ikke i arealet til OUS.
- BUP-poliklinikk samt ca. 40 % av ruspoliklinikkene flyttes til DPS, og medregnes dermed ikke i arealet til OUS

Pasientframskriving for somatikk blir ut fra dette som vist i tabellen neste side.

Tabell 19 viser utviklingen fra 2012 til 2030 (vekst %). I tabellen framgår en mindre økning for avdelingsopphold, en reduksjon for liggedager i normalsenger, og en stor økning

Klinikk	OUS 2012							OUS 2030 idéfase (etter omstilling og effektivisering og ekskl. Vestre Viken)						
	Avd. opphold	Ligge-dager normal Seng	Gj. snittlig liggetid	Obs ligge-dager	Hotell ligge-dager	Dag-opphold dager	Poli-klinikk	Avd. opphold	Ligge-dager normal	Gj. snittlig liggetid	Obs ligge-dager	Hotell ligge-dager	Dag-opphold dager	Poli-klinikk
B - Medisinsk klinikk	14 895	74 304	5,0	8 355		18 419	86 840	16 980	75 970	4,5	12 031		36 726	93 031
C – Klinikk for kirurgi og nevrofag	25 207	117 488	4,7			28 317	166 722	27 062	111 735	4,1	1 023		41 146	174 487
D – Kvinne- og barneklubben	24 142	93 640	3,9			9 605	116 649	24 111	73 840	3,1	351		13 545	117 075
E - Kreft- kirurgi og transplant.	24 062	119 104	4,9			32 373	182 070	28 830	128 887	4,5	650		53 529	210 051
F – Hjerne-, lunge- og karklinikk	11 669	37 957	3,3			6 349	22 141	13 885	38 984	2,8	83		9 547	25 082
H – Akuttklinikken*				820							1 055			
<b>I alt</b>	<b>99 975</b>	<b>442 493</b>	<b>4</b>	<b>9 175</b>	<b>64 614</b>	<b>95 063</b>	<b>574 422</b>	<b>110 867</b>	<b>429 416</b>	<b>4</b>	<b>15 193</b>	<b>97 461</b>	<b>154 493</b>	<b>619 727</b>
Vekst i % 2012-2030								11%	3%	-12%	66%	51%	63%	8%

for observasjonsliggedager, hotelløgn samt dagbehandling og poliklinikk. Dette er en konsekvens av de endringsdriverne som er lagt inn i framskrivningen.

Aktiviteten knyttet til normalsenger reduseres, men øker for observasjons- og hotellsenger, slik at det samlede antall senger total sett øker med ca. 100 i perioden.

Beregning av sengetall er basert på liggedager og utnyttelsesgrad som varierer noe mellom funksjoner. Rapportert sengetall fra OUS i 2012 er noe lavere enn tallet man har kommet frem til her, da rapportert sengetall er beregnet basert på 85 % belegg for alle senger (effektive senger). Det bør vurderes nærmere i den videre bearbeidingen om utnyttelsesgradene, som grunnlag for kapasitetsberegning, skal justere for noen av funksjonsområdene.

For psykisk helse og avhengighet blir resultatet av framskrivningen som vist i tabell 20.

Nederst i tabell 20 er den samlede utviklingen fra 2012 til 2030 vist. Det fremgår at det er en mindre økning i aktiviteten. Antall normalsenger blir ca. 306 sammenlignet med 300 i 2012, hvilket må sees i sammenheng med at en økende del av sengebehovet vil bli ivaretatt i DPS.

### 3.5.8.2 Utnyttelsesgrader

I dette avsnitt vises hvilke utnyttelsesgrader som benyttes i framskrivningen av kapasitets- og arealbehov. Bruk av utnyttelsesgrad på under 100 % for senger ivaretar de normale uke- og sesongsvingningene i et sykehus.

Utnyttelsesgradene for senger er vist i tabell 21 (neste side).

Tabell 19  
OUS somatikk,  
framskrivning av  
aktivitet til 2030.

\* Det foreligger ikke kvalitets-sikrede tall for intensivvirksomheten i Akuttklinikken for 2012. Dimensjoneringen for intensivvirksomheten i 2030 er håndtert på særskilt måte. Poliklinisk virksomhet i Akuttklinikken og Klinikk for diagnostikk og intervensjon som heller ikke er indikert i tabellen, er i 2030-perspektiv dimensjonert som kliniske spesialrom i egne beregninger, ikke basert på aktivitetstall.

Klinikk	Avdelling	OUS 2012				OUS idéfase 2030			
		Avd. opphold	Ligge-dager normal Seng	Dag-opphold	Poli-klinikk	Avd. opphold	Ligge-dager normal Seng	Dag-opphold	Poli-klinikk
Psykisk helse og avhengighet	Psykisk helse, nasj. og reg funk.	185	14 651	90	25 762	198	14 338	117	27 751
	Psykisk helsevern dognbehandl.	1 138	49 243	13	9 656	1 442	49 357	23	12 433
	Rus- og avhengighetsbehandl.	2 804	26 154	760	11 547	3 239	27 323	1 113	12 863
	Barne- og ungdomspsykiatrik	91	4 311	1 015		108	4 921	1 655	
<b>OUS ekskl. DPS, BUP-poliklin. og ruspoliklin.</b>	<b>4 398</b>	<b>94 359</b>	<b>1 878</b>	<b>46 965</b>	<b>4 987</b>	<b>95 939</b>	<b>2 909</b>	<b>53 046</b>	
Vekst i %					13%	2%	55%	13%	

Tabell 20  
OUS psykisk helse og  
avhengighet framskrivning  
av aktivitet til 2030.

Tabell 21  
OUS utnyttelsesgrader  
senger.

Utnyttelsesgrader senger	OUS	Kommentarer
Somatiske senger	82 % 85 %	Gjennomsnitt: 80 % for lands- og regionspasienter (elektive) og for lokal- og områdepasienter
Hotellsenger	70 %	Redusert utnyttelse, f.eks. ikke belegg i helg
DPS-senger	90 %	20-30% av DPS-sengene er beredskapssenger som belegges ca. 60 %
Voksenpsykiatri	90 %	Jf. Sintef's framskriving av sengetall i Helse Øst
BUP-senger	73 %	Redusert utnyttelsesgrad pga. få senger
Rus/avhengighet	80 %	
Barn	70 %	Redusert pga. små grupper og sesongsvingninger
Observasjon	80 %	Redusert utnyttelsesgrad pga. øyeblikkelig hjelp

Avansert utstyr, store datamengder og høyt spesialisert kompetanse, må gjøres tilgjengelig på tvers av avdelingsgrenser i sykehuset og mellom institusjoner som OUS og UiO.

Det er lagt inn en utnyttelsesgrad for poliklinikker og dagbehandling etc. på 230 dager i året. Dette er tilsvarende som i arealutviklingsplanen og ved planlegging av St. Olavs Hospital. Ved AHUS og Nytt østfoldsykehus er det lagt til grunn 240 dager.

10 timer effektiv åpningstid pr. dag er lagt til grunn for de investeringsmessig tunge funksjoner (billediagnostikk og operasjon), mens åtte timer er lagt til grunn for beregning av poliklinisk virksomhet. 10 timer pr. dag for poliklinikk har vært vanlig planforutsetning i HSØ, men har vist seg vanskelig å realisere i praktisk drift. Det er derfor valgt å gå ned til åtte timer for poliklinikkfunksjoner i OUS.

For undersøkelses- og behandlingfunksjoner er det anvendt utnyttelsesgrader som vist i tabell 22 (neste side), som for det meste samsvarer med de utnyttelsesgradene som ble benyttet i arealutviklingsplanen.

Sammenlignet med arealutviklingsplanen er det foretatt justeringer for PET og mamмоgrafi. Disse undersøkelsene foregår bare på dagtid, og foreslås derfor justert til 100 % på dagtid. Operasjonstidene er basert på data fra arealutviklingsplanen.

## 3.6 Forskning, innovasjon, næringsutvikling og utdanning

### 3.6.1 Forskning

I løpet av det 21. århundre vil biomedisinsk forskning sannsynligvis forandre medisinen radikalt. Den medisinsk-teknologiske utviklingen, særlig fremskrittene innen sekvensering av genomet, gjør det teknologisk mulig å skaffe til veie detaljert og kompleks informasjon om individ og sykdomstilstand. Prisen på kommersielle analyser er fallende. Moderne biomedisinsk forskning genererer store, uhåndterlige mengder data som skal analyseres, ofte sammen med strukturerte data fra register og ustrukturert informasjon fra pasientjournaler. Avanserte analyser ved bioinformatiker fra realfagmiljøet må til for å forstå den biologiske sammenhengen bak observasjonene, og forskningen vil i større grad enn tidligere foregå ved computeren og ikke ved laboratoriebenken. Den økende kompleksiteten i biomedisinsk forskning medfører behov for nye samarbeidspartnere på tvers av fakulteter, fag og yrkesgrupper. Avansert utstyr, store datamengder (rådata) og høyt spesialisert kompetanse må gjøres tilgjengelig på tvers av avdelingsgrenser i sykehuset og mellom institusjoner som OUS og UiO. De samme laboratorieplattformene vil bli benyttet på tvers av ulike forskningsfelt. Den mest banebrytende teknologien er

Tabell 22  
OUS utnyttelsesgrader,  
undersøkelse/behandling.

Utnyttelsesgrader dag/poliklinikk undersøkelser/behandlinger	Dager/år	Timer/dag	Minutter pr. unders./beh.	Kommentarer
Dagplass	230			
<b>Polikliniske standardrom</b>	<b>230</b>	<b>8</b>		
Pediatri	230	8	40	
Gynekologi og føde	230	8	30	
Anestesiologi (smertebehandling)	230	8	40	
Kirurgi og ortopedi	230	8	30	
Medisinske fag og hjerte-/lungekirurgi	230	8	40	
Kjevekirurgi	230	8	30	
Plastikkirurgi	230	8	30	
Nevrokirurgi	230	8	30	
Barnekirurgi	230	8	30	
Nevrologi	230	8	40	
Revmatologi	230	8	40	
Øre-nese-hals	230	8	30	
Øye	230	8	30	
Onkologi	230	8	40	
Psykatri og habilitering	230	8	75	
Fysikalsk med. og rehabilitering	230	8	40	
Psykosomatikk	230	8	75	
Kompleks epilepsi	230	8	75	
<b>Bilddiagnostikk</b>	<b>230</b>	<b>10</b>		
Konvensjonell røntgen	230	10	20	90 % i dagtid
Angiografi	230	10	110	90 % i dagtid
Ultralyd, CT, Nukleærmedisin	230	10	30	90 % i dagtid
PET	230	10	70	100 % i dagtid
MR	230	10	60	90 % i dagtid
Mammografi	230	10	20	100 % i dagtid
<b>Operasjon</b>	<b>230</b>	<b>10</b>		
Kirurgi *)	230	10	190	90 % i dagtid
Ortopedi **)	230	10	190	90 % i dagtid
Nevrokirurgi **)	230	10	190	90 % i dagtid
Plastikkirurgi ***)	230	10	160	90 % i dagtid
Gynekologi/føde ***)	230	10	160	90 % i dagtid
Øre-nese-hals ***)	230	10	160	90 % i dagtid
Øyesykdommer	230	10	60	90 % i dagtid
Dagkirurgi (ekskl. øye)	230	8	90	100 % i dagtid

\*) Gastrokirurgi, thoraxkirurgi, urologi, barnekirurgi. Basert på måling i RH: 175 min/OP

\*\*\*) Basert på måling i RH: 178 min/OP

\*\*\*) Basert på måling i RH: 144 min/OP



Virksomheten i offentlig helse og omsorg må sees i sammenheng med verdiskapingen i næringslivet.

OUS skal bli et av Europas ledende sykehus innenfor helseinnovasjon.

Samhandling med førstelinjetjenesten blir sentralt om pasienten skal møtes på riktig måte og fortrinnsvis utenfor spesialisthelsetjenesten.

ofte resultat av større internasjonale og globale samarbeidsprosjekter.

Sykehusets Scientific Advisory Board (SAB) ser et betydelig forskningspotensial i å utvikle OUS i umiddelbar nærhet av og integrert med UiO. Et nytt og moderne sykehus i umiddelbar nærhet av og integrert med UiO åpner for nye samarbeidskonstellasjoner på tvers av gamle avdelings-, institutt og institusjonsgrenser. Samarbeid med fysikkmiljøet ved UiO om forskning og utvikling i et framtidig proton-/partikkelsenter, beliggende i umiddelbar nærhet til begge institusjoner, vil for eksempel kunne resultere i ny og bedre strålebehandling for kreftpasienter. Nærhet mellom universitet og sykehus og mellom forskjellige forskningsmiljøer innenfor sykehuset vil også gjøre det mulig å dele laboratorieplattformer, biobanker, kliniske forskningsregistre og annen forskningsinfrastruktur. «High-throughput-analyser» fra ulike forskningsfelt vil kunne utføres av de samme ingeniørene ved en felles kjernefasilitet. For øvrig kommer store deler av analysene til å foregå i kommersielle laboratorier utenfor sykehuset

### 3.6.2 Innovasjon og næringsutvikling

Myndighetene har gitt tydelige signaler om at virksomheten i offentlig helse og omsorg må sees i sammenheng med verdiskapingen i næringslivet. I flere stortingsmeldinger de senere årene omtales behovet for innovasjon og næringsutvikling. Helse- og omsorgsdepartementet opptatt av at de samfunns- og næringsøkonomiske effektene av sykehusets virksomhet skal være en del av målbildet for helseforetakene (St.meld. nr. 7, 2008-2009).

Innovasjon er også tydelig nedfelt i det årlige oppdragsdokumentet fra HSØ. Oppdragsdokumentet for 2013 har følgende bestilling til sykehuset:

- Økt forskningsbasert og behovsdrivet innovasjon i helseforetakene.

- Økt omfang av innovasjoner som understøtter helhetlige pasientforløp og bedre samhandling mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten.
- Økt implementering av nye produkter, tjenester, diagnostikk- og behandlingsmetoder, organisatoriske prosesser og løsninger som bidrar til økt kvalitet, effektivitet, kostnadseffektivitet, samhandling og mer helhetlige pasientforløp.
- Økt innovasjonseffekt gjennom bruk av offentlige innkjøp, før-kommersielle avtaler og prosjekter med leverandørindustrien.

Basert på styrende dokumenter har OUS utviklet sin egen innovasjonsstrategi der visjonen er at Oslo universitetssykehus skal bli et av Europas ledende sykehus innenfor helseinnovasjon. «Innovasjon skal være en integrert og tydelig del av sykehusets virksomhet, skape verdi gjennom bedre pasientbehandling og nye behandlingsrutiner og slik bidra til optimal ressursbruk og økonomisk gevinst». OUS ønsker å bygge opp sin innovasjonssatsing omkring følgende områder:

#### 3.6.2.1 Tjenesteinnovasjon og pasientforløp

Dersom dagens helsetjeneste skal bli i stand til å møte morgendagens utfordringer må det arbeides systematisk med måten vi yter helsetjenester på. Helsetjenesten må sees på som en samlet leveranse. Selvbetjening, monitorering, elektronisk samhandling og telemedisin må bli en integrert del av tilbudet. Det må bygges opp arenaer som gjør det mulig fortløpende å kartlegge grensesnittene mellom fagområder, nye forskningsresultater, klinisk kunnskap, teknologiske nyvinninger og overgangene mellom de ulike tjenestenivåene. Samhandling med førstelinjetjenesten blir sentralt om pasienten skal møtes på riktig måte og for-

trinnsvis utenfor spesialisthelsetjenesten. Pasientens behov må være kjernen i tilnærming til nye løsninger, både i forebyggende virksomhet, medisinsk diagnostikk og behandling samt oppfølging.

Basert på pasientens behov må helsetjenestens samlede kompetanse skape slike arenaer for å videreutvikle morgendagens løsninger. Den raske utviklingen av ny teknologi vil i økende grad gjøre det mulig å understøtte integrerte og pasientrettede tilnærminger, og bidra til at den enkelte pasient kan få et persontilpasset forløp. Pasientens perspektiv vil bli stadig viktigere, og vil sammen med teknologiske fremskritt kunne motvirke silo-tenkning mellom de ulike spesialitetene og fagområdene i sykehuset.

### **3.6.2.2 Pasientrettet IKT**

I dag utføres nesten 90 % av alle helsetjenester gjennom personlig kontakt. Selvbetjeningsteknologi kan med fordel erstatte en del av dagens løsninger. Hjemmebaserte teknologier, sensorer, helse-app'er og integrerte IKT-løsninger forventes å forbedre tilbudet og redusere kostnader. Dagens strenge krav til dataoverføring samt mangel på pasientvennlig teknologi, gjør imidlertid dette til en kostbar, vanskelig og langsom prosess. Det er stort behov for ny IT-arkitektur og en tilpasning av lovverket i forhold til pasientsikkerhet, som gjør at man kan støtte samhandling, gode pasienttilnærminger og samarbeid på tvers av institusjoner. Se for øvrig kap 4.4.

### **3.6.2.3 Implementering av forskningsresultater**

I dag kjennetegnes sykehusene av at nye forskningsresultater og ny klinisk kunnskap ikke i tilstrekkelig grad blir omsatt og integrert som del av medisinsk praksis. Man er ikke gode nok til å ta i bruk ny teknologi, drive aktiv kunnskapsoverføring og dele nye løsninger nasjonalt. Sykehusets samlede

kompetanse innenfor forskning og klinisk virksomhet er høy. Denne kunnskapen bør utnyttes i langt større grad. Sykehuset må by på et «laboratorium» for uttesting som vil gjøre det mulig å dele kunnskap på tvers av fagområder, tjenestenivåer og yrkesgrupper, og som åpner for et samspill med næringslivet. Det nye sykehuset må bygges med fleksible arenaer for uttesting og verifisering av nye behandlingstilnærminger, både sammen med næringslivet og ved bruk av ny teknologi. Dette vil styrke norsk næringsliv og gjøre det mulig å tilby pasienten den mest moderne behandling («best practice»).

### **3.6.2.4 Samarbeid om utdanning og opplæring**

Befolkningsutviklingen vil føre til ubalanse mellom behov og tilgang på kompetent helsepersonell i årene som kommer. Det blir en viktig oppgave for sykehuset å utdanne tilstrekkelig mange helsearbeidere innenfor de ulike profesjoner og fagområder. Utdanning og kompetanseheving må sees i sammenheng med utviklingen innen medisinen. Nye behandlingsformer vil stille krav til ny kompetanse i form av nye profesjoner og må håndteres med utgangspunkt i pasientens behov.

### **3.6.2.5 Samspill med næringsliv**

Norge har en helsetjeneste preget av høy kvalitet, og sykehusene er en velegnet arena for uttesting og validering av nye metoder for diagnostikk, behandling og forebyggende helse. For at forskning og klinisk kunnskap skal komme til nytte i form av nye produkter og tjenester, må sykehuset åpnes for viktige samarbeidspartnere. Samspill med næringsliv er en forutsetning for å kunne møte etterspørselen etter helsetjenester i framtiden. I tillegg til sykehuset og UiO er en rekke forskningsinstitutter lokalisert i det geografiske område for utbygging av nytt sykehus. Oslo Cancer Cluster Innovasjonspark, Oslo Medtech og Forskningsparken er eksempler på aktører i en helserelevant

Pasientens perspektiv vil sammen med teknologiske fremskritt, kunne motvirke silo-tenkning mellom de ulike spesialitetene og fagområdene i sykehuset.

Det blir en viktig oppgave for sykehuset å utdanne tilstrekkelig mange helsearbeidere innenfor de ulike profesjoner og fagområder.

Norge vil stå overfor et gap mellom tilgang på og etterspørsel etter helsearbeidere fra ca. 2020.

Planleggingen av nye sykehusbygg, storbylegevakt og livsvitenskapsbygg skjer så nær hverandre i tid og sted, at det oppstår muligheter utover det enkelte prosjekt.

næringsutvikling i sykehusområdet. Inven2 AS er Norges største innovasjonsselskap og felles aktør for OUS og UiO i arbeidet med å kommersialisere arbeids- og forskningsresultater med næringsmessig potensial.

En forutsetning for å lykkes med næringsutvikling med grunnlag i sykehusets innovasjonsvirksomhet, vil være at det i tillegg til fasiliteter i sykehusbyggene, settes av arealer i sykehusets randsoner. Her kan bedrifter etableres og utvikle seg i samarbeid med virksomheten ved sykehuset og UiO. Dette vil omfatte arealer for kontorer, laboratorier og produksjonsformål.

For nærmere beskrivelse vises det til vedlegget «Innovasjon og næringsutvikling».

### 3.6.3 Utdanning

Ved prestisjetunge universitetssykehus i utlandet, der undervisning og utdanning har en høyere status enn i Norge, har man erkjent betydningen av å anstrenge seg for å rekruttere de beste kandidatene. Selv om det i øyeblikket utdannes tilstrekkelig mange innen de fleste grupper helsepersonell, viser ulike utredninger at Norge vil stå overfor et gap mellom tilgang på og etterspørsel etter helsearbeidere fra ca. 2020. Eldrebølge i kombinasjon med små årskull i yrkesaktiv alder ligger til grunn for misforholdet. De siste årene har underskudd på intensiv- og operasjonssykepleiere vist hvor sårbar sykehusdriften er for mangel på spisskompetanse.

Nok helsepersonell og helsepersonell med nøkkelkompetanse kommer til å bli en kritisk faktor i OUS sin framtidige drift. Utviklingen innen biomedisinsk forskning gjør at sykehuset også må skaffe seg realister med relevant utdanning på mastergradsnivå. Innenfor disse gruppene vil sykehuset måtte konkurrere med det private næringsliv. Utdanningstilbudet i sykehuset må være attraktivt på både grunn-, videre- og

etterutdanningsnivå dersom OUS skal tiltrekke seg det nødvendige antall studenter og ferdig utdannet helsepersonell og realister. Det må satses på behovsdrivet utdanning gjennom styrket samarbeid mellom ulike utdanningsaktører, for å tilpasse utdanningens innhold i takt med medisinsk utvikling. Simuleringslaboratorier, samlet i egen undervisningsfløy og integrert i de kliniske arealene, vil få økt betydning både i teknisk ferdighetsopplæring og trening på samhandling. Sykehuset må selvsagt også tilpasse seg bemanningsutfordringene på andre måter, blant annet gjennom nye, mer effektive driftsløsninger, ny teknologi og oppgaveglidning mellom yrkesgrupper.

### 3.6.4 Potensial for samarbeid om behandling, forskning og verdiskapning

OUS sine oppgaver knyttet til forskning og utvikling, utdanning og innovasjon løses best i et samarbeid med UiO, Oslo kommune, høyskolene og andre relevante aktører. Potensialet i disse samarbeidsrelasjonene er betydelig. Planleggingen av nye sykehusbygg, storbylegevakt og livsvitenskapsbygg skjer så nær hverandre i tid og sted, at det oppstår muligheter utover det enkelte prosjekt. Utvikling av UiO i retning av Gaustad som vist i UiO sin utviklingsplan, gir spesielt gode muligheter for samlokalisering av likeartet virksomhet hvis OUS velger en løsning med (deler av) sin aktivitet i Gaustad-området.

Videreutvikling av medisinsk teknologi vil føre til at medisinsk teknisk utstyr (MTU) blir mer automatisert eller effektivt, samtidig som funksjonaliteten bedres og man får mer igjen for investeringene. Det er ikke like klart hvilke nye teknologier som vil ha størst betydning for helsetjenestene fra 2030 og framover. Mye tyder imidlertid på at nye IKT-løsninger, sensortechnologi, nanoteknologi og ny molekylærgenetisk forståelse, om få år vil åpne for muligheter. Dette kommer til å endre helsevesenet slik at man blir i stand til å tilby pasienter et helt annet

behandlingstilbud enn i dag. Store deler av utviklingen vil skje innenfor fagområder som bioinformatikk, molekylærbiologi, matematikk eller andre matematisk-naturvitenskapelige fag. Nært samarbeid og helst samlokalisering med de naturvitenskapelige miljøene ved UiO, vil gi gode forutsetninger for å utvikle seg som internasjonalt ledende miljø innenfor livsvitenskap.

OUS skal planlegges med god tilgjengelighet og offentlig kommunikasjon for pasienter, pårørende, ansatte og studenter. Det er viktig med god tilgjengelighet både for akuttransport og for annen transport samt bedre tilknytning til kollektiv transport. Videre skal det planlegges for mindre behov for interntransport i sykehuset. Tilrettelegging for noe mer service- og utleieareal vil bidra til å øke allmenhetens tilgjengelighet til den medisinske bydelen(e).

Potensialet som ligger i å utvikle frigjorte arealer, vil gi mulighet for byutvikling i form av både boligareal og næringsareal. Foreløpige planer for utvikling av frigjorte arealer er drøftet med kommunen og et utvalg naboer og eiendomsutviklere. Selv om det er tidlig i prosessen ser det ut til at den skisserte byutviklingen vil være attraktiv og kan gjennomføres i tråd med kommunale føringer.

### 3.7 Oppgavedeling i spesialisthelsetjenesten i Oslo-området

#### 3.7.1 Bakgrunn

I en styresak i desember 2013 (sak 094 - 2013) slo HSØ fast at «det bør skje en sterkere grad av koordinering mellom sykehusene i de tre sykehusområdene» og at «som en del av denne samordningen er det også nødvendig å foreta en avklaring av den langsiktige utviklingen av lokalsykehusfunksjonen i Oslo sykehusområde. Det er særlig viktig at dette avklares i sammenheng med den regionale kapasitetsanalysen og idéfase-

arbeidet i OUS. Oslo kommune må delta i dette arbeidet».

I styresaken foreslo styringsgruppen i HSØ-prosjektet Kapasitetsutfordringer i hovedstadsområdet i tillegg til kortsiktige tiltak, også konkrete muligheter som kunne få betydning på lenger sikt og som det burde arbeides videre med:

- Lovisenberg Diakonale Sykehus har planer for nybygg med 100-120 nye somatiske senger som kan realiseres i løpet av to til tre år.
- Martina Hansens Hospital har mulighet til å utvide elektiv ortopedisk virksomhet, noe på kort sikt og ved investeringer på lengre sikt.
- Vestre Viken Bærum har mulighet til å bemanne 35 senger med hovedvekt på indremedisin, ortopedi og noe kirurgi.
- Vestre Viken Bærum har også kapasitet til ytterligere 300 fødsler pr år.
- Det er viktig at KAD-plassenes (kommunal akutt døgnenhet) intensjon om å forebygge unødvendige sykehusinnleggelseser realiseres.
- Samarbeid mellom OUS og Oslo kommune om Storbylegevakt.
- Samarbeid med Lovisenberg og Diakonhjemmet om ny oppgavedeling.
- Videre arbeid med oppgavedelingen i hovedstadsområdet innen områder som for eksempel palliasjon, ortopedi og generell indremedisin.
- Samarbeid mellom sykehusavdelinger og avtalespesialister.

OUS skal planlegges med god tilgjengelighet og offentlig kommunikasjon for pasienter, pårørende, ansatte og studenter.

Potensialet som ligger i å utvikle frigjorte arealer, vil gi mulighet for byutvikling i form av både boligareal og næringsareal.

Utbygging av Lovisenberg og Diakonhjemmet sykehus er ønskelige og viktige bidrag for å møte behovet for sykehustjenester til Oslos voksende befolkning.

Saken ble fulgt opp i HSØ sitt styremøte i juni 2014:

- Økt kapasitetsbehov i Oslo og Akershus sykehusområder løses på kort sikt ved optimalisering av dagens driftssituasjon og oppgaveoverføring mellom sykehusene. Arbeidet med vurdering og gjennomføring av hensiktsmessige endringer videreføres.
- I tillegg planlegges også for utvidet bruk av Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus som bidrag til å sikre nødvendig behandlingsskapitet i hovedstadsområdet.

Prosjektet er, gjennom dialog med Diakonhjemmet, kjent med at det her er utført en mulighetsstudie våren 2014 som indikerer mulighet for opptil 200 nye senger på Diakonhjemmet sykehus.

### 3.7.2 Helhetstilnærming

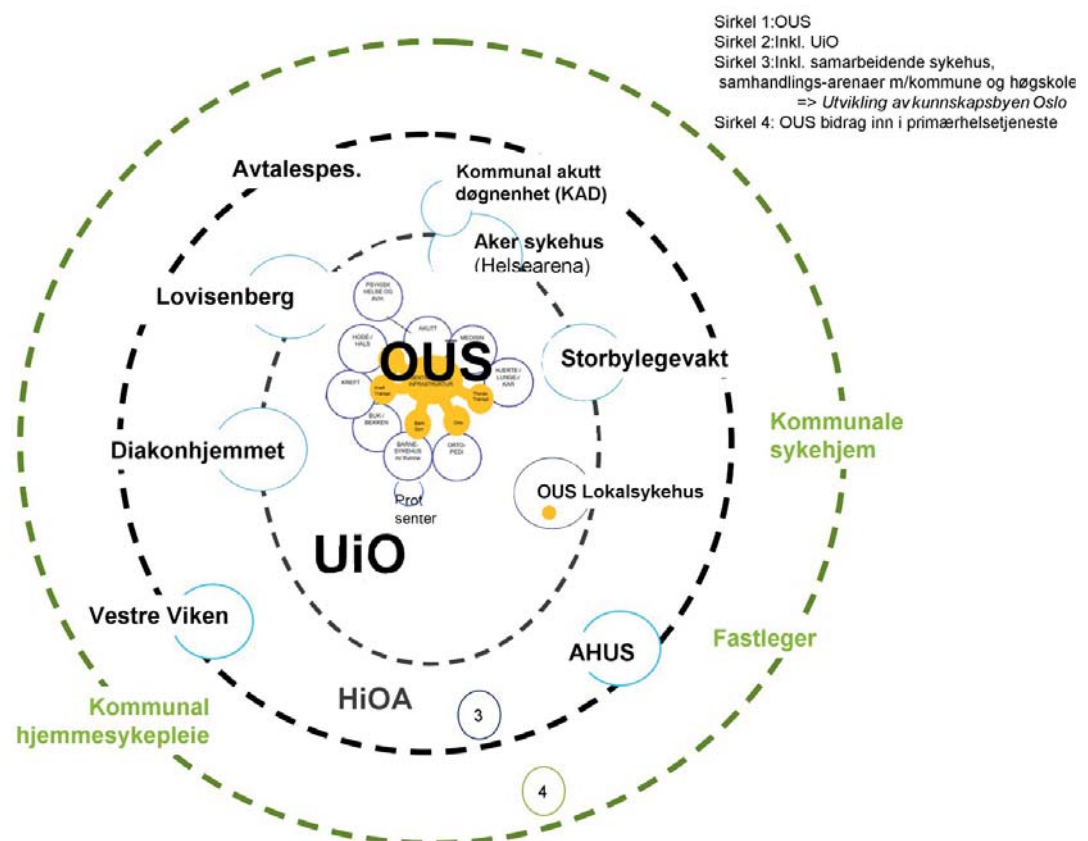
Virksomheten i OUS inngår i en større sammenheng når det gjelder pasientbehand-

ling, forskning, utdanning og innovasjon. Det må derfor tenkes helhetlig om en virksomhetsmodell for helsetjenesten og tilhørende virksomhet i det samlede hovedstadsområdet.

Figur 24 viser virksomheten i OUS sett i en helhetlig sammenheng der andre sykehus, primærhelsetjeneste, universitet og høyskoler er samarbeidspartnere som leverer selvstendige bidrag til pasientforløp, forskning og utdanning. Samtidig er det viktig å påpeke at det er pasienten som står i sentrum. OUS fungerer på mange måter som en bakvakt og siste skanse for mange kritisk syke pasienter i Norge, og således samhandler sykehuset med hele spesialisthelsetjenesten i landet til pasientens best.

Den pågående prosess i regi av HSØ som skal lede fram til ny oppgavedeling mellom sykehusene i området, vil få konsekvenser for aktivitetsutviklingen i OUS. Utbygging av Lovisenberg og Diakonhjemmet sykehus er ønskelige og viktige bidrag for å møte behovet for sykehustjenester til Oslos voksende

Figur 24  
En helhetlig virksomhetsmodell for helsetjeneste, medisinsk faglig forskning og utdanning i Osloområdet.



befolkning. I løpet av idéfaseprosjektet er det blitt klart at en bør se på fordelingen av sektorer mellom sykehusene i Oslo sykehusområde på ny. Det vil også være hensiktsmessig å videreutvikle den faglige profilen til det enkelte sykehus utover den sektorbaserte lokalsykehusprofilen.

Diakonhjemmet har allerede markert seg med en eldre/revmatologi/ortopediprofil og Lovisenberg med hospice/øre-nese-hals/elektiv ortopedi. I tillegg har begge sykehus omfattende virksomhet innen psykisk helse. OUS bør bidra til at de private ideelle sykehusene får utvikle sine faglig sterke områder videre, som ledd i best mulig helhetsløsninger for spesialisthelsetjenesten i Oslo.

### 3.7.3 Omfordeling av oppgaver

Som oppfølging av styresaken i HSØ om kapasitetsutfordringer i hovedstadsområdet i desember 2013, har prosjektet sammen med faglig rådgivingsgruppe og ledergruppen i OUS, diskutert oppgaver som kan tenkes fordelt på andre måter mellom OUS og samarbeidende sykehus.

Det er i første rekke naturlig å se på oppgaver med lav kompleksitet og høyt volum. Ved omfordeling av mer komplekse oppgaver er det vesentlig at det legges vekt på kompetanseoverføring og oppfølgende rådgivningsstøtte i en overgangsfase.

Nye IKT/e-Helse/telemedisinløsninger (felles RIS/PACS, digitalt patologiesystem, laboratoriesystem og håndteringssystem for cytostatika), åpner for at større deler av pasientforløpene til regionpasienter kan foregå utenfor OUS. Et annet hensiktsmessig tiltak ville være å utvide bruk av rullerende spesialister. Ny oppgavedeling må ledsages av omfordeling av undervisnings-/universitetsoppgaver.

I Oslo-området kan det være aktuelt å fordele lokal- og områdesykehusoppgaver til Lovisen-

berg, Diakonhjemmet, Sunnaas, Martina Hansens Hospital, AHUS, Vestre Viken-Bærum eller til private aktører og/eller avtale-spesialister. Spesielt vil dette gjelde fremtidig vekst innen lokal- og områdefunksjonene. Fra et OUS-perspektiv ser man det som viktigere å fordele oppgaver i hovedstadsområdet etter funksjon enn etter sektor- og bydelsansvar. Dette ville gi samarbeidende sykehus anledning til å utvikle og styrke en faglig profil utover det å fungere som lokalsykehus for visse deler av byen. Primærhelsetjenesten i bydelene som sogner til de private, ideelle sykehusene er svært fornøyd med sine lokalsykehus. God detaljkunnskap om lokale forhold og tilbud samt spisskompetanse når det gjelder oppfølging av kronikere med alminnelige, ofte sammensatte tilstander, gjør Lovisenberg og Diakonhjemmet til gode samarbeidspartnere for hjemmesykepleie og leger i bydelene. Det ville derfor være hensiktsmessig at sykehusene utviklet seg videre som lokalsykehus for et geografisk område samtidig som de styrker sin faglige profil. En slik kombinasjon vil bidra til å styrke den samlede kompetanse innen spesialisthelsetjenesten i hovedstadsområdet.

Det er behov for systematisk gjennomgang av hvilke regionsfunksjoner som kan omdefineres til flerområde- eller områdefunksjoner. Det er også nødvendig å se etter nye og hensiktsmessige arbeidsdelinger som avgrenser regionsykehusets bidrag i langvarige, sammensatte pasientforløp. Disse problemstillingene er ikke utredet i idéfasen.

Omfordeling av oppgaver som i dag løses i OUS og omfordeling av fremtidig vekst innen de samme områdene, vil redusere størrelsen på et framtidig samlet sykehus. Det er derfor av interesse å vurdere hvilken potensiell betydning omfordeling vil kunne få for framtidig arealbehov i OUS. Tabell 20 viser innspill til konkrete oppgaver som det er interessant å se nærmere på i denne sammenheng. Det er estimert at oppgavene som er listet opp vil ha

**I Oslo-området kan det være aktuelt å fordele lokal- og områdesykehusoppgaver.**

**Omfordeling av dagens og framtidens oppgaver i OUS vil redusere størrelsen på et framtidig samlet sykehus.**

Tabell 23  
Oppgaver som bør  
vurderes med tanke på ny  
oppgavedeling.

Oppgaver og omfang av disse som kan vurderes med tanke på ny oppgavedeling eller lagt utenfor hovedsykehuset	
Oppgave	Omfang
<b>Medisin/nevrologi</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Generell indremedisin</li> <li>• Dialyse</li> <li>• Rehabilitering (nevrovaskulær, traume, lungemedisin, geriatri)</li> <li>• Geriatri</li> <li>• Nevrologi</li> </ul>	<p>Anslagsvis 1/2 - 2/3 av lokalsykehusfunksjonen knyttet til disse oppgavene kan tenkes fordelt til eksisterende sykehus eller avtalespesialister.</p>
<b>Kirurgi</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gastrokirurgi</li> <li>• Ortopedio</li> <li>• Øyesykdommer</li> <li>• Urologi</li> </ul>	<p>Anslagsvis 1/2 av OUS' elektive lokal- og områdekirurgi innenfor nevnte områder kan tenkes fordelt til eksisterende sykehus, avtalespesialister eller private spesialister.</p> <p>Fedmekirurgi.</p>
<b>Kvinne/Barn</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gynekologi</li> <li>• Fødsler</li> <li>• Reproduksjon/IVF</li> <li>• Barn</li> </ul>	<p>Poliklinisk oppfølging hos avtalespesialister, evt. andel gynekologiske operasjoner til private.</p> <p>Vekst i fødsler kan ivaretas av andre sykehus i Oslo- området.</p> <p>Kan vurderes om noe av virksomheten kan foregå hos private eller i et elektivt senter utenfor campus.</p> <p>Kontroller og kronikeroppfølging i større grad hos avtalespesialister og fastleger.</p>
<b>Akutt</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK)</li> <li>• PCI</li> </ul>	<p>AMK/prehospitale tjenester behøver ikke ligge på campus.</p> <p>Noe av virksomheten overført som områdefunksjon til AHUS.</p>
<b>Kreft</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Palliasjon</li> <li>• Medikamentell kreftbehandling</li> <li>• Strålebehandling</li> <li>• Kreftkirurgi</li> </ul>	<p>Bør fordeles etter LEON-prinsippet. Regionstilbud til pasienter med spesielt komplekse problemstillinger forutsetter at OUS har et volum av generell palliasjon. Kan tenkes overført 1/2-2/3 av dagens aktivitet.</p> <p>Overføre 1/2 av ikke-høyspesialisert cytostatikabehandling for Oslo-pasienter til annet sykehus i Oslo (svarende til andel som i dag foregår ved områdesykehus utenfor Oslo).</p> <p>Overføre større andel av strålebehandlingen (regionsoppgave) til utvalgte områdesykehus. Gir negativ realvekst for strålebehandling på 15 % (er allerede lagt inn i framskrivingene).</p> <p>Sentralisering av avansert kreftkirurgi (fra område til flerområde/regionsoppgave) iht. nasjonale og regionale handlingsplaner. Økning på 15% aktivitet (lagt inn i framskrivingene allerede).</p>
<b>Psykisk helse</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alderspsykiatri</li> <li>• Lokalsykehusoppgaver Sagene</li> </ul>	<p>Hele volumet</p> <p>Aktiviteten for Sagene bydel</p>

behov for et areal på ca. 50 000 kvm i 2030. Det presiseres at forslagene er høyst tentative og at det må gjennomføres gode og omfattende prosesser knyttet til oppgavedeling i regi av linjeorganisasjonen. Flere av de aktuelle fordelingsmulighetene kunne gjennomføres i et mer kortsiktig perspektiv enn det 2030-perspektivet som ligger til grunn for planleggingen i idéfasen.

### 3.7.4 Et OUS-lokalsykehus øst eller sørøst i Oslo?

Ullevål sykehus, Lovisenberg og Diakonhjemmet sykehus ligger innenfor en radius på knappe 2 km, i sentrum-vest av Oslo. Primærhelsetjenesten i bydelene som sogner til de private ideelle sykehusene er svært fornøyd med sine lokalsykehus. I sine hørings-svar til idéfasen etterlyser så vel Oslo kommune som brukerne og de ansattes organisasjoner, en utredning av lokalsykehusfunksjonene for den hurtig voksende befolkningen øst og sørøst i Oslo. Kommunen påpeker at etablering av et lokalsykehus øst/sør i byen kunne vært kombinert med en samling av sykehusfunksjoner på Gaustad. Kommunen kommer ikke med konkrete lokaliseringforslag for lokalsykehuset, men mener Oslo kommune og Akershus fylkeskommune må være involvert i planleggingen.

En OUS-lokalitet i Oslo øst/sør med lokalsykehus-profil ville være en god arena for samhandling med primærhelsetjenesten og styrke tilbudet til pasienter med hyppige, kroniske og ofte sammensatte tilstander. Det måtte bygges opp et tilbud innen generell indremedisin og ville også være hensiktsmessig med tilbud innen elektiv kirurgi (minimum gastrokirurgi og ortopedi), dialyse, forebyggende medisin, enklere medikamentell og palliativ onkologisk behandling og eventuelt også psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling på lokal/områdesykehusnivå. Sykehuset burde ha medisinsk mottak, men akutte uavklarte tilstander måtte

fortsatt utredes og behandles sentralt i OUS. En kunne også vurdere om sykehuset burde ha enheter av en viss størrelse for radiologi og laboratorievirksomhet.

Etableringen et nytt lokalsykehus ville redusere omfanget av virksomhet som blir samlet på OUS' sentrale campus. Samtidig styrker det lokalsykehusstilbudet og samarbeidet med bydeler og primærhelsetjeneste øst/sør i Oslo.

### 3.7.5 Fremtidige kapasitetsutfordringer i Osloregionen

Idéfasen har i sine framskrivninger av aktivitet lagt til grunn forventet utvikling i alderssammensetning og befolkningsvekst til 2030. Den betydelige befolkningsøkning som forventes i hele Osloregionen på opp mot 30 %, vil være en felles utfordring for alle sykehusene i området. Vestre Viken som har ansvar for vestre del av regionen planlegger nytt sykehus som skal kunne realiseres i løpet av de neste 10 år. Fram til da forventer foretaket å kunne håndtere den økende befolkning med de plass- og bygningsmessige ressurser de har til rådighet. Nytt Østfoldsykehus åpner i 2015.

For Oslos vedkommende er det, i tillegg til OUS, de tre sykehusene Lovisenberg, Diakonhjemmet og AHUS som skal løse oppgavene. Lovisenberg og Diakonhjemmet har samlede planer om en kapasitetsmessig utvidelse på noe over 300 senger som kan ivareta mer enn befolkningsøkningen innenfor eget område. Dette betyr at all vekst knyttet til det som er OUS sitt opptaksområde i dag, ikke behøver å skje i OUS. Det må avklares i hvilken grad og hvor lenge utbyggingene ved de private ideelle sykehusene vil kunne møte det økte kapasitetsbehovet i Oslo.

AHUS har ansvar for de tre bydelene i Groruddalen og for øvre og nedre Romerike samt Follo. Oslos østlige områder, både nord og sør samt øvre og nedre Romerike med

I sine hørings-svar til idéfasen etterlyser Oslo kommune, brukerne og de ansattes organisasjoner, en utredning av lokalsykehusfunksjonene for den hurtig voksende befolkningen øst og sørøst i Oslo.

Etableringen av et nytt lokalsykehus vil redusere omfanget av virksomhet som blir samlet på OUS' sentrale campus.



Tre forhold har avgjørende betydning for behovet for nybygg i OUS: dårlige bygg, befolkningsvekst, og pasientsikkerhet og kvalitet.

Folloregionen, er de deler av Osloregionen som kommer til å få størst befolkningsvekst de neste årene. AHUS og OUS deler på disse områdene, og AHUS har allerede utfordringer med å ivareta helsetilbudet til økende befolkning innenfor sitt ansvarsområde.

Det ligger utenfor idéfasens mandat å finne løsninger for de andre sykehusområdene. HSØ har pågående prosesser for å se helhetlig på de fremtidige kapasitetsutfordringene og muligheten for ny oppgavedeling i regionen. Det er grunn til å vurdere om de voksende kapasitetsbehovene i Oslo, AHUS, Østfold og Vestre Viken sykehusområder burde møtes med løsninger som går på tvers av dagens sykehusområder.

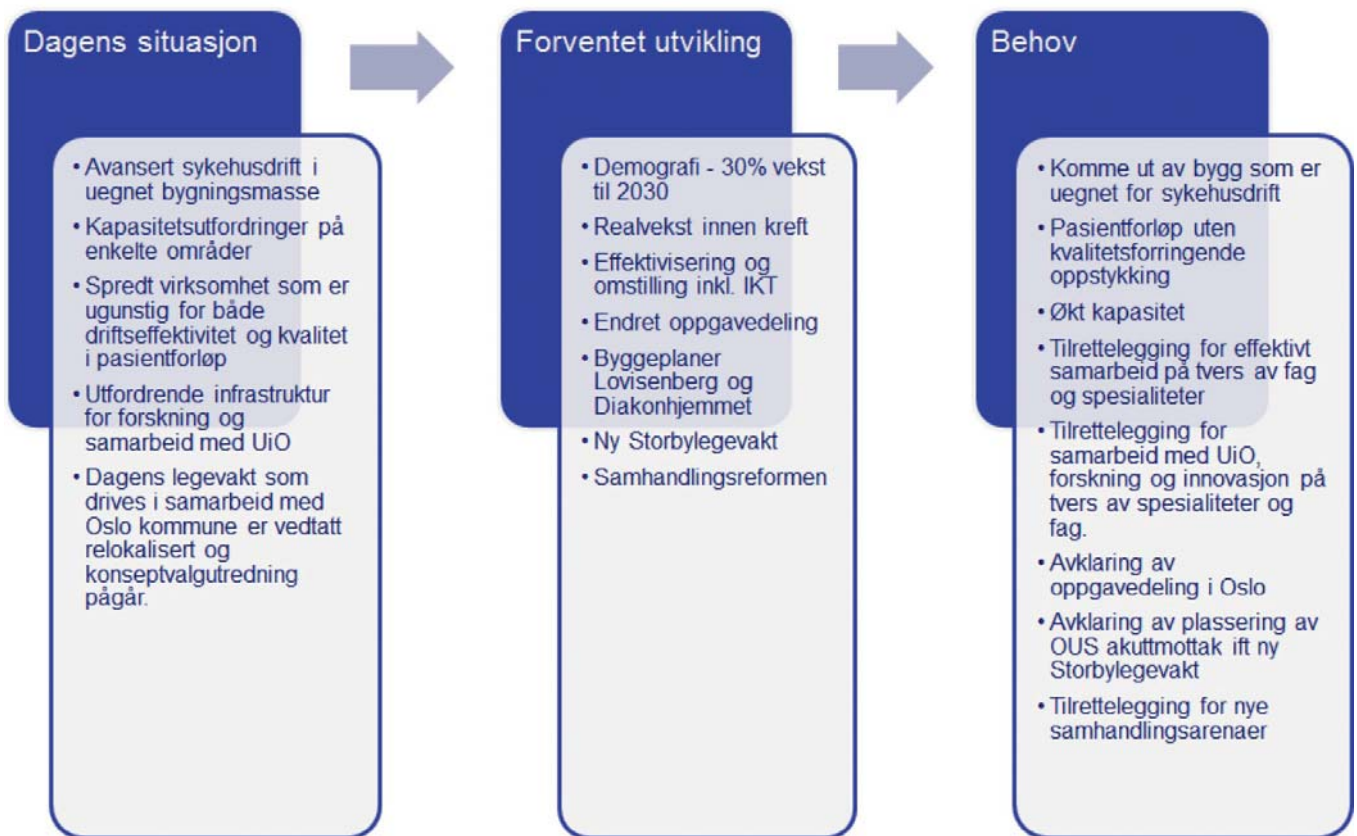
- Befolkningsvekst. Det behøves økt sykehuskapasitet for å møte den store befolkningsveksten i Oslo og tilstøtende deler av regionen.

Disse tre forholdene gir behov for en etappevis utvikling av et OUS som er rustet for å yte moderne og kvalitetsmessig god pasientbehandling, forskning og utdanning, samt har en sunn økonomisk drift de neste 50 år.

### 3.8 Oppsummering behovsanalyse

Behovsanalysen har avklart at det er tre forhold som har avgjørende betydning for behovet for nybygg i OUS:

- 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 disse ikke avvikene blir lukket vil sykehuset komme i en ytterst vanskelig driftsmessig situasjon.
- Pasientsikkerhet og kvalitet. Det er behov for å samle pasientforløp for å styrke pasientsikkerhet, kvalitet og effektivitet i pasientbehandlingen.



Figur 25  
Oppsummering av  
behovsanalysen.



## Sammendrag

Pasientens behov skal være førende for Oslo universitetssykehus (OUS) sin virksomhet, og gode og forutsigbare pasientforløp skal ligge til grunn for valg av virksomhetsmodell.

OUS er Norges mest komplette sykehus med virksomhet spredt over mer enn 40 lokaliteter. Ved å samle større deler av virksomheten legges forholdene til rette for bedre kvalitet i pasientbehandlingen, samt for å oppfylle sykehusets strategiske mål om å samle tverrfaglige miljø som behandler én tilstand ved én lokalitet.

Et mer samlet sykehus ville kunne tilby et pasientgrunnlag som spenner fra folkesykdommer til sjeldne syndromer, store pasientmateriale for forskning og fullstendige utdanningsløp for både grunn- og videreutdanning. Samling av funksjoner ville kunne gi stordriftsfordeler innen mange områder. Samtidig er både medarbeidere og brukere opptatt av at sykehuset ikke må bli for stort.

I kapittel fem er tre virksomhetsmodeller for nytt sykehus vurdert nærmere.

- Virksomhetsmodell 1 innebærer en videreføring av dagens struktur.
- Virksomhetsmodell 2 har en todeling av virksomheten etter funksjonsnivå.
- Virksomhetsmodell 3 er en virksomhetsmessig klyngemodell med tematiske sentra som deler på tung infrastruktur beliggende sentralt i sykehuset. De tematiske sentrene skal sikre pasientene et tverrfaglig og helhetlig tilbud på tvers av spesialiteter.

Klyngemodellen har vært den foretrukne både i prosjektet og blant høringsinstansene, og vil egne seg godt for etappevis utbygging av sykehuset. Det er forhold som taler for at lokalsykehustilbudet til den voksende befolkningen øst/sør i Oslo bør skilles ut i et nytt lokalsykehus. Et slikt lokalsykehus vil eventuelt kunne utgjøre et senter i klyngesykehuset.

Klyngemodellen har vært den foretrukne både i prosjektet og blant høringsinstansene, og vil egne seg godt for etappevis utbygging av sykehuset.

### 4.1 Prinsipper for arbeidet med virksomhetsmodeller

Følgende prinsipper ble utarbeidet på tidlig tidspunkt og lagt til grunn for det videre arbeid med virksomhetsmodeller:

- 1 Pasientperspektivet skal være førende for valg av modell.
- 2 Av hensyn til forskning, utdanning og opprettholdelse av kompetanse, bør OUS ha ansvar for virksomhet som spenner fra det høyspesialiserte til det alminnelige.
- 3 Forskning og utdanning skal være tett integrert med både den høyspesialiserte og den alminnelige delen av virksomheten.
- 4 Akutt og elektiv virksomhet bør skilles for å oppnå god drift.
- 5 Pasienter med behov for OUS høyspesialiserte tjenester må sikres behandling mest mulig uforstyrret av akuttvirksomhet eller store volumer av pasienter med alminnelige, ofte sammensatte og kroniske tilstander.
- 6 Behandling av pasienter med vanlige, kroniske og sammensatte tilstander skal skjermes fra den høyspesialiserte delen av virksomheten i sykehuset for å sikre gruppen den nødvendige oppmerksomhet, best mulig behandling og samhandling med primærhelsetjenesten.

Pasientperspektivet skal være førende for valg av modell.

Samling av virksomhet er et gode, men enheter må av drifts- og ledelsesmessige hensyn ikke bli uhensiktsmessig store.

- 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.

Arbeidet med virksomhetsmodeller i en bredt sammensatt faglig rådgivningsgruppe, i ledergruppe, N3-lederforum og annen sammenheng, har vist at inndeling av virksomhet etter hastegrad (prinsipp 4) er like sentralt som inndeling etter «grad av spesialisering» (prinsipp 5 og 6).

Tre virksomhetsmodeller er studert nærmere:

- Virksomhetsmodell 1 innebærer en videreføring av dagens struktur.
- Modell 2 har en todeling av virksomheten etter funksjonsnivå.
- Modell 3 er en virksomhetsmessig klyngemodell med tematiske sentre som deler på tung infrastruktur beliggende sentralt i sykehuset.

## 4.2 Generelt for alle modeller

### 4.2.1 Virksomhet som kan ligge utenfor campus

All virksomhet behøver ikke en sentral plassering på campus. Flere deler av virksomheten kan ha en fordel av å ligge annet sted.

#### Innen psykisk helsevern og avhengighet

Det legges til grunn at de distriktpsikiatriske sentrene (DPS-ene) også i framtiden skal være lokalisert i pasientens nærmiljø. DPS samlokalisert med BUP-poliklinikk og ruspoliklinikk, etter modell av

virksomheten på Mortensrud, er lagt til grunn for alle virksomhetsmodellene. Disse virksomhetene ville dessuten ha nytte av samlokalisering med sykehusenheter som ivaretar et alminnelig somatisk behandlingstilbud.

Signaler tyder på at samfunnsvernet kommer til å bli tillagt større vekt ved framtidig utbygging av tilbudet innen sikkerhetspsykiatri. Dette vil få betydning både for behovet mht. antall plasser, fysisk utforming og lokalisering av sikkerhetsavdelinger. Fagmiljøet i OUS synes det er lite ønskelig at fengsler skal overta ansvaret for denne pasientgruppen, og mange mener det er viktig at sikkerhetspsykiatrien ikke løsrives organisatorisk og fysisk fra øvrig psykisk helsevern. Det kan likevel være aktuelt å legge de tyngste langtidsplassene utenfor campus, primært på grunn av kravene til perimeter sikkerhet (fysisk sikring, oversiktlige arealer og adgangskontroll). En eventuell beslutning om å legge de tyngste langtidsplassene annet sted enn på det sentrale sykehusområdet, gjøre det mulig å frikoble prosjektet fra den øvrige tidligfaseplanleggingen i OUS. Dette vil kunne gi en raskere realisering av nybygg.

#### Innen kirurgi

Skjerming av utvalgte, elektive kirurgiske forløp fra den akutte virksomheten ville gi effektiv elektiv drift, samtidig som det bidrar til å redusere ventetider og risiko for strykning av operasjoner. En elektiv kirurgisk enhet vil kunne ligge alene eller i tilknytning til nytt lokalsykehus eller storbylegevakt. Den ville egne seg for lite intensivkrevende elektiv kirurgi med stort volum, samt for dagkirurgisk elektiv kirurgi og kirurgi som gir maksimalt tre dager liggetid. Egnede pasientgrupper finnes innenfor øyesykdommer, ortopedi, gastrokirurgi, urologi, plastikkirurgi, ØNH, nevrokirurgi, karkirurgi og gynekologi.

Tre virksomhetsmodeller er studert nærmere: videreføring av dagens struktur, todeling av virksomheten etter funksjonsnivå og klyngemodell med tematiske sentre.

Det er gjort en gjennomgang av hvor mye aktivitet som burde samles i en slik enhet. Kun elektiv kirurgi for voksne er regnet med. Anslaget viste at det kan etableres et senter med 12–14 operasjonsstuer. Selv om volumet av ulike faglige grunner skulle bli noe mindre, vurderer prosjektet at det ville bli tilstrekkelig stort til å kunne utgjøre en effektiv og hensiktsmessig driftsenhet.

### AMK og prehospitaltjenester

Det er behov for å finne ny, permanent lokalitet for AMK-sentralen og eventuelt andre deler av de prehospitaltjenestene. Denne delen av virksomheten behøver ikke ligge på campus. Det har vært pekt på at samlokalisering med luftambulansetjenesten på Lørenskog kunne gi ønskede synergier.

#### 4.2.2 Hvilke pasienter skal gjennom akuttmottaket?

Det er bred enighet om at Oslo bør ha ett stort, komplett akuttmottak, med triågefunksjoner og nærhet til alle nødvendige funksjoner og spesialiteter.

Prinsippene for dette akuttmottaket skal være:

- Pasienter med akutte uavklarte tilstander skal inn gjennom sykehusets sentrale akuttmottak.
- Pasienter med akutte avklarte tilstander (f.eks. hjerneslag) som krever multidisiplinær tilnærming, skal innlegges gjennom sykehusets sentrale akuttmottak.
- Pasienter med akutte avklarte tilstander skal til en diagnostisk eller behandlende enhet iht. følgende presisering:
  - o Predefinerte «fast tracks» som ikke krever multidisiplinær tilnærming, slik som PCI (perkutan kardial intervensjon, blokkering av koronarkar ved hjelp av kateter som føres gjennom huden), fødsler, rus m.fl. Disse pasientene kan

innlegges direkte i behandlende enhet.

- Akuttpasienter som ikke har tilstander med akutt hastegrad, men som kan behandles/utredes i løpet av noen timer eller dager. Disse pasientene bør innlegges direkte i behandlende/utredende enhet. Eksempler er oppstart av kreftutredning og -behandling samt ortopediske «delayed emergency»-tilstander.

- Pasienter med psykiske lidelser får øyeblikkelig hjelp ved psykiatrisk legevakt eller DPS, eller sendes til akuttpsykiatrisk mottak. Det somatiske akuttmottaket må ha kompetanse innenfor områdene psykisk helse og rus.

- Rusakuttmottak ligger utenfor sykehusets sentrale akuttmottak, men i nærheten av akuttpsykiatrisk mottak. Det sentrale mottaket må også ha ruskompetanse.

- Elektive pasienter skal ikke gjennom akuttmottaket. De tas imot direkte på sengepost, i dagenhet eller poliklinikk.

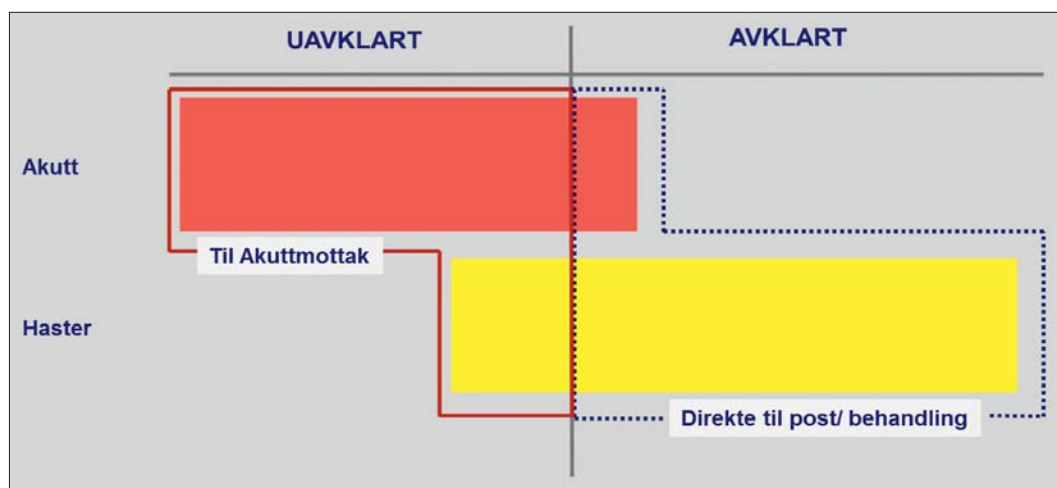
Som vist i figur 1 (neste side) vil enkelte pasienter med akutt hastegrad (røde) bli tatt imot rett i behandlende enhet. Det gjelder f.eks. pasienter som kommer til PCI eller pasienter til rusakutt. Pasienter med avklart tilstand som haster (gule) vil i hovedsak innlegges direkte i behandlende enhet, mens uavklarte pasienter med gul hastegrad må gjennom akuttmottaket for triåge (avklaring, prioritering).

Akuttmottaket skal kunne avklare alle tilstander og utføre livsnødvendige øyeblikkelige tiltak. Det må defineres et tydelig pasientansvar, også for pasienter med sammensatte og uavklarte lidelser. Det må sikres tilstrekkelig areal og funksjonalitet for

Det er behov for å finne ny, permanent lokalitet for AMK-sentralen og eventuelt andre deler av de prehospitaltjenestene.

Det er bred enighet om at Oslo bør ha ett stort, komplett akuttmottak.

Figur 26  
Skissen illustrerer hvilke  
akuttpasienter mottaket  
(mottakene) i OUS skal  
dimensjoneres for.



**OUS hadde i 2012  
34 000 akutt-  
pasienter.**

pårørende. Dette har vesentlig betydning for ivaretagelse av pasienten.

Til sammenlikning kan nevnes at akuttmottaket for somatikk på Ullevål i 2012 håndterte 27 000 pasienter, Rikshospitalet ca. 3 500 (stort sett avklarte), mens 3 500 akuttpasienter ble behandlet på Aker (urologi og kar). Til sammen utgjør dette ca. 34 000 akuttpasienter. I tillegg har gynekologi, barnemedisin, rus og psykiatri egne akuttmottak.

Dersom man skulle velge en løsning som innebærer etablering av nytt lokalsykehus lokalisert øst/sør i Oslo vil dette måtte ha medisinsk mottak. Akuttkirurgiske tilstander vil fortsatt tas imot i det store akuttmottaket på campus.

#### 4.2.3 Integrasjon mellom forskning, innovasjon, utdanning og klinikk

Forskningsutvalget har anbefalt en kombinasjon av rene FoU-arealer og FoU-arealer integrert i klinisk virksomhet. På dette grunnlag er idéfaseberegningene gjort med en 50:50 fordeling mellom rene FoU-arealer og integrerte FoU-arealer gjennom hele sykehuset. I forbindelse med hovedfunksjonsprogrammet må det utarbeides en detaljert plan for hva som er hensiktsmessig i de ulike deler av sykehuset.

Ved etablering av nytt sykehus med fysisk nærhet til UiO kunne innovasjonen vært styrket gjennom etablering av et senter for innovasjon, et mulig samarbeidsprosjekt mellom OUS, UiO, Oslo kommune og næringslivet. Senteret som kunne inneholde kompetansesenter for kliniske studier, kjernefasiliteter, biobank og annen infrastruktur for forskning, ville legge forholdene til rette for interaksjon mellom sykehusets og universitetets forskning og næringslivet og bli en utprøvsarena for ny teknologi og nye metoder. Innovasjonssenteret ville synliggjøre et målrettet innovasjonssamarbeid og føre til at forskningsinvesteringene i OUS, UiO og Oslo kommune kommer enda bedre til nytte for både pasienter og samfunn.

#### 4.3 Modell 1: Videreføring av dagens virksomhetsmodell

Dagens OUS er en tradisjonell fagbasert linjeorganisasjon med kliniske avdelinger som svarer til de ulike medisinske spesialiteter. Avdelingene er samlet i klinikker som i noen grad er tematisk sammensatt. Medisinske og ikke-medisinske støttefunksjoner er samlet i to medisinske og en ikke-medisinsk serviceklinikk som yter bistand på tvers av klinikkene. Virksomheten er fordelt på forskjellige lokaliteter.

**Et nytt sykehus med  
fysisk nærhet til UiO  
vil kunne styrke  
innovasjonen  
gjennom etablering  
av et senter for  
innovasjon – et mulig  
samarbeidsprosjekt  
mellom OUS, UiO,  
Oslo kommune og  
næringslivet.**



Figur 27  
Klinikkstruktur i virksomhetsmodell 1 - videreføring av dagens struktur.

Sykehusets strategi slår fast at det tverrfaglige miljø som behandler én sykdom skal samles ved én lokalitet. Arbeidet med å kartlegge avhengigheter har vist at mange avdelinger er involvert i utredning og behandling av de samme pasientene. I tillegg viste en spørreundersøkelse blant avdelingslederne i sykehuset, at de fleste opplevde nærhetsbehov til andre avdelinger både innenfor egen klinikk og på tvers av klinikkgrensene.

Det er behov for å styrke samarbeidet mellom somatikk og psykiatri/rus og mellom kirurgiske og medisinske fag på tvers av funksjonsnivåene i sykehuset. Samarbeid om pasientforløp på tvers av spesialiteter, funksjonsnivå og klinikker, gjør det vanskelig å oppfylle føringene i strategien dersom dagens modell skulle fordeles på to lokaliteter, Gaustad og Ullevål.

#### 4.4 Modell 2: Funksjonsnivådelt virksomhetsmodell

Virksomhetsmodell 2 er en funksjonsnivådelt modell der utredning og behandling av sjeldne tilstander som krever kostbare investeringer, spesiell kompetanse eller multidisiplinær tilnærming (lands- og

regionsfunksjoner), skilles tydelig fra utredning og behandling av hyppige, ofte kroniske og sammensatte tilstander (område- og lokalsykehusfunksjoner) som også krever multidisiplinær tilnærming.

Modellen har utgangspunkt i HSØ-vedtaket i sak 108-2008, som sier at dublerede regions- og landsfunksjoner i OUS i utgangspunktet skulle samles på Gaustad «for å sikre framtidig samordning av høyspesialiserte fagmiljøer». I den senere tid har gode og effektive pasientforløp vært vektlagt. Dette gjenspeiles både i HSØ sin plan for strategisk utvikling 2013-2020, i oppdrag og bestilling for OUS og i OUS sin strategi 2013-18.

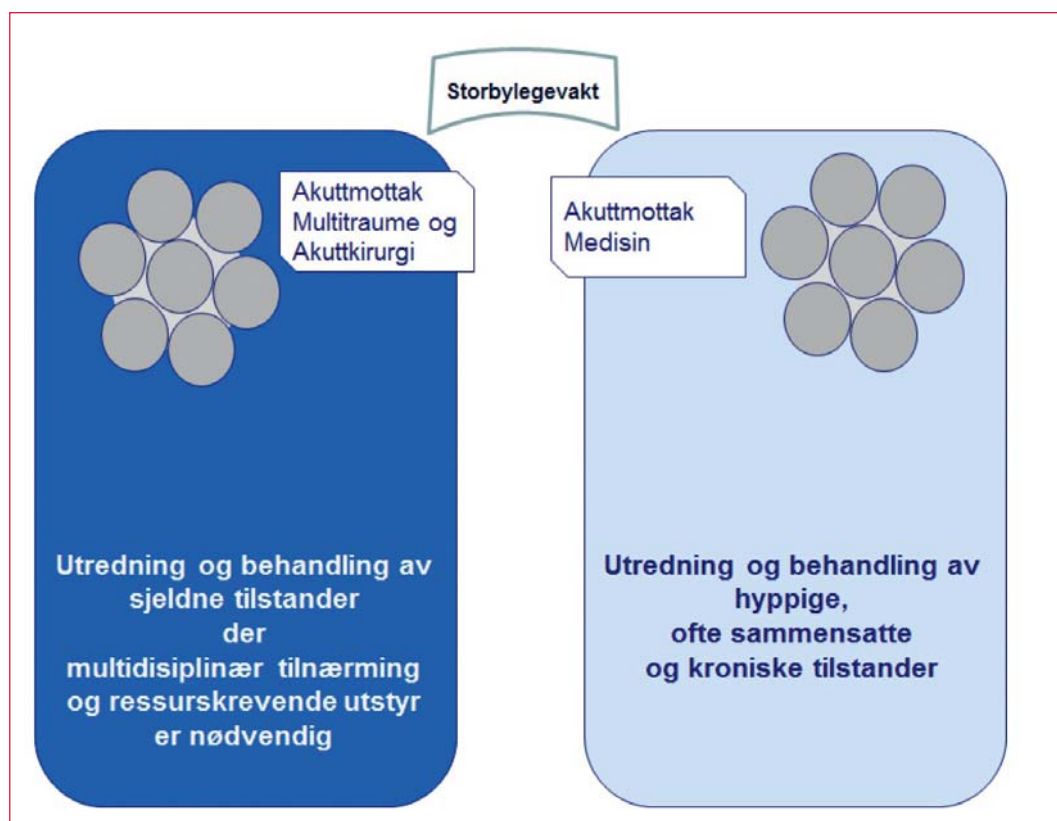
I den funksjonsnivådelte modellen plasseres funksjonen multitraume sammen med lands- og regionsfunksjonene. Mandatet for idéfasen legger som føring at også akuttkirurgien skal foregå ved denne lokaliteten. Utredning og behandling av hyppige, ofte sammensatte og kroniske tilstander vil dermed i all hovedsak omfatte indremedisinske tilstander, elektiv kirurgi på område- og lokalsykehusnivå samt psykisk helsevern og rusbehandling. Modellen tar med dette hensyn til de sterke avhengigheter mellom multitraume og

Sykehusets strategi slår fast at det tverrfaglige miljø som behandler én sykdom skal samles ved én lokalitet.

Det er behov for å styrke samarbeidet mellom somatikk og psykiatri/rus og mellom kirurgiske og medisinske fag på tvers av funksjonsnivåene i sykehuset.



Figur 28  
Struktur i virksomhetsmodell 2 - deling etter funksjonsnivå.



lands- og regionsfunksjoner, samtidig som den erkjenner at multitraumevirksomheten vil være en «magnet» som tiltrekker seg annen akuttkirurgi og enkelte indremedisinske funksjoner. Det kan imidlertid tenkes at volumet av utsatt akutt gastrokirurgi og ortopedi («delayed emergency») er tilstrekkelig stort til å kunne foregå sammen med det hyppige, sammensatte og kroniske.

Den funksjonsnivådelte virksomhetsmodellen vil passe best i et fysisk todelt sykehus.

en klynge på samme tomt eller fordeles mellom to eller flere lokaliteter.

I den grad det er hensiktsmessig bør klyngemodellen samle mye av den tunge infrastrukturen (operasjonsstuer, intensivsenger, intervensjonsstuer, avansert bildeanalyse og laboratorievirksomhet) sentralt i sykehuset. Sentrene deler på disse fellesressursene. Duplisering av den tyngste infrastrukturen anses som lite hensiktsmessig, men kan bli nødvendig dersom modellen skal anvendes i en videreutvikling av OUS i scenario 2, delt løsning.

En stadig mer spesialisert medisin gir økende behov for samarbeid på tvers av spesialiteter og yrkesgrupper. Det vil også bli økt behov for tverrfaglig samarbeid for å håndtere den voksende gruppen eldre pasienter med sammensatte sykdomsbilder. Nye elektroniske kommunikasjonsløsninger vil i noen grad kunne redusere fysisk nærhetsbehov mellom enheter i sykehuset.

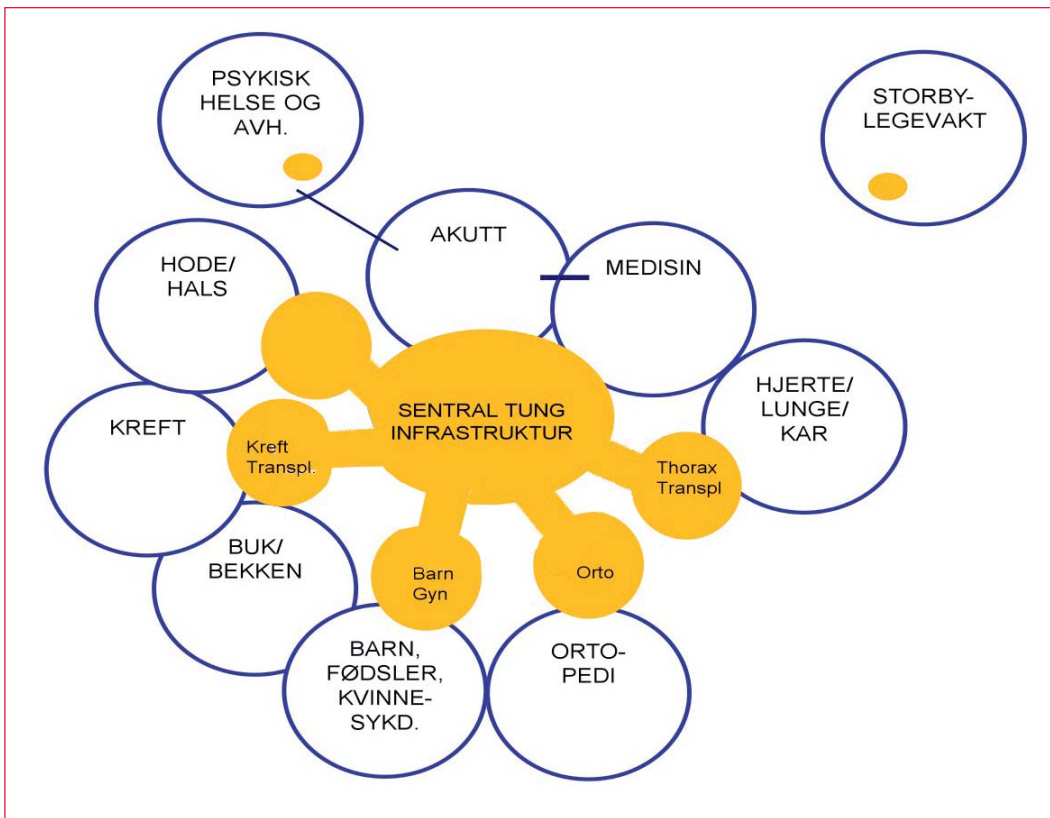
Ved utforming av klyngemodellen har avhengigheter og nærhetsbehov mellom

**Modell 3 er en virksomhetsmessig klyngemodell med tematiske sentre som deler på tung infrastruktur beliggende sentralt i sykehuset.**

## 4.5 Modell 3: Klyngemodellen

### 4.5.1 Hovedtrekk

I klyngemodellen fordeles virksomheten i relativt autonome, organisatorisk og fysisk adskilte enheter (sentre) av passende størrelse. Sentrene kan sees på som mindre sykehus i sykehuset, der klinisk virksomhet samles tematisk, på tvers av medisinske spesialiteter. Fysisk kan sentrene plasseres i



Figur 29  
Klyngemodellen dersom virksomheten samles ved én lokalitet.

ulike deler av den kliniske virksomheten blitt studert gjennom en spørreundersøkelse i linjeorganisasjonen, samt gjennom analyse av virksomhetsdata fra 2012. Resultatet fra kartleggingen er sett i sammenheng med hvordan tematisk organiserte internasjonale referansesykehus har satt sammen sine tematiske enheter. Arbeidet har resultert i en modell som er illustrert i figur 29.

Klyngemodellen har fellestrekk med de tematisk organiserte referansesykehusene som prosjektet har studert, men skiller seg fra de fleste av dem på to sentrale punkter:

- Sentralisering av tung medisinsk infrastruktur.
- Et medisinsenter som ligger i fysisk tilknytning til akuttsenteret.

Det har vært fokusert på i hvilken grad tung infrastruktur bør sentraliseres i tematisk organiserte sykehus. Den første tiden etter åpningen av St. Olav hadde man negative er-

faringer med desentralisert drift av radiologi og akuttvirksomhet i den sentermodellen som var valgt. Store deler av disse funksjonene har nå blitt sentralisert. OUS er om lag tre ganger så stort som St. Olav. Størrelsesforskjellen gjør at et framtidig OUS sannsynligvis vil tåle en desentralisering av medisinske servicefunksjoner bedre enn St. Olav, men kvelds- og nattdrift bør i stor grad samles sentralt i sykehuset, både av faglige og driftsøkonomiske årsaker. Sykehusledelsen ved St. Olav refererer til at pasienter med sammensatte indremedisinske problemstillinger ikke sjelden blir utskrevet fra en medisinsk avdeling i ett av de tematiske sentrene, med henvisning til poliklinisk oppfølging hos en av de øvrige medisinske spesialitetene i et annet senter. Det er grunn til å tro at et medisinsk senter som omfatter de fleste indremedisinske spesialiteter, ville gi bedre ivaretagelse av den voksende gruppen eldre med sammensatte medisinske tilstander.

De tematiske sentrene skal sikre pasientene et tverrfaglig og helhetlig tilbud på tvers av

**De tematiske sentrene skal sikre pasientene et tverrfaglig og helhetlig tilbud på tvers av spesialiteter.**

**Et lokalsykehus vil kunne utgjøre et senter i klyngesykehuset.**

spesialiteter. Kreftpasienten skal for eksempel ivaretas i kreftsenteret, den ortopediske pasienten i ortopedisenteret og pasienten med et sammensatt indremedisinsk sykdomsbilde skal få sitt tilbud i det medisinske senteret. Det bør likevel være mulig å la pasienten få gjennomført, f.eks. et gastrokirurgisk inngrep med tilhørende postoperativ oppfølging av kirurger, som har sin tilhørighet i buk/bekken-senteret. Det må så langt det er mulig tilrettelegges fysisk for samarbeid om pasienten på tvers av spesialiteter og senter gjennom felles sengeposter, dagenheter, poliklinikker og rom for multidisiplinære møter. Argumenter for å samlokalisere større deler av virksomheten er avhengigheter, nærhetsbehov, ønske om voksende tverrfaglig samarbeid samt ivaretagelse av pasienten uavhengig av hvorvidt diagnosen er sjelden eller hyppig.

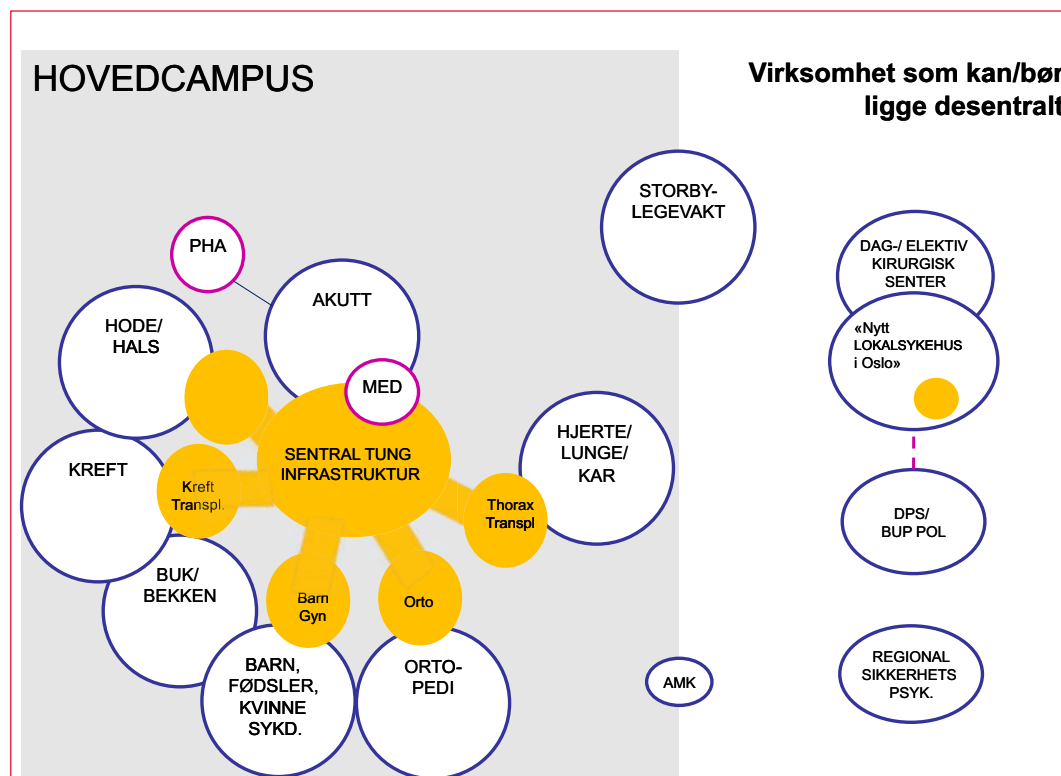
å beholde den tunge akuttvirksomheten samlet for sikre et helhetlig perspektiv og umiddelbar tilgang til riktig kompetanse i akuttsituasjoner. Det har blitt pekt på at det neste lokalsykehuset i Oslo bør etableres øst/sør i byen. Et slikt lokalsykehus vil kunne utgjøre et senter i klyngesykehuset. Dette ville være en god arena for samhandling med primærhelsetjenesten og styrke tilbudet til pasienter med hyppige, kroniske og ofte sammensatte tilstander.

**4.5.2 Sentrene i klyngemodellen**

Et klyngesykehus kan utvikles på ulike måter. Omfattende og grundige prosesser vil være nødvendig før en kan fatte endelig beslutninger om hvilke sentre som skal opprettes, hva hvert senter skal inneholde og hvordan sentrene skal plasseres fysisk i forhold til hverandre. Forslaget beskrevet nedenfor er en første skisse og baserer seg på analyse av avhengigheter mellom ulike kliniske fagområder (gjennom spørreundersøkelse blant N3-ledere og analyse av kontaktregistreringer fra 2012). I tillegg er gode og helhet-

Figur 30  
Klyngemodellen fordelt på to til tre lokaliteter. De fleste tematiske sentrene, inkludert det store akutt-mottaket og den tunge infrastrukturen, er samlet på campus. To sentre ligger utenfor campus; regional sikkerhetspsykiatri og et lokalsykehus. Lokalsykehuset vil kunne ha tilbud innen generell indremedisin, elektiv kirurgi og fagområder som dialyse, forebyggende medisin, enklere onkologisk behandling, samt deler av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Lokalsykehuset må ha medisinsk mottak, men akuttkirurgi og andre uavklarte tilstander bør fortsatt gå til det store akuttmottaket på campus. Også AMK-sentralen er her lagt utenfor campus.

Dersom virksomheten i et sykehus med klyngemodell skal deles mellom to eller flere lokaliteter (scenario 2) vil det være et poeng



lige pasientforløp vektlagt, slik at de tematiske sentrene skal sikre et tverrfaglig og helhetlig tilbud gjennom pasientforløpet.

### **Kreftsenter**

Kreftsenteret skal ivareta pasienter som er under kreftbehandling. Senteret bør være utformet og plassert i nær relasjon til andre sentre som er involvert i multidisiplinær utredning og behandling av kreft og med tilgang til intensivavdeling.

Kreftsenteret kan omfatte onkologi, medisinsk fysikk, brystsenter, prostatasenter, gynekologisk kreft, onkologisk hematologi og Institutt for kreftforskning. Et mulig fremtidig proton-/partikkelsenter bør også være samlokalisert med kreftsenteret.

Plassering av dagkirurgiske stuer i senteret kan sikre effektive pasientforløp, spesielt knyttet til brystkreftkirurgi. For øvrig er det argumenter som taler for at kreftkirurgien bør foregå i operasjonsstuen til de tematiske sentrene, slik at en ikke skiller kreftkirurgi fra annen kirurgi utført av samme spesialitet. Dette forholdet behøver nærmere avklaring.

Kreftsenteret skal i hovedsak utføre krevende diagnostisering, behandlingsvurdering, behandlingssoppgjør og tung kreftbehandling, strålebehandling, partikkelbestråling, avansert medikamentell behandling etc. Andre deler av kreftbehandlingsforløpet kan skje utenfor OUS' kreftsenter og i samarbeid med andre sykehus i regionen.

### **Hode-/halscenter**

Hode-/halscenteret kan være sammensatt av fagområdene nevrokirurgi, plastikkirurgi, øre-nese-hals, kompleks epilepsi, kjeve- og ansiktsskirurgi, øye, nevrologi og endokrinkirurgi.

Senter for psykisk helsevern og avhengighet Dette senteret kan omfatte all døgnbehandling for voksne innen psykiatri og rus/avhengighet samt avgiftning og spesi-

serte poliklinikker. Senteret kan ha eget psykiatrisk akuttmottak (pasienter innlagt på tvang). I tillegg kunne det være hensiktsmessig å legge rusakuttmottaket til senteret, altså ikke i Storbylegevakten som tidligere planlagt. Begrunnelsen for heller å legge rusakuttmottaket til senteret for psykisk helsevern og avhengighet er nærheten til avgiftningsenhet og til akuttsenteret. Sikkerhetspsykiatri kan vurderes lagt utenfor campus grunnet bl.a. sikringsbehov.

### **Akuttsenter**

Akuttsenteret kan bestå av akuttmottak, traume/multitraume funksjon, observasjonsenhet (ikke senger ut over observasjonsenger), konsultasjonsrom for tverrfaglig spesialisert behandling innen rus og psykisk helse. Senger for slagpasienter som ligger flere dager (5-8 dager) med behov for kombinasjon av akutt behandling og akutt rehabilitering, må ivaretas nær akuttsenteret, f.eks. innen medisinsenteret eller i hode-/halscenteret.

Akuttsenteret må ha dedikerte lab- og røntgenfasiliteter samt dedikerte operasjonsstuer og hybridstuer til akutt og traume/multitraumebehandling. I tilknytning til akuttsenteret må det være helikopterlandingsplass og ambulansmottak.

Storbylegevakten vil ha en viktig funksjon som buffer for akuttsenteret, og bør ligge i nærheten av akuttmottaket.

### **Medisinsenter**

Medisinsenteret skal håndtere pasienter med medisinske diagnoser. Hovedtyngden vil være knyttet til hyppig forekommende, sammensatte/systemiske tilfeller. Tentativt ser man for seg at senteret kan inneholde gastromedisin, lungemedisin, hjertemedisin, infeksjonsmedisin, nyremedisin inkl. dialyse, hematologi, revmatologi, hud, psykosomatikk, geriatri, endokrinologi, sykelig overvekt og forebyggende medisin.

Et mulig fremtidig protoncenter bør være samlokalisert med kreftsenteret.

Storbylegevakten vil ha en viktig funksjon som buffer for akuttsenteret, og bør ligge i nærheten av akuttmottaket.

Etablering av et nytt lokalsykehus vil kunne redusere aktiviteten i medisinsenteret på hovedsykehuset betydelig og muligens gjøre senteret overflødig.

Det er mange interne avhengigheter i medisinsenteret. Senteret kan med fordel ligge i nærheten av hjerte-/lunge-/karsenteret, da avhengighetsanalysene viser spesielt hyppig samhandling mellom disse sentrene. Det må også vurderes hvor mye av den gastromedisinske virksomheten som bør legges i buk-/bekkensenteret og hvor stor del av hjertemedisin og lungemedisin som skal foregå i hjerte-/lunge-/karsenteret.

Etablering av et nytt lokalsykehus øst/sør i Oslo ville redusere aktiviteten i medisinsenteret på hovedsykehuset betydelig og kan hende gjøre senteret overflødig.

### Hjerte-/lunge-/karsenter

Hjerte-/lunge-/kar senteret vil som nevnt være et av sentrene der akuttpasienter kan komme direkte. PCI bør håndteres her. For øvrig er det skissert at karkirurgi, funksjoner innen hjertemedisin og lungemedisin, hjerte- og lungetransplantasjoner samt thoraxkirurgi hører hjemme i dette senteret.

### Ortopedisenter

Ortopedisenteret kan omfatte ortopedi, smerteklinikk, rehabilitering, fysikalsk medisin og kanskje idrettsmedisin. Senteret skal håndtere elektive pasienter og pasienter med hastegrad som tilsier tiltak innen rimelig tid (timer eller dager).

Det ortopediske senteret kan med fordel ligge nær Storbylegevakten som inkluderer OUS skadelegevakt, siden det er stor grad av samhandling og kompetansedeling mellom skadelegevakt og ortopedisk avdeling, som skadelegevakten er en del av. I denne modellen er det imidlertid trolig mer hensiktsmessig å samle alle ortopediske operasjonsstuer og tilhørende senger i ortopedisenteret fremfor å opprettholde virksomhet knyttet til elektiv og «delayed emergency» ortopedi i Storbylegevakten. Forholdet krever nærmere avklaring. Ortopedisk poliklinikk er det kan hende gunstig å ha begge steder.

### Senter for kvinnesykdommer, fødselshjelp og syke barn

Modellen legger til grunn at alle barn skal ivaretas i dette senteret uavhengig av om de skal behandles medisinsk, opereres eller om de er psykisk syke. Barnesykehuset skal sikre spesiell og god ivaretagelse av syke barn, en uttalt målsetting i OUS' Strategi 2013-18.

Nærhetsbehov og avhengighet mellom nyfødtdmedisin og fødsler gjør at senteret også bør omfatte gynekologi og fødsler. Gynekologiske operasjoner vil enkelte ganger kreve samarbeid med kirurger med tilhørighet i buk-/bekkensenteret.

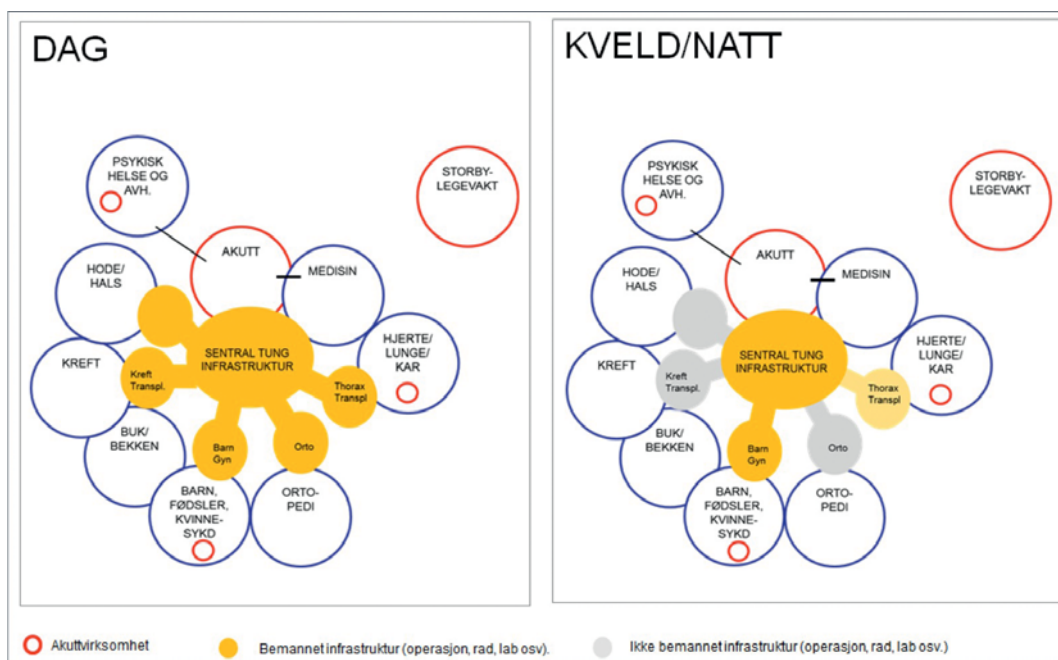
Tentativt foreslås det å samle følgende virksomhet i Barnesykehuset: akuttmottak for barn med pediatrik poliklinikk, barnemedisin, barnehabilitering, barnenevro, barneepilepsi, spiseforstyrrelser, barne- og ungdomspsykiatri døgn, sengepost for kirurgiske barn, gynekologi, fødsler, nyfødtdintensiv og barneintensiv. For sistnevnte må nærhet til voksenintensiv ivaretas for mulig samdrift og fleksibilitet. Kirurgi på barn kan utføres av kirurger tilhørende andre sentre, men barna skal uansett ivaretas i barnesykehuset. Klinisk genetikk er også et fagområde som bør finnes i dette senteret.

### Buk-/bekkensenter

Buk-/bekkensenteret skal ivareta pasienter innen urologi, gastrokirurgi, lever- og nyretransplantasjoner, og evt. også omfatte spesialisert dialyse for transplanterte pasienter. I tillegg foreslås kirurgi knyttet til både gynekologisk kreft og fedme ivaretatt i senteret, idet kompetansen knyttet til buk-/bekken utvikles her. Det bør også vurderes om, og i så fall hvor stor del av, den gastromedisinske virksomhet skal legges til senteret.

### Tung infrastruktur og medisinske støttefunksjoner

De tematiske sentrene deler på tung infrastruktur. I illustrasjonen er den gjennomgående infrastrukturen tegnet som en



Figur 31 Bemanning av tung infrastruktur gjennom døgnet i klyngemodellen. Bare medisinske støttefunksjoner knyttet til akuttfunksjoner opprettholdes døgnet rundt. Lysere gulfarge på «fingeren» merket thorax/transplantasjon som er knyttet til hjerte/lunge/karsenteret indikerer at deler av virksomheten her evt. kan stenges kveld og natt. Dette senteret behøver infrastruktur som kan håndtere PCI og evt. akuttoperasjoner på innliggende pasienter.

«hånd med fingre» inn i de ulike sentrene. Dette er gjort for å vise at det vil være en del medisinske servicefunksjoner som blir plassert desentralisert, nær eller i sentrene. Den tunge infrastrukturen som er gjennomgående og samlet sentralt omfatter intensivstuer, operasjonsavdeling, intervensjonsstuer, tung radiologi, nuklærmedisin og laboratoriefunksjoner, samt kjernefasiliteter for forskning.

Det er et poeng å samle tunge laboratoriefunksjoner. På den annen side skjer det en betydelig utvikling innen såkalte pasientnære analyser (PNA), slik at mange rutineanalyser etter hvert vil kunne foregå ute i sentrene der pasientene er. Det foreslås at store deler av laboratoriefunksjonene samles, men ikke nødvendigvis i kjernen av sykehuset. Hensyn til dag/døgndrift, grad av hast, typer prøver som inngår i store analysemaskiner og type interaksjon med kliniske miljøer, kan bidra til å avklare plassering. God integrasjon mellom laboratorieforskning og klinisk laboratorievirksomhet er vesentlig.

Klyngemodellen legger til grunn at akuttvirksomhet i størst mulig grad skal samles, mens

de øvrige sentrene (med noen unntak) er av mer elektiv karakter. Dette gjør det også mulig å redusere eller stenge aktiviteten kveld og natt, som illustrert i Figur 6.

## 4.6 Virksomhetsmessig vurdering av scenarioer og modeller

### 4.6.1 0-alternativet

0-alternativet medfører at OUS fortsetter å drive virksomheten like spredt som i dag og i en lite fleksibel bygningsmasse, som ikke legger forholdene til rette for utvikling av moderne sykehusvirksomhet. Dette vil være svært utfordrende. Pasienter, pårørende og ansatte vil forvente bygg med bedre fasiliteter (enerom, inneklima, IKT etc.).

Norge kommer i løpet av noen år til å mangle personell i helsevesenet. OUS vil i likhet med andre sykehus være avhengig av å framstå som en attraktiv arbeidsgiver for å tiltrekke seg både studenter og arbeidskraft. 0-alternativet vil ikke bidra til å innfri disse behovene og/eller forventningene.

Det vises til kapittel 8 der 0-alternativet er nærmere beskrevet.

**0-alternativet betyr at OUS fortsetter å drive virksomheten like spredt som i dag og i en lite fleksibel bygningsmasse.**

Tematiske sentre ville kunne gi den oversiktliggheit som arbeidstakere og brukere etterlyser.

Det kan være hensiktsmessig å skille ut lokalsykehusfunksjoner og elektiv kirurgisk virksomhet.

Mye taler for å legge regional sikkerhetsavdeling utenfor campus.

#### 4.6.2 Scenario 1 og 2 - Samling versus delt lokalisering av virksomheten

Samling av større deler av virksomheten enn i dag er en forutsetning for å oppfylle sykehusets strategiske mål om helhetlige pasientforløp som foregår ved én lokalitet. Samling av funksjoner vil dessuten kunne gi driftsmessige stordriftsfordeler. Så vel idéfasearbeidet som høringen etterpå, har vist at både medarbeidere og brukere er opptatt av at sykehuset ikke må bli for stort. Man er bekymret for at samling av store deler av virksomheten skal skape flere stordriftsulemper enn stordriftsfordeler. Representanter for arbeidstakerorganisasjonene har uttrykt at de er skeptiske til et sykehus som er så stort at det mangler identitet og blir uoversiktlig for både brukere og medarbeidere. Finnes det evidensbaserte holdepunkter for hva som er optimal størrelse på et moderne universitetssykehus?

Sykehus organisert etter pasientforløp kan organiseres i mindre, autonome sentre som oppleves som et komplett sykehus som gir et helhetlig tilbud for de pasientgruppene senteret behandler. Autonome, tematiske sentre ville kunne gi noe av den oversiktliggheit som arbeidstakere og brukere etterlyser, med mulighet for å utvikle identitet og opplevelse av tilhørighet. Det må imidlertid presiseres at en etablering av tematiske sentre vil fordre en organisasjonsutvikling og at dette kan bli en krevende prosess.

Det er forhold som taler for at også lokalsykehustilbudet til den voksende befolkningen øst/sør i Oslo bør skilles ut i et nytt lokalsykehus (se kapittel 10). Spørsmålet er om Ullevål er den gunstigste lokaliteten for lokalsykehuset eller om det heller bør ligge på Aker eller på annen lokalitet lenger øst/sør i byen. Ullevål, Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet ligger alle innenfor en radius på knappe 2 km i sentrum vest av Oslo. Det å skille ut deler av virksomheten i et lokalsykehus ville, sammen

med ny oppgavedeling mellom sykehusene i Oslo-området, redusere det samlede sykehusarealet på campus.

#### 4.6.3 Vurdering av de tre virksomhetsmodellene

Videreføring av dagens virksomhetsmodell  
Videreføring av dagens struktur (virksomhetsmodell 1) som er en faginndelt klinikkstruktur med tverrgående serviceklinikker, må samles ved en lokalitet dersom den skal gi rom for utvikling av helhetlige pasientforløp. Elektiv virksomhet er ikke skjermet fra akuttvirksomhet. Dette vil ha uheldige følger for så vel effektiv drift som kvalitet på pasientbehandlingen. Iht. konklusjoner over vil det kunne bli mer utfordrende å drive et stort, samlet OUS på denne måten, enn et sykehus delt inn i mindre, tverrfaglige enheter, organisert for å kunne yte helhetlig pasientbehandling for tematisk inndelte pasientgrupper (klyngemodellen).

#### Nivådelte virksomhetsmodell

Den nivådelte modellen har utgangspunkt i HSØ sitt styrevedtak 108-2008 om at dupliserte lands- og regionsfunksjoner i OUS skulle samles på Gaustad mens Ullevål ble utviklet til et «storbyesykehus» med akuttmottak og områdefunksjoner. Vedtaket er ikke implementert av flere grunner. Årsaken er både bygningsmessige og faglige avhengigheter. Det fokuseres nå også på gode og effektive pasientforløp, jf. HSØ sin plan for strategisk utvikling 2013-2020 og OUS sin strategi 2013-18. I idéfase er 108-modellen modifisert ved at akuttkirurgi er lagt til den delen av sykehuset som har ansvar for lands- og regionsfunksjoner, inkludert traumebehandling.

Modellen er lite realistisk å gjennomføre i scenario 1, samlet løsning. I delt løsning har den betydelige ulemper, ikke minst knyttet til duplisering av akuttmottak og deling av de fleste spesialiteter i sykehuset. Samling av traumevirksomhet og akuttkirurgi ved den

ene av enhetene ville virke som en magnet på kirurgisk virksomhet, slik at det aller meste av kirurgien ville bli samlet ved denne lokaliteten. Man kan diskutere om det også burde vært lagt noe akuttkirurgi til den delen av virksomheten som behandler hyppige tilstander. Denne enheten kunne eventuelt plasseres på alternative lokaliseringer, mens lands- og regionsfunksjoner kunne ligge i campusområdet.

Utdanning kunne tilrettelegges ved at studenter og spesialistkandidater fikk første del av sin utdanning ved lokaliteten med ansvar for behandling av hyppige tilstander og deretter roterte til lokaliteten med ansvar for utredning og behandling av sjeldne og infrastrukturkrevende tilstander.

### **Klyngemodellen**

Klyngemodellen er sammensatt av ikke for store, delvis autonome enheter eller sentre, som kan tilby mest mulig komplette pasientforløp til utvalgte pasientgrupper. Sentrene er fysisk plassert på en slik måte at de kan dele på tung infrastruktur som intensiv, intervensjonsstuer, operasjonsstuer og avansert billedanalyse, laboratorievirksomhet og kjernefasiliteter. Med utgangspunkt i kunnskap om kliniske avhengigheter, foreslås å dele inn virksomheten etter hastegrad, tematisk etter pasientforløp og etter alder. Modellen anses å ha flest fordeler dersom mange av sentrene samles innenfor ett område.

Det kan være hensiktsmessig å skille ut medisinske og onkologiske lokalsykehusfunksjoner, samt elektiv kirurgi i et "lokalsykehus-senter" som ligger utenfor campus. Det er også mye som taler for å legge regional sikkerhetsavdeling annet sted.

Utvikling av sykehuset etter klyngemodell bør ledsages av en reorganisering på tvers av spesialiteter. En slik prosess kan være utfordrende, men vil gi enheter av en oversiktlig

størrelse, med identitet og muligheter for å tilby helhetlige pasientforløp. Klyngemodellen vil egne seg godt for etappevis utbygging av sykehuset og har vært den foretrukne av de tre modellene hos alle grupper som har vært involvert i arbeid med virksomhetsløsninger i idéfasen.

**Klyngemodellen  
egner seg godt for  
etappevis utbygging  
av sykehuset.**





## Sammendrag

I dette kapitlet beskrives arealbehovet ved valg av de ulike virksomhetsalternativene omtalt i kapittel 4. Vurderingene er gjort på grunnlag av forventet pasientgrunnlag i 2030, og med utgangspunkt i utvalgte arealstandarder. Bl.a. foreligger det nye krav til universell utforming som stiller økte arealmessige krav til pasientrom. Fremtidig bemanning er også av betydning.

Det samlede sengebehovet for OUS i 2030 utgjør 2 200 senger som fordeler seg på somatikk, psykisk helse og avhengighet, samt hotell. Foruten 0-alternativet, er arealbehovet tilnærmet likt uavhengig av hvilken virksomhetsmodell som velges, dvs. ca. 630 000 kvm. Dette innebærer en reduksjon på mellom 200 000 og 300 000 kvm sett i forhold til dagens bygningsmasse på omlag 900 000 kvm. For å oppnå dette må det bygges vel 400 000 kvm nybygg, mens Rikshospitalet og noen begrensede arealer for øvrig kan beholdes.

Ved 0-alternativet vil svært lite arealer kunne fases ut.

### 5.1 Forutsetninger for dimensjonering

Dimensjonering av areal til pasientrelaterte funksjoner som senger, poliklinikkrom og dagplasser er gjort med utgangspunkt i forventet aktivitet i OUS i 2030 (Kap. 3.5.8 og kap. 5). Beregningen av arealbehov til operasjoner og billeddiagnostikk er dels basert på aktiviteten i 2012, dels på framskrevet aktivitet.

Areal til akuttfunksjoner er korrigert for 11 observasjonssenger i Oslo kommune. Det er heller ikke medregnet areal til aktiviteten i skadelegevakten, da denne i framtiden er forutsatt lokalisert i storbylegevakten. Dette innebærer også at billediagnostiske rom tilsvarende aktiviteten i skadelegevakten ikke er medregnet. Det er også korrigert for at Vestre Viken HF planlegger å øke egedekningen i sitt sykehusområde fra ca 70 til 75 %.

Framtidig bemanning er av betydning for arealbehovet til personalerelaterte funksjoner som kontorer, møterom, garderobes og kantine. Ved framskrivning av bemanningen til 2030 er det tatt utgangspunkt i antall årsverk i 2012, med unntak av årsverk til forskning og bemanning i skadelegevakten, DPS-er, BUP- og rus-poliklinikker utenfor

sykehuset. Innleie er heller ikke inkludert. For servicefunksjoner som ikke umiddelbart kan kapasitetsberegnes, som kliniske støttefunksjoner og intern service, er det tatt utgangspunkt i arealutviklingsplanens forutsetninger, med tillegg som svarer til økningen i sengetallet, samt et generelt usikkerhetstillegg på 5 %.

### 5.2 Arealdefinisjoner, brutto- og nettoareal

Arealene summeres først i nettoareal som er summen av funksjonsrommenes innvendige gulvareal. 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. I tidligere prosjekter har denne faktoren ofte vært satt til 2,0, men realisering av de siste store sykehusprosjektene både i Norge og Danmark har vist at dette ikke er realistisk. Også 2,1 er en krevende forutsetning, men er lagt til grunn her bl.a. for å være konsistent med forutsetningene i arealutviklingsplanen. Denne forutsetningen bør vurderes nærmere i konseptfasen.

Behovet for arealer er vurdert ut i fra et forventet pasientgrunnlag i 2030.

Foruten 0-alternativet, er arealbehovet tilnærmet likt uavhengig av hvilken virksomhetsmodell som velges.

Tabell 24  
Arealstandarder anvendt i  
Idéfase OUS – Campus  
Oslo.

Kapasitetsbærende enhet	Kvm netto for OUS	Bemerkning
Seng somatikk	30	Økt pga. universell utforming
Seng medisinsk overvåking	40	Hjerteovervåking - 50 % av de hjertemedisinske senger
Seng barn	42	Økt pga. universell utforming
Seng infeksjonsmedisin	37	Økt pga. universell utforming
Døgnplass voksenpsykiatri	45	Økt pga. universell utforming
Skjermet døgnplass voksenpsykiatri	58	Økt pga. universell utforming
Døgnplass ungdomspsykiatri	56	Økt pga. universell utforming
Skjermet døgnplass ungdomspsykiatri	58	Økt pga. universell utforming
Dagplass somatikk	15	
Dagplass dialyse og kreft	20	
Dagplass psykiatri	20	
Poliklinikkrom, standard (somatikk & psykiatri)	30	
Spesialrom somatikk	45	Økt pga. plassbehov til endoskopirom, erfaringer fra Aarhus og Gødstrup
Stråleterapi	245	Økt pga. erfaringer fra Radiumhospitalet og Gødstrup
Spesialrom psykiatri	30	
Hotellseng	25	
Observasjonsseng	30	Økt pga. ekstra behov knyttet til akuttmottaksfunksjonen
<b>Medisinske servicefunksjoner</b>		
Intensivsenger og tung overvåking	50	Gjelder både voksne og barn
Postoperativ	16	
Operasjon, inneliggende	120	
Operasjon, dag	120	
Billeddiagnostikk, angio, CT, MR, PET, nukleærmedisin	90	
Billeddiagnostikk, ultralyd	30	Inkl. andel i birom
Billeddiagnostikk, øvrige	70	
Fødestue	70	Økt pga. erfaringer fra Østfold og Gødstrup
Arbeidsplass laboratorier	15	Ekskl. spesiallaboratorier og birom
Donortapping	15	
<b>Ikke-medisinske servicefunksjoner</b>		
Kontorarbeidsplass	8,5	Per kontorplass, inkl. printer/kopirom og toalett. Ca. 50% av kontorplassene er i landskap
Kontorarbeidsplass til administrasjon	9	
Møterom	2	Per plass. Økt pga. universell utforming
Garderobeskap	0,8	Per skap
Overnattingsrom	15	Inkl. toalett og bad samt andel i fellesrom
Personalkantine og kafeteria	2,1	Per plass

### 5.3 Arealstandarder lagt til grunn

Erfaringer fra nyere sykehusprosjekter har vist at det er nødvendig å ta hensyn til nye krav til universell utforming. Delfunksjonsprogrammet for Nye Kirkenes Sykehus har vist at en arealstandard på 27 kvm per normalseng ikke er realistisk ved ensengsrom med eget bad, når kravet til universell utforming skal ivaretas. I arealberegningene for OUS økes arealstandarden til minimum 30 kvm for å oppfylle kravet. Tilsvarende økning vil gjelde andre typer sengerom, møterom (økt til 2 kvm pr. plass) og kliniske spesialrom, inkludert rom for stråleterapi. I nye bygg forutsettes det ensengsrom med bad, mens det i eksisterende bygg aksepteres at en andel av sengene ligger i flersengsrom og at flere rom kan dele bad.

I arbeidet med idéfase har en videreført forutsetningen fra arealutviklingsplanen om at ca 50 % av kontor plassene i nybyggene skal plasseres i landskap. Videre foreslås det at ca 50 % av kontorarealet kan lokaliseres i egne kontorbygg/-fløyer. Andel ansatte som har behov for kontorplass endres heller ikke sammenliknet med arealutviklingsplanen.

I løsningsalternativer der eksisterende bygningsmasse inngår i framtidig drift, anbefales det å legge til grunn en modifisering av arealstandardene i retning av dagens situasjon, men selvsagt innenfor rammen av det som er fastsatt gjennom lov og forskrift knyttet til de aktuelle bygg og funksjoner. Dette vil gjelde sengeområder (se ovenfor), men også andre funksjoner.

Arealberegningene for forskning og undervisning baserer seg på samme standarder som ble benyttet i Arealutviklingsplanen.

Tabell 25

Arealstandarder for forskning og undervisning.

Kapasitetsbærende funksjon	Kvm netto
Forsker og teknisk støttepersonell	23
Administrativ støtte FoU	9
Student medisin	8
Student psykologi	5
Student høgskole	5

### 5.4 Areal- og sengebehov pr. hovedfunksjon

Med den aktivitetsutvikling og de arealstandarder og utnyttelsesgrader som er lagt til grunn i idéfaseprosjektet vil OUS ha et samlet sengebehov på 2 200 i 2030. Tallet omfatter somatiske senger, så vel som hotell-senger og senger til psykisk helsevernvern og rusbehandling.

Tabell 26 A  
Arealbehov somatiske sykehusfunksjoner 2030.

OUS - somatiske sykehusfunksjoner	OUS idéfase 2030	
	Senger	Nettoareal
Akutfunksjoner	42	5 029
Somatikk, klinikkene	1 841	119 580
Medisinsk service		27 911
Kontorfunksjoner		31 607
Administrasjon og intern service		42 071
<b>I alt</b>	<b>1 883</b>	<b>226 199</b>
<b>Bruttoareal (b/n faktor 2,1), avrundet</b>		<b>475 000</b>

OUS - Psykisk helsevern og avhengighet	OUS idéfase 2030	
	Senger	Nettoareal
Akutfunksjoner	13	935
Behandling	278	16 081
Kontorfunksjoner		5 294
Service		6 832
<b>I alt</b>	<b>291</b>	<b>29 142</b>
<b>Bruttoareal (b/n faktor 1,8), avrundet</b>		<b>52 500</b>

Tabell 26 B  
Arealbehov psykisk helsevern og avhengighet 2030.

### 5.5 Samlet arealbehov og mulighet for å redusere arealer

OUS idéfase samlet arealbehov kvm brutto	Somatikk	Psykisk helsevern og avhengighet	I alt
Sykehusfunksjoner	475 000	53 000	528 000
Forskning og utdanning	92 000	7 000	99 000
<b>I alt</b>	<b>567 000</b>	<b>60 000</b>	<b>Avrundet 630 000</b>

I dag bruker OUS ca. 1 000 000 kvm areal til sin samlede virksomhet. Rundt 900 000 kvm omfattes av idéfaseprosjektet. Basert på arealberegningene og en løsning der det

Tabell 27  
Arealbehov 2030.

Idéfasen legger til grunn en middels vekst i befolkningen fram mot 2030, noe som tilsier et arealbehov på ca. 630 000 kvm.

meste av bygningsmassen, utenom Rikshospitalet, erstattes av nye bygg, vil arealbehovet reduseres fra 900 000 kvm til mellom 600 000 og 700 000 kvm. Det betyr en reduksjon på 200 000 - 300 000 kvm. For å oppnå dette må det bygges vel 400 000 kvm nybygg.

Den store arealreduksjonen forklares ved at uhensiktsmessige og lite fleksible, gamle bygg erstattes av moderne og funksjonelle bygg. Psykisk helsevern og avhengighetsbehandling som i dag disponerer ca 150 000 kvm areal ville for eksempel greie seg med 60 000 kvm dersom de får flytte ut av store, dårlige og uhensiktsmessige bygg på Dikemark, Gaustad, Ullevål og i Sognsvanns-

veien. Også store deler av den somatiske virksomheten på Ullevål, Radiumhospitalet og Aker foregår i bygg som er uegnet for moderne sykehusdrift og vil behøve betydelig mindre areal i nye sykehusbygg.

## 5.6 Arealbehov sett i lys av virksomhetsmodeller

Det er beregnet arealbehov for alle de tre virksomhetsmodellene som ble beskrevet i kapittel 4.9 i tillegg til 0-alternativet. Hovedprinsippene i virksomhetsmodellene er oppsummert i tabellen nedenfor, med påfølgende beskrivelse av hvor store arealer hver av modellene krever.

Tabell 28  
OUS alternativene for areal og virksomhet.

OUS virksomhetsmodell	Somatikk	Psykisk helsevern og avhengighet (PHA)	Forskning og utdanning
0-alternativet (ingen endringer)	Renovering og nødvendig utbygging av eksisterende funksjoner.	Renovering og nødvendig utbygging og utflytting av eksisterende funksjoner.	Renovering og nødvendig utbygging av eksisterende funksjoner.
Dagens virksomhetsmodell	Lokalisert som en samlet løsning	Lokalisert sammen med somatisk virksomhet, bortsett fra RSA/PPU som evt. kan lokaliseres separat.	Lokaliseres sammen med klinisk virksomhet
Nivådelt virksomhetsmodell	Delt i to lokaliseringer: 1) Lands- og regionsfunksjoner samt akutt kirurgi (< 24 timer) med tilhørende fagområder. 2) Øvrig somatikk, forutsetter eget medisinsk mottak.	Lokalisert sammen med "øvrig somatikk", bortsett fra regional sikkerhetspsykiatri som evt. kan lokaliseres separat.	Somatikk: Anslagsvis 2/3 lokaliseres sammen med lands- og regionsfunksjoner og 1/3 med område- og lokalfunksjoner. Psykisk helsevern og avhengighet: Sammen med resten av virksomheten innen PHA.
Klyngemodell	To varianter. 1) Medisinsk klynge med alle medisinske fag. 2) Gastromedisin i buk-/bekkensenter og hjertemedisin + lungemedisin i hjerte-/lunge-/karsenter	Ett senter for Psykisk helsevern og avhengighet bortsett fra regional sikkerhetspsykiatri som evt. kan lokaliseres separat.	Omlag halvparten av forskning og utdanning integreres med den kliniske virksomheten i klyngene. Resten etableres i egne FoU-bygg.
Funksjoner som kan trekkes ut og lokaliseres «annet sted» (uavhengig av alternativ)	Omfordeling av oppgaver etter prosesser i OUS, HSØ og de øvrige Oslo sykehusene. Resten etableres som alternativ 1, 2 eller 3.	En andel av område- og lokalfunksjoner overføres fra OUS sentralt og til DPS-ene eller andre sykehus i Oslo-området. Resten etableres som alternativ 1, 2 eller 3.	

### 5.6.1 0-Alternativet

I tillegg til rehabilitering av eksisterende bygg omfatter 0-alternativet oppføring av tilsammen 120 000 kvm nybygg (se kap. 7 for detaljert beskrivelse).

### 5.6.2 Videreføring av dagens virksomhetsmodell

Dagens virksomhetsmodell innebærer en samlet lokalisering av virksomheten i OUS, men med mulighet for separat lokalisering av regional avdeling for sikkerhetspsykiatri.

### 5.6.3 Nivådelt virksomhetsmodell

I nivådelt virksomhetsmodell er somatiske sykehusfunksjoner delt i én del som omfatter

lands- og regionfunksjoner samt akuttkirurgi med tilhørende fagområder, og én del med øvrige somatiske funksjoner som omfatter område- og lokalfunksjoner, inkludert medisinsk mottak.

Forskning og utdanning innen somatikk er fordelt med 2/3 knyttet til lands- og regionsfunksjoner og 1/3 til lokal- og områdefunksjoner.

Psykisk helsevern og avhengighet inkl. forskning og utdanning, samlokaliseres med de øvrige somatiske lokal- og områdefunksjoner, mens RSA/PPU kan lokaliseres annet sted. Arealbehovet er vist i tabellen under.

OUS idéfase Dagens virksomhetsmodell	Lokalitet 1 (Somatisk, Psykisk helsevern, forskning og utdanning)	Lokalitet 2 (Regional sikkerhetspsykiatri (RSA/PPU))	I alt
Somatikk, samlet løsning	475 000		475 000
Psykisk helsevern	44 000	9 000	53 000
Forskning og utdanning, somatikk	92 000		92 000
Forskning og utdanning, Psykisk helsevern	7 000		7 000
<b>I alt (avrundet)</b>	<b>618 000</b>	<b>9 000</b>	<b>Avr. 630 000</b>

Tabell 29  
OUS bruttoarealbehov ved videreføring av dagens virksomhetsmodell.

OUS idéfase Nivådelt virksomhetsmodell	Lokalitet 1 Somatisk lands/ regionsfunksj., akuttkirurgi m. tilhørende virksomhet og Fou (kvm)	Lokalitet 2 Somatiske lokal- og områdefunksj., med. mottak, PHU og FoU (kvm)	Lokalitet 3: RSA/PPU (kvm)	I alt (kvm)
Somatikk: 1) lands- og regionsfunksj + akuttkir m. tilhørende fagområder 2) øvrig somatikk + medisinsk mottak	278 000	197 000		475 000
Psykisk helsevern og avhengighet		44 000	9 000	53 000
Forskning og utdanning, somatikk	61 000	31 000		92 000
Forskning og utdanning, PHA		7 000		7 000
<b>I alt (avrundet)</b>	<b>339 000</b>	<b>279 000</b>	<b>9 000</b>	<b>630 000</b>

Tabell 30  
Bruttoarealbehov i et OUS utviklet etter nivådelt virksomhetsmodell.

Arealbehovet reduseres med opptil 300 000 kvm, sett i forhold til dagens bygningsmasse på 900 000 kvm, uavhengig av virksomhetsmodell.

#### 5.6.4 Klyngemodellen

I klyngemodellen er sykehusfunksjonene samlet i tematiske senter som deler på tung infrastruktur (kapittel 4), med forskning og utdanning tilknyttet.

Det etableres tematiske sentre (kapittel 4.5) som lokaliseres slik at de kan dele tung infrastruktur og medisinske støttefunksjoner, samt hotell. Sikkerhetspsykiatri kan vurderes lagt annet sted av hensyn til bl.a. sikringsbehov.

Til de ulike sentrene er det tilknyttet kliniske funksjoner som senger, poliklinikk og dagbehandling, samt diverse spesial- og kontorfunksjoner. For hvert senter er det foretatt en vurdering av behovet for nærliggende eller integrerte medisinske servicefunksjoner, i første

rekke mht. operasjon og radiologi. Disse er tatt med i senterets areal, men bør fysisk ligge i grensesnittet mellom senteret og en sentral eller gjennomgående infrastruktur i sykehuset. «Sentraloperasjon» og sentertilknyttede operasjonsstuer bør fysisk sett være beliggende i det samme området, slik at grensene kan være fleksible både fysisk og organisatorisk.

Det er videre vurdert hvilke servicefunksjoner som ville høre til i senteret f.eks. mht. pasientservice (skole og pårørendeovernatting til barnehospital), pasientopplæring og andre mestringsaktiviteter, personalservice (garderober, kantine), personalutdanning, renhold og sengeoppredning. Medisinske servicefunksjoner, ikke-medisinsk service og forskning og utdanning, er plassert i sentrene.

Tabell 31  
OUS brutto  
arealbehov ved  
klyngemodell.

OUS idéfase Klyngemodell	Lokalitet 1 (Somatikk, Psykisk helsevern FoU)				Lokalisering 2 (RSA)			I alt
	Senter	Sykehus- funksj. somatikk og PHA	FoU somatikk	FoU-PHA	I alt	RSA/PPU	FoU-PHA	
Akuttcenter	22 900	2 300			25 200			
Barnesykehus, fødsler og kvinnesykdommer	84 200	7 600			91 900			
Kreftcenter	54 100	5 400			59 600			
Buk-/bekkensenter	34 000	3 400			37 400			
Hode-/halscenter	41 700	4 200			45 800			
Ortopedisenter	19 600	2 000			21 600			
Medisinsenter	51 100	5 100			56 200			
Hjerte-/lunge-/karsenter	29 100	2 900			32 000			
Senter for Psykisk helsevern og avhengighet	38 700		3 900			42 500	8 900	900
Sentral tung infrastruktur	4 000	4 000			43 800			
Hotell	22 400				22 400			
Laboratoriesenter	39 500	4 000			43 500			
Fellesfunksjoner	5 900				5 900			
Ledelse / administrasjon	6 300				6 300			
Ikke-medisinske servicefunksj.	32 500				32 500			
Forskning og utdanning (somatikk og Psyk.helsevern)		51 200	2 400		53 600			
<b>I alt, avrundet</b>	<b>522 000</b>	<b>92 000</b>	<b>6 000</b>	<b>620 000</b>	<b>9 000</b>	<b>1 000</b>	<b>10 000</b>	<b>630 000</b>

OUS idéfase Klyngemodell (alternativ)	Lokalitet 1 (Somatikk, Psykisk helsevern, forskning og utdanning)			
	Sykehusfunksjoner (somatikk og Psykisk helsevern)	Forskning og ut- danning, somatikk	Forskning og ut- danning, Psykisk helsevern	I alt
Buk-/bekkensenter	37 030	3 703		40 733
Medisinsenter	36 410	3 641		40 051
Hjerte-/lunge-/karsenter	40 861	4 086		44 947

Tabell 32  
Arealbehov dersom  
gastromedisin,  
lungemedisin og kardio-  
logi lokaliseres alternativt.

På denne bakgrunn ville brutto arealbehov i et framtidig OUS utviklet etter klyngemodellen være som vist i tabell 31. Her er sikkerhetspsykiatrien (RSA/PPU) lagt utenfor campus. Modellen kan utvikles på ulike vis, ett aktuelt alternativ kunne være å la et lokalsykehus utenfor hovedsykehuset utgjøre et senter i klyngen (se kapittel 4).

Klyngemodellen gir kun en liten arealøkning. Dette som følge av desentralisering som krever ekstra rom til billediagnostikk og noen ekstra rom til anestesi for preoperative tilsyn.

Det er også utarbeidet en variant av dette alternativet, hvor gastromedisin legges i buk-/bekkensenteret og hjertemedisin og lungemedisin i hjerte-/lunge-/karsenteret. Det betyr at medisinsenteret blir noe mindre og de to øvrige større. Tabell 32 viser arealbehov for klyngene buk-/bekkensenter, medisinsenter og hjerte-/lunge-/karsenter for klyngemodellen dersom gastromedisin, lungemedisin og kardiologi lokaliseres i hhv buk-/bekkensenter og hjerte-/lunge-/karsenter i stedet for i medisinsenteret.

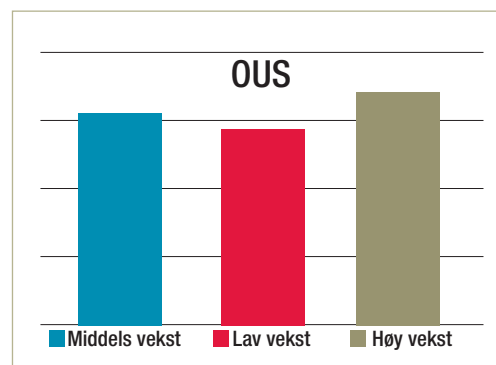
### 5.6.5 Befolkningsutvikling påvirker arealbehov i stor grad

Det samlede areal som er beregnet ovenfor er et resultat av et estimert pasientvolum i 2030 samt en rekke forutsetninger relatert

til dimensjonering av rom og areal. Pasientvolum i 2030 er basert på pasientaktivitet i 2012, demografisk utvikling til 2030, samt forutsetninger om omstilling og effektivisering. Befolkningsutviklingen i OUS sitt opptaksområde er betydelig, og derfor vil også usikkerhet i befolkningsutviklingen slå ut på pasientvolum og arealbehov.

Det er således flere usikkerhetsfaktorer knyttet til areal, hvorav befolkningsutvikling vurderes å ha særlig betydning. Det er derfor gjort en følsomhetsanalyse av OUS-arealet basert på variasjon i befolkningsframskrivningene, fra middels vekst, som er grunnforutsetningen, til lav respektiv høy vekst.

Arealbehovet for de funksjonene som inngår i idéfase er ca. 630 000 kvm basert på middels vekst. Ved lav eller høy vekst i befolkningen svinger dette fra ca. 580 000 kvm til ca. 690 000 kvm. Se figur 32 og tabell 33 nedenfor.



Figur 32  
Vekstprognoser  
befolkningsutvikling.

Arealbehov 2030	Middels vekst	Lav vekst	Høy vekst
Vektet endring %		- 7,4 %	9,1 %
<b>OUS areal kvm</b>	<b>630 000</b>	<b>583 000</b>	<b>687 000</b>

Tabell 33  
Arealtilpasning til  
vekstprognoser for  
befolkningsutvikling.





## Sammendrag

De fysiske løsningsforslagene som presenteres i dette kapitlet er utarbeidet med utgangspunkt i et forventet kapasitetsbehov frem til 2030. De tre ulike scenarioene i kombinasjon med mulige virksomhetsmodeller, gir et stort antall muligheter. Etter en grovsortering har man kommet fram til seks fysiske løsningsforslag, i tillegg til 0-alternativet, som er vurdert i forhold til kvalitet, muligheter for etappevis utbygging og gjennomførbarhet:

- Løsning: «Gaustad Øst». Samling på Gaustad med nybygg øst for Rikshospitalet
- Løsning: «Gaustad Sør». Samling på Gaustad med nybygg sørover og tunnel
- Løsning: «Samling Ullevål» med hensyn til fredete bygg
- Delt løsning: «Ullevål Nord / Gaustad med lokk»
- Delt løsning: «Ullevål Sør / Gaustad med lokk»
- Delt løsning: «Ullevål Hele / Gaustad med lokk»

I dette kapitlet beskrives styrker og svakheter ved de ulike løsningene. De tre ulike virksomhetsmodellene er ikke like godt egnet ved alle de fysiske løsningsforslagene. Både dagens virksomhetsmodell og klyngemodellen egner seg best ved en fysisk samlet løsning. Den funksjonsnivådelte virksomheten er best dersom sykehuset blir utviklet som en fysisk todelt løsning. Det anbefales ikke å gå videre med full samling på Ullevål.

En samling av OUS er ikke bare et utviklingsprosjekt for OUS, men også et stort byutviklingsprosjekt. De løsningene som samler aktiviteten ved Rikshospitalet gir best grunnlag for byutvikling gjennom at Ullevål sykehus frigis til byutvikling. Gaustad Sør med nybygg sørover og tunnel gir det største potensialet og bidraget til ønsket byutvikling, og er også miljømessig det beste alternativet. Dette alternativet gir de beste forutsetninger for innovasjon og næringsutvikling. Ingen av løsningene med delvis utbygging på Ullevål og Gaustad kan bidra sammenlignbart til byutvikling i Oslo.

### 6.1 Utviklingsperspektiv

De fysiske løsningsforslagene som er presentert i dette kapitlet er utarbeidet med utgangspunkt i et forventet kapasitetsbehov frem til 2030.

I avsnitt 6.10 er det vist hvilket byutviklingspotensial hvert av disse løsningsforslagene innehar. I denne sammenheng vil tidsperspektivet ikke være begrenset til 2030. Som det fremgår av drøftingen har løsningsforslagene svært ulikt utviklingspotensial i et langt perspektiv, og således ulik robusthet for å ivareta de endringer i behov som vil komme. Dette gjelder både behov for sykehusarealer og behov knyttet til utvikling av andre funksjoner.

### 6.2 Eiendomsforhold

Hovedtyngden av arealene ved OUS befinner seg på Ullevål sykehus, Rikshospitalet, Gaustad sykehus, Radiumhospitalet og Aker sykehus. Videre har OUS lokaler ved Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUPA) i Sognsvannsveien, Spesialsykehuset for epilepsi (SSE) i Bærum og Dikemark sykehus i Asker.

Tomtearealet som eies av OUS utgjør 980 daa. Dette omfatter ikke tomten som Rikshospitalet ligger på. Denne er fortsatt ikke overdratt fra Statsbygg etter statens overtakelse av sykehusene i 2002. OUS har ikke hjemmel til Dikemark, da eiendommen ved overføring fra Oslo kommune i 2002 ikke ble fradelt og overskjøttet. Tomtearealene er vist i tabell 34 side 96.

Løsningsforslagene har svært ulikt utviklingspotensial i et langt perspektiv, og således ulik robusthet for å ivareta de endringer i behov som vil komme.

Tabell 34:  
Oversikt over  
tomtestørrelser OUS.

Lokalitet	Tomteareal daa
SSE	340
Aker	130
Gaustad	50
Ullevål	325
Dikemark	200
Rikshospitalet	350 1)
Radiumhospitalet	50
Sognsvannsveien (BUPA)	85
<b>Samlet</b>	<b>1 530</b>

<sup>1)</sup> Inkludert Domus Medica (UiO) iht. reguleringsplan.

## 6.2.2 Gaustad

For utvikling av OUS på Gaustad/Rikshospitalet forutsettes det at sykehuset får tilgang til tomter gjennom å overta festekontrakter med Statsbygg, Forskningsrådet eller ved å erverve tomteareal fra Oslo kommune og eventuelt berørte private eiere (se figur 34 side 97).

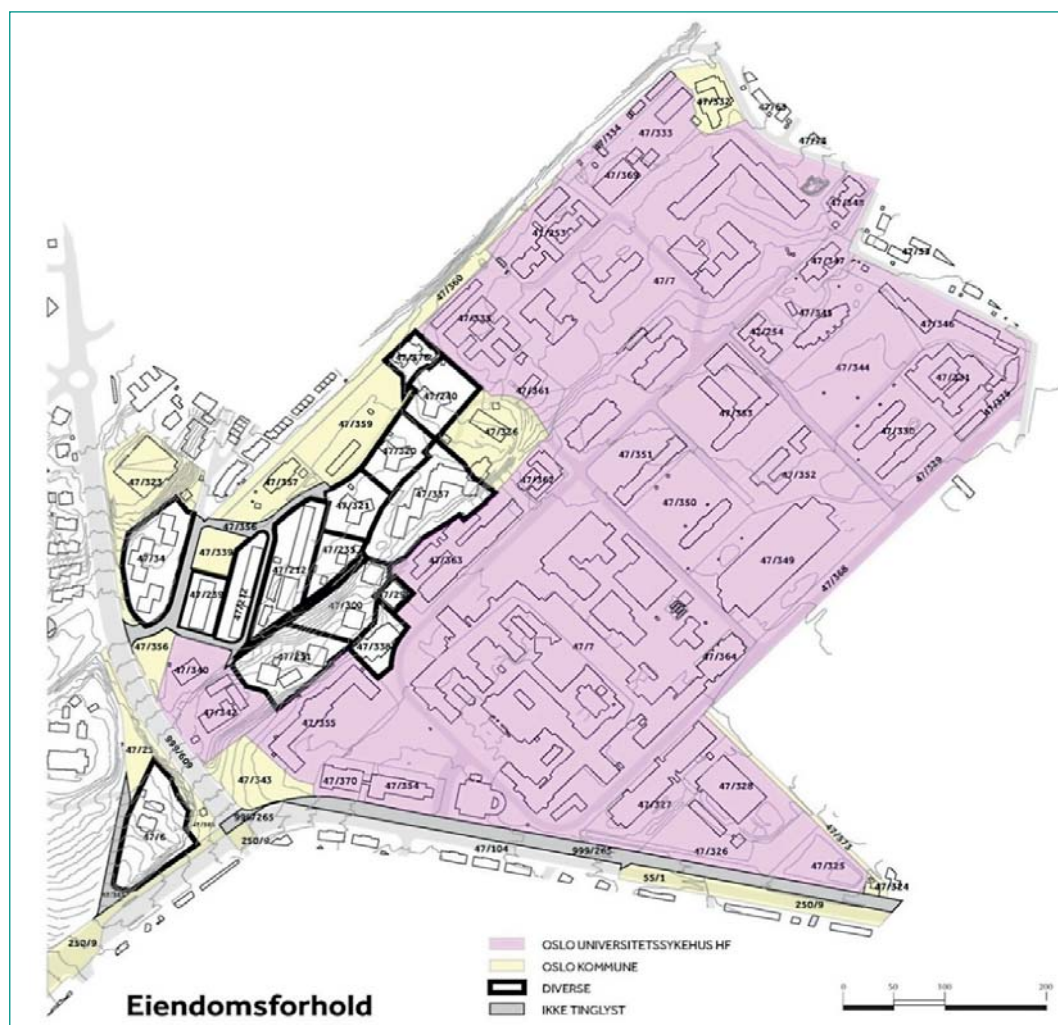
## 6.3 Byutvikling, regulering og annen kommunal planlegging

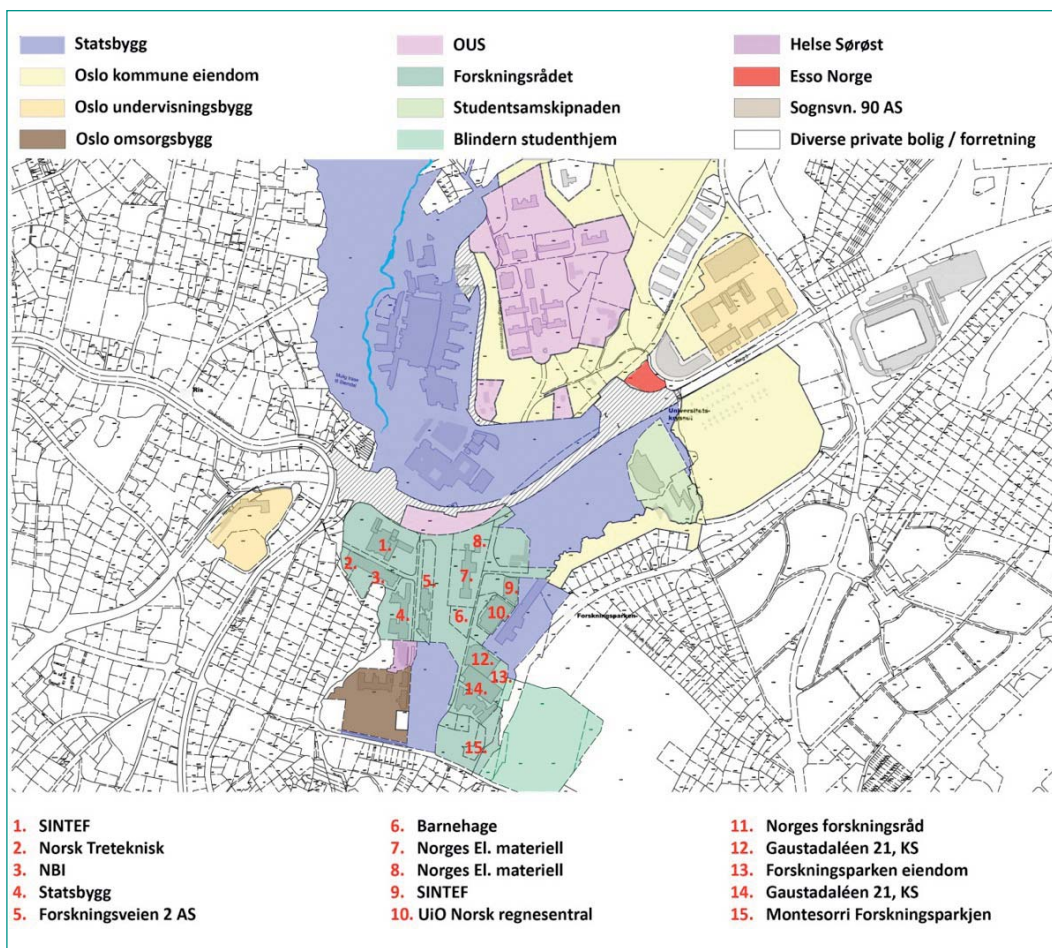
### 6.2.1 Ullevål sykehus

For å utvikle OUS på Ullevål forutsettes det at utbyggingen må gjøres innenfor eksisterende tomteareal. Det anses som svært lite sannsynlig å erverve nabotomter for å utvide sykehuset, da tomten er omkranset av Kirkeveien, Sognsveien, godt etablerte boligområder og kirkegård.

En samling av OUS vil ha et stort arealomfang og berøre mange mennesker. Dette gjør prosjektet til et byutviklingsprosjekt, i tillegg til å være et utviklingsprosjekt for OUS. Det er derfor lagt vekt på å ha god og åpen kommunikasjon med kommunens planmyndigheter i arbeidet.

Figur 33  
Eiendomsforhold Ullevål  
sykehus.





Figur 34  
Eiendomsforhold  
Gaustad-området.

Alle de løsninger som er studert, forutsetter en relativt omfattende reguleringsprosess. Prosessen med involvering og medvirkning av berørte parter vil settes i gang når lokalisering er valgt.

Oslo kommune har hatt ny kommuneplan ute til høring. Denne er gjennomgått, og kommuneplanens føringer for byutvikling er lagt til grunn for idéfasearbeidet.

Det er nærmere redegjort for byutviklingsaspekter i de forskjellige løsningsforslag i avsnitt 6.10.

## 6.4 Teknisk og trafikal infrastruktur

Fremtidig samling av virksomheten i OUS på én eller to hovedlokaliteter stiller krav til både teknisk og trafikal infrastruktur.

Den tekniske infrastrukturen mht. vann og

avløp, strømforsyning og lignende stiller krav til leveringssikkerhet og stabil leveranse. Muligheten til å oppnå dette anses som likeverdig i alle alternativene som er drøftet i rapporten, selv om det i utgangspunktet kan være forskjeller i kapasiteten i eksisterende infrastruktur på Gaustad og Ullevål. Denne forskjellen fremkommer som kostnadsdifferanse mellom de fysiske løsningsforslagene.

Trafikal infrastruktur som vei, T-bane, trikk og buss, med betydning for tilgjengeligheten til sykehuset, er vesentlige faktorer når løsningsforslagene skal vurderes. Med unntak av 0-alternativet forutsettes at eksisterende offentlig kollektivtransporttilbud og lokalt veisystem må tilpasses i alle løsningsforslagene. Disse generelle tilpasningene i eksisterende kollektivtilbud og veisystem er derfor ikke tatt med i de økonomiske analysene. Særtiltak i trafikal infrastruktur er

**Trafikal infrastruktur som vei, T-bane, trikk og buss, er vesentlige faktorer når løsningsforslagene skal vurderes.**



Etter ekstern kvalitetssikring av idéfase-rapporten og som en reaksjon på høringsinnspill etter høringsrunden, er det foretatt justeringer av de forskjellige løsningene for å imøtekomme de mange konstruktive innspill i disse fasene.

## 6.6 Avgrensning av muligheter, grovanalyse

I mandatet for idéfasen er det slått fast at det skal arbeides ut fra følgende scenarier:

- Scenario 1A – Full samling av virksomheten på Gaustad
- Scenario 1B – Full samling av virksomheten på Ullevål
- Scenario 2 – Delt løsning mellom Ullevål og Gaustad

Dette gir klare føringer med hensyn til hvilke lokaliseringer arbeidet med fysiske løsninger skulle konsentrere seg om.

Prosjektet har arbeidet med prinsipielt forskjellige måter å strukturere og organisere virksomheten i OUS på. Arbeidet har munnet ut i tre virksomhetsmodeller:

- Videreføring av dagens modell
- Funksjonsnivådelte modell
- Klyngemodell

Alle modellene er nøye beskrevet i kapittel 4.

I første fase av arbeidet med fysiske løsninger ble det studert flere varianter av fysiske løsninger innenfor hvert scenario, uavhengig av virksomhetsmodeller. Disse variantene er beskrevet i neste avsnitt.

I kombinasjon med mulige virksomhetsmodeller gir dette et stort antall muligheter

(se Figur 3- «Mulighetstreet»). Det ble derfor gjennomført en første grovsortering av de forskjellige variantene, basert på vurderinger av tomteforhold, reguleringsforhold, vernebestemmelser og generell gjennomførbarhet og risiko (se kapittel 9.2).

Etter denne grovsilingen ble en del varianter tatt videre i en mer inngående utredning. Løsningsvariantene ble videreutviklet til konkrete løsningsforslag. Disse beskrives nærmere i avsnitt 6.8.

## 6.7 Scenarier og løsningsvarianter som ble videreført

I første fase av arbeidet med fysiske løsningsforslag var det viktig å få opp et bredt spekter av forskjellige studier for alle scenariene, der den grunnleggende tilnæringsmåten skulle være tydelig forskjellig. For å sikre bredden i studiene har dette arbeidet vært fordelt på flere team som har arbeidet delvis uavhengig av hverandre.

I etterfølgende tekst og illustrasjoner er de mest relevante variantene for hvert scenario kort beskrevet med redegjørelse for muligheter, styrker og svakheter.

**For Scenario 1A - Full samling av virksomheten på Gaustad**, er det utarbeidet flere forslag, både med og uten Ring 3 i tunnel.

Det er ikke tatt særlig hensyn til gjeldende reguleringsbestemmelser, vernebestemmelser og eiendomsforhold. Disse forholdene er imidlertid trukket inn i vurderingen av variantene og i anbefalingene av hvilke varianter som skal vurderes videre.

**For Scenario 1B, full samling på Ullevål**, er det utarbeidet to kompakte løsninger, da tomtens størrelse gir klare begrensninger.

I første fase av arbeidet ble flere varianter av fysiske løsninger studert innenfor hvert scenario, uavhengig av virksomhetsmodeller.

**For Scenario 2, delt løsning,** foreligger det flere løsningsalternativer. Alle tar utgangspunkt i én fysisk løsning for den delen av virksomheten som blir liggende på Gaustad. For den delen av virksomheten som blir liggende på Ullevål er det utarbeidet tre varianter; to varianter med en omfattende hovedutbygging henholdsvis nord eller sør på tomten, og en variant der så mye som mulig av den eksisterende bebyggelsen på Ullevål beholdes.

### 6.7.1 Scenario 1A - Full samling av virksomheten på Gaustad

#### 6.7.1.1 Variant 1 - «Nord, øst og sør»

Variant «nord, øst og sør» kjennetegnes ved at en samlet løsning for OUS utvikles basert på en kombinasjon av følgende tiltak:

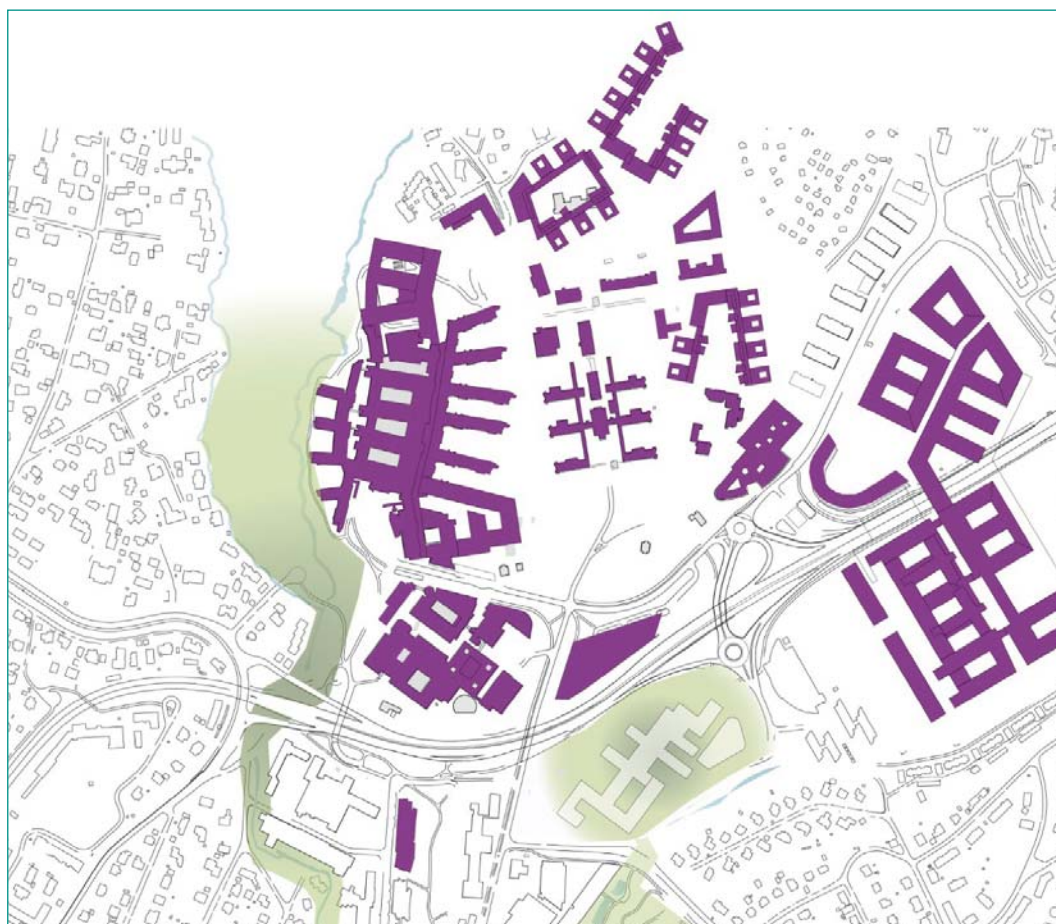
- Utvidelser nord for eksisterende Rikshospitalet.

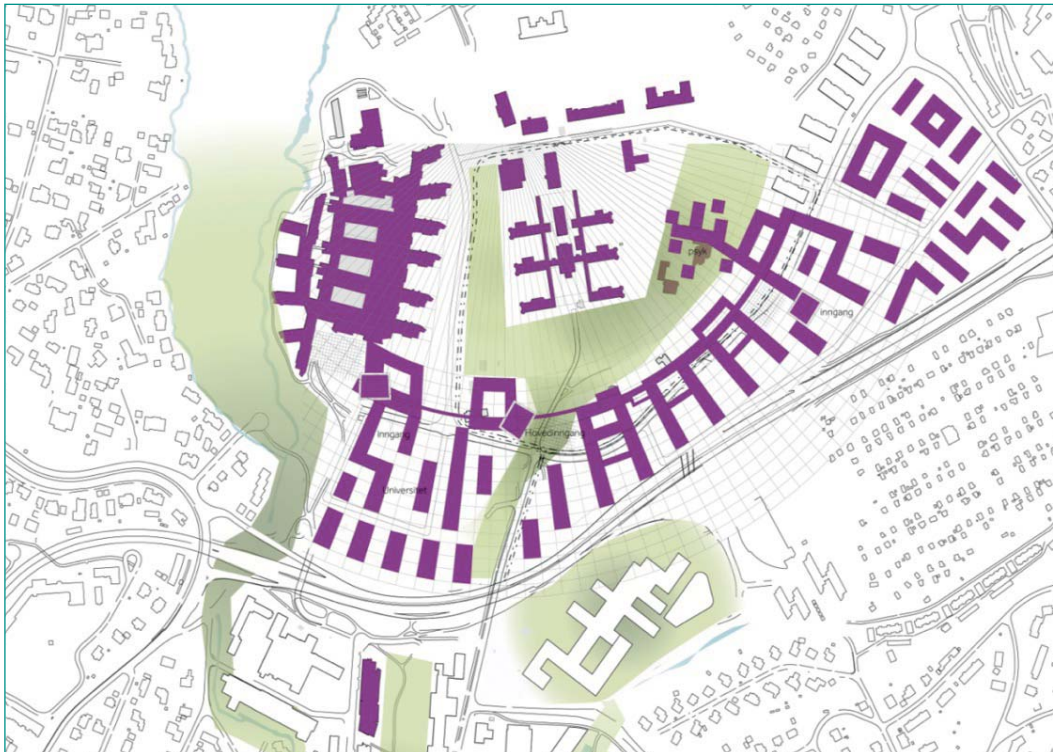
- Nye sengefløyer som erstatning for eller påbygging på eksisterende fløyer.
- Nybygg for psykisk helsevern nord og øst for Gaustad sykehus.
- Nybygg på tomten for Sogn videregående skole og Sogn kolonihage.

Denne varianten åpner for tidlig byggestart, da det sannsynligvis kan startes arbeider på Sogn videregående skole relativt raskt, forutsatt at det oppnås enighet med Oslo kommune.

Løsningen har imidlertid en del svakheter, utfordringer og usikkerheter. Utbyggingen nord for Rikshospitalet forutsetter full omlegging av eksisterende teknisk infrastruktur, og løsningen fører til at store deler av bygningsmassen ligger delvis under bakken, med dagslys via nedsenkede lysgårder.

Figur 36  
Variant 1A.1 -  
«Nord, øst og sør».





Figur 37  
Variant 1A.2 - «Rambla».

En utbygging av Sogn kolonihage ansees som lite realistisk, og OUS vil i dette området bli delt sør og nord for Ring 3, samtidig som avstanden mellom Sogntomtene og eksisterende Rikshospitalet blir stor. I tillegg binder variant «Nord, øst og sør» ikke sammen OUS og universitet på en overbevisende måte. Varianten er derfor ikke tatt med i videre vurderinger.

#### 6.7.1.2 Variant 2 - «Rambla»

Variant «Rambla» kjennetegnes ved at en samlet løsning for OUS bygges ut langs og på oversiden av Ring 3. Bygningsmassen knyttes sammen av en sammenhengende «ryggrad» som forbinder en serie med fløyer ut mot sør. Variant «Rambla» utnytter tomten fra Sogn videregående skole til eksisterende Rikshospitalet.

Nybygg for psykisk helsevern legges i denne varianten til Sogn videregående skole og Sognsveien.

Også denne varianten åpner for tidlig byggestart, da det sannsynligvis vil kunne starte

arbeider på Sogn videregående skole relativt raskt, forutsatt at det oppnås enighet med Oslo kommune.

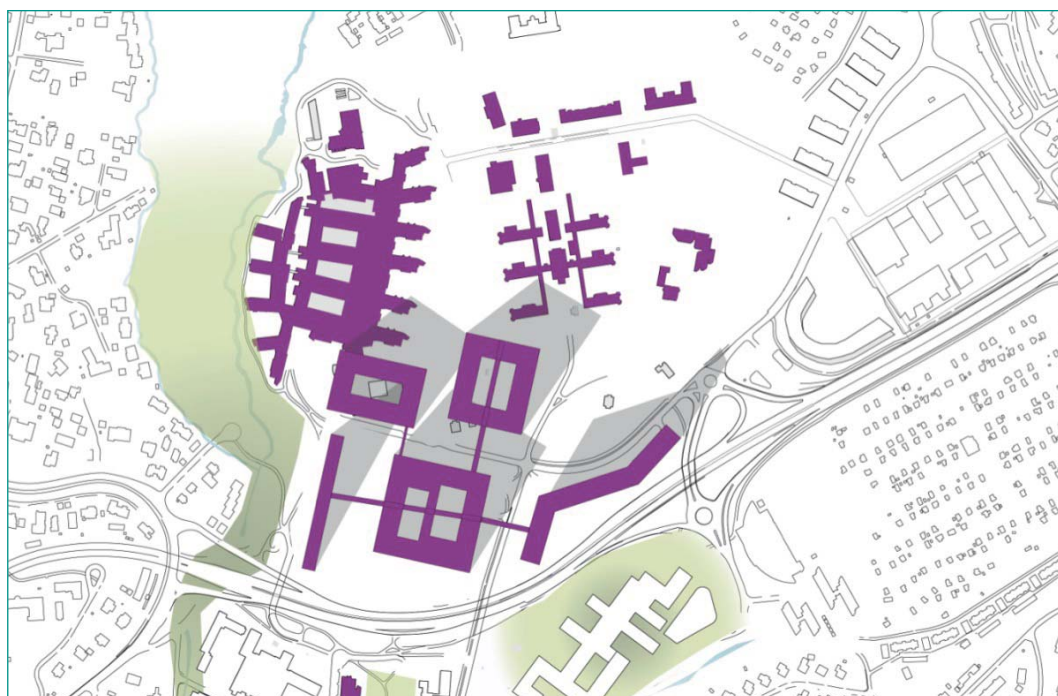
Varianten åpner for en trinnvis utbygging hvor det nye sykehuset til slutt bindes sammen med eksisterende Rikshospitalet. Dette gjør at denne varianten på en mer overbevisende måte knytter seg til det eksisterende anlegget.

Også denne løsningen har en del svakheter og usikkerheter. Utbyggingen forutsetter at det godkjennes bygging av sykehusbygg i det som er definert som «rød støysone» langs Ring 3. Dette forutsetter en dispensasjon fra gjeldende støvforskrifter.

Svevestøv fra Ring 3 vil sannsynligvis by på store utfordringer for ute- og innneklima. Variant «Rambla» binder heller ikke sammen OUS og universitetet på en overbevisende måte. Varianten er derfor ikke tatt med i videre vurderinger.



Figur 38  
Variant 1A.3 - «Høyhus».



#### 6.7.1.3 Variant 3 - «Høyhus»

Variant «Høyhus» er utarbeidet for å studere en løsning som beslaglegger minst mulig tomteareal.

Denne varianten forutsetter høye sykehusbygg med relativt stor grunnflate og at Rikshospitalets avsnitt A, B og Preklinisk institutt rives tidlig i prosessen.

Løsningen anses som svært lite fleksibel og har dårlig elastisitet. I tillegg vil høye sykehusbygg kreve svært kompakte planløsninger, dersom løsningen skal være økonomisk. Dette kan by på utfordringer med hensyn til arbeidsmiljø og oppholds-kvaliteter. Nærhet og plassering i forhold til Gaustad sykehus utfordrer vernehensynene i området.

Etter en samlet vurdering på et tidlig stadium ble det besluttet at denne og beslektede varianter ikke skulle bli med i den videre vurdering.

#### 6.7.1.4 Variant 4 - «Ring»

Variant «Ring» er på mange måter en kombinasjon av «Rambla» og «Nord, sør og øst».

Varianten kjennetegnes ved at det nye sykehuset utvikles rundt gamle Gaustad sykehus med bygningsmasse både nord for Gaustad og langs Ring 3, på sørsiden av tomten.

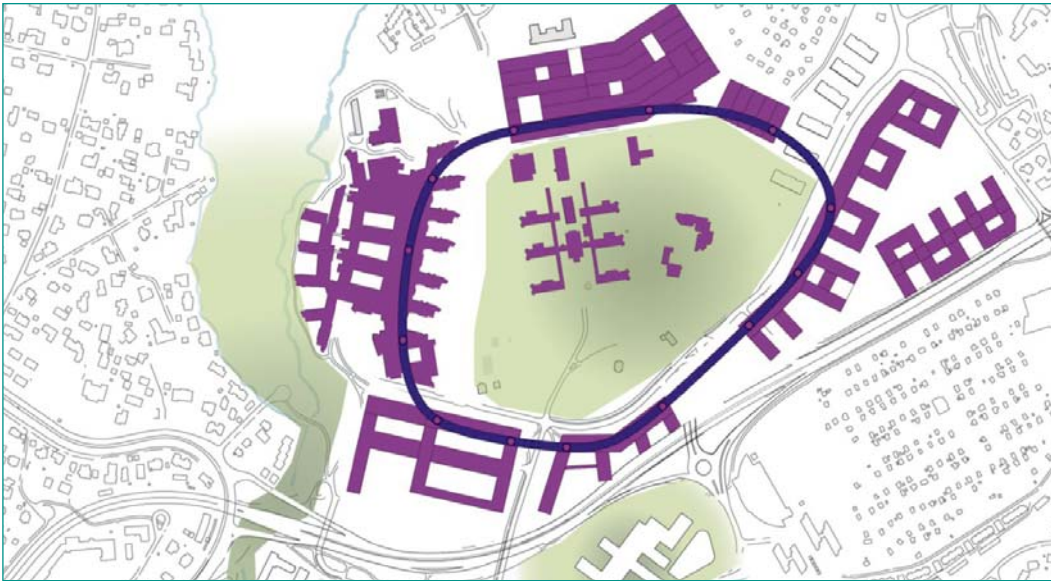
Denne varianten har den samme utfordringen som «Rambla» med hensyn til støy og svevestøv, selv om utfordringene vil berøre en noe mindre andel av bygningsmassen i «Ring»-varianten.

Variant «Ring» vil ha uheldige konsekvenser for boligområdene nord for sykehuset, og gir en relativt ugunstig spredning av sykehusets bygningsmasse både med hensyn til topografi og tilgjengelighet.

Variant «Ring» binder heller ikke sammen sykehuset og universitet på en overbevisende måte. Etter en samlet vurdering er varianten derfor ikke tatt med i videre vurderinger.

#### 6.7.1.5 Variant 5 - «Torg»

Variant 5 «Torg» kan ses på som en videre bearbeiding av variant 4 «Ring». Også denne tar utgangspunkt i at den gamle bygningsmassen på Gaustad sykehus danner et sentrum i det nye OUS. I motsetning til



Figur 39  
Variant 1A.4 - «Ring».

variant «Ring» er imidlertid bygningsmassen mer konsentrert og samlet rundt mindre torg som bidrar til et mer oversiktlig anlegg.

Denne varianten åpner for tidlig byggestart på tomten for Sogn videregående skole, forutsatt at det oppnås enighet med Oslo kommune. Selv om heller ikke variant «Torg» binder

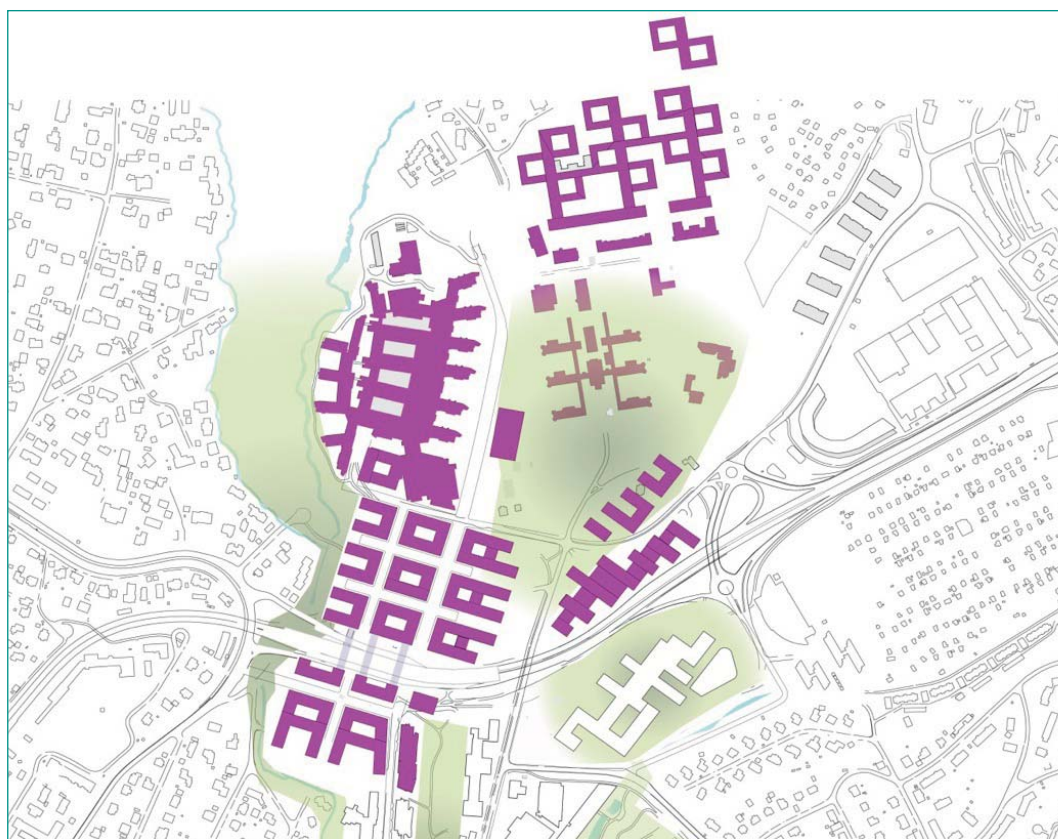
sammen sykehus og universitet på en overbevisende måte, åpner denne varianten for mange interessante utviklingsmuligheter.

Da denne varianten ikke forutsetter at Ring 3 legges i tunnel, er den tatt med i det videre arbeid. Det er sett nøyer på utbyggingsrekkefølge, organisering av funksjoner samt tilpasning til tomtens topografi.



Figur 40  
Variant 1A.5 - «Torg».

Figur 41  
Variant 1A.6- «Lokk».



#### 6.7.1.6 Variant 6 – «Lokk»

Ingen av variantene som beskrives ovenfor løser oppgaven med å binde sammen sykehuset og UiO sin bygningsmasse på Blindern. I studien av varianter uten tunnel er det derfor valgt å se på en løsning med lokk over Ring 3.

Terrengnivået ved Preklinisk institutt ligger såpass høyt over eksisterende veitrasé at det anses som mulig å bygge et bredt betongdekke over veien slik at tomten ovenfor Ring 3 forbindes med tomten nedenfor Ring 3.

Denne varianten muliggjør en første utbygging sør for Ring 3 som med et «lokk» forbindes med det eksisterende Rikshospitalet. Dette forutsetter at bygningsmassen i Forskningsveien 1A og 3B sør for Ring 3 frigjøres for rivning og nybygg.

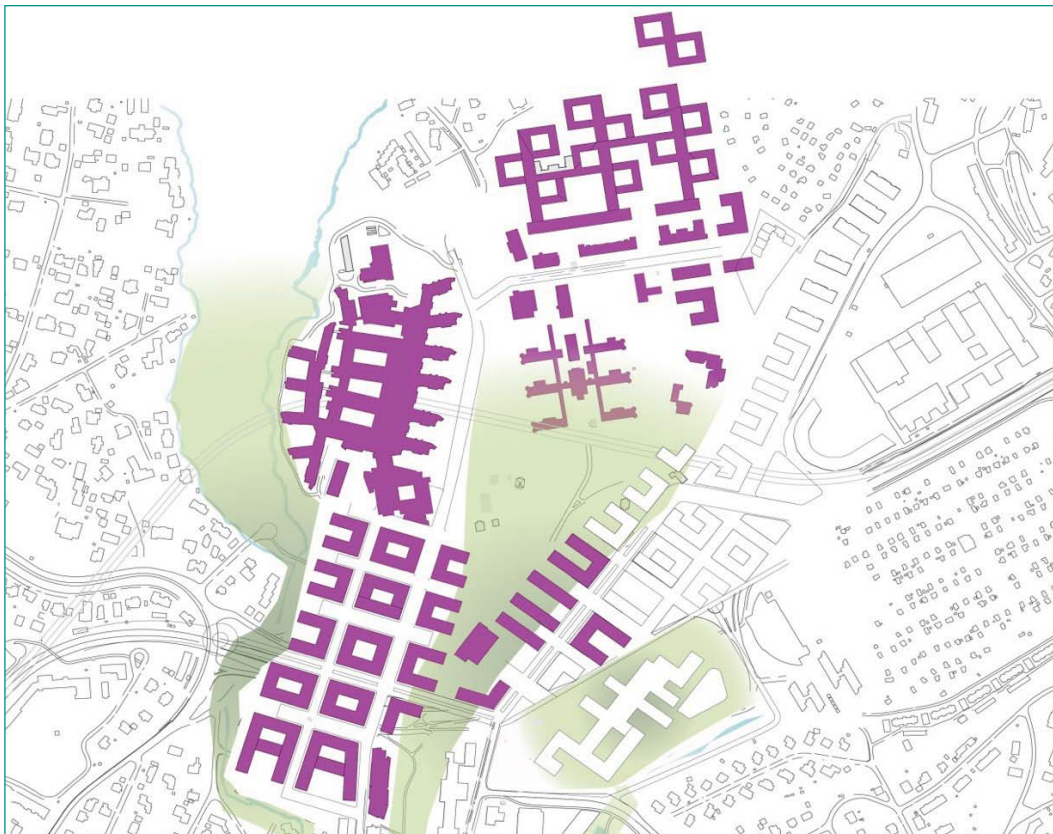
Alternativt kan det også tenkes en start nord for Ringveien med delvis rivning av universitetsarealer, så snart erstatningslokaler

for disse er etablert i nærheten på forhånd.

Psykisk helsevern kan plasseres nord for dagens Gaustad sykehus. Denne varianten gir derfor en sammenhengende bygningsstruktur fra nord til sør over Ringveien med Rikshospitalet i sentrum. Deler av denne strukturen kan knyttes til universitetets område.

Selv om denne varianten ikke krever tunnel, anses investeringene i infrastruktur etc. som relativt høye siden gevinsten ved å utvikle et helhetlig område vil være begrenset. Årsaken er betydelige høydeforskjeller på de to sidene av Ring 3. Dette vil fortsatt være en fysisk barriere i området og gi mye støy og støv gjennom sykehusets område.

I tillegg frigjør Ring 3 og en lokk-konstruksjon (med begrensede muligheter for bebyggelse) mindre tomteareal enn en løsning med tunnel. Dette gjør det krevende å få plass til tilstrekkelig bygningsmasse i utbyggingsområdet.



Figur 42  
Variant 1A.7 - «Tunnel».

Ut fra de vurderinger som er foretatt anses det ikke som mulig at variant «Lokk» tas med videre som en løsning for et samlet sykehus på Gaustad (scenario 1A) med et definert behov for nybygg på 430 000 kvm. I tillegg må det med en slik variant også finnes en løsning for nødvendige universitetsarealer i området. Dersom arealbehovet reduseres betydelig som ledd i oppgavedeling eller ved plassering av deler av virksomheten utenfor Gaustad-området, kan løsningen likevel være aktuell.

For scenario 2, delt løsning, blir utbyggingsbehovet på Gaustad mindre. Derfor er variant «Lokk» tatt med videre i vurderingen av en delt løsning. Det kan eventuelt også inngå i en langsiktig plan hvor en lokk-løsning over tid blir erstattet av tunnel.

#### 6.7.1.7 Variant 7 - «Tunnel»

Variant 7 «Tunnel» er basert på at Ring 3 legges i tunnel og at en videre utvikling av sykehuset skjer i aksen sørover mot Blindern og Forskningsveien.

Psykisk helsevern legges som i variant «Lokk» nord for Gaustad sykehus og forbindes med den somatiske virksomheten i nordenden av Rikshospitalet.

Denne varianten muliggjør en første utbygging sør for Ring 3 som etter bygging av tunnel kan forbindes med det eksisterende Rikshospitalet. Dette forutsetter at bygningsmassen i Forskningsveien 1A og 3B sør for Ring 3 frigjøres for riving og nybygg.

Alternativt kan det også tenkes en start nord for Ringveien med delvis riving av universitetsarealer når erstatningslokaler for disse er etablert i nærheten på forhånd.

Med sin barrierrefrie utviklingsmulighet mot sør og et stort nytt utviklingsområde nord for det nye planlagte «life-science-bygget» til universitetet (der Ring 3 har vært), er denne varianten den eneste som fullt ut ivaretar visjonen om en sømløs sammenbinding av OUS og UiO.

Variant 7 «Tunnel» er et svært robust og utviklingsdyktig alternativ som også kan ivareta Oslo kommunes planer for kontakt mellom byen og marka via et gjennomgående parkområde. Samtidig kan denne varianten gjennom videre utvikling også ivareta UiO sitt behov for utbygging. Varianten er derfor tatt med videre i vurderingen og det er sett nøyere på utbyggingsrekkefølge, organisering av funksjoner samt tilpasning til tomtens topografi. Man må også i samråd med UiO se på muligheten for en felles utviklingsstrategi for området. Omlegging av Ring 3 til tunnel forutsetter imidlertid en godkjenning og innsats fra veimyndighetene. Dette forholdet vil bli viet spesiell oppmerksomhet i det videre arbeidet.

## 6.7.2 Scenario 1B - Full samling av virksomheten på Ullevål

### 6.7.2.1 Variant 1 - «Uten hensyn til fredning»

Løsningen forutsetter at mange av de fredete

bygninger i sentrum av området rives for å få plass til den nye bygningsmassen. Det tas heller ikke hensyn til fredete uteområder.

En full samling av virksomheten på Ullevål forutsetter med dette, som skissen viser, at tilgjengelig tomt utnyttes fullt ut med nybygg i åtte etasjer. Arealene for psykisk helsevern i nordre del av tomten er ikke fullt så høyt bebygd. Sikkerhetspsykiatri med spesielle krav til sikring (avstand, inngjerding av uteområder med mer) kan ikke etableres her på grunn av for trange forhold.

Dersom denne varianten av utbygging gjennomføres vil det ikke være muligheter for senere utvidelser uten gjennom ekspropriasjon av boliger eller kirkegård på nabotomten. En eventuell framtidig utvidelse av Ullevål sydover, i retning Veterinærhøgskolen, er begrenset av Kirkeveien. Denne veien representerer en utfordrende fysisk barriere med vernet bebyggelse på sydsiden av veien.

Løsningen gir ingen sammenbinding mot

Figur 43  
Variant 1B.1  
«Uten hensyn  
til fredning».



UiO på Blindern. Løsningen er også trafikalt uheldig da en svært stor trafikk av ansatte, pasienter og pårørende trekkes til en del av byen med dårlig veiforbindelse og uten T-banetilknyping. Varianten tas derfor ikke med videre i vurderingen.

#### 6.7.2.2 Variant 2 «Med hensyn til fredete bygg og anlegg»

Løsningen tar utgangspunkt i at de fleste fredete bygninger bevares og at det også tas hensyn til fredet parkområde i sentrum av sykehusområdet på Ullevål. For å få plass til den samlede bygningsmassen fortettes tilgjengelige utbyggingsarealer ytterligere i forhold til bebyggelsen i variant 1 "Uten hensyn til fredning". Det er sannsynlig at bebyggelsen for somatikk blir opp til 10 etasjer høy. Bortsett fra at det tas mest mulig hensyn til fredninger, er ulempene rundt utbygging i variant 2 nærmest lik i variant 1. Den store forskjellen ligger i at sykehuset faktisk deles

i 3; somatikk sør for parken, somatikk nord for parken og psykisk helsevern i den nordre delen av tomten.

Variant 2 anses derfor ennå mindre hensiktsmessig enn variant 1. På den annen side er denne varianten bedre sammenlignbar med utbyggingsvariantene rundt Gaustad, fordi det tas hensyn til de fleste fredete bygg og områder.

Til tross for nevnte utfordringer tas varianten med videre i utredning av fysiske løsninger, først og fremst for å belyse ytterligere forhold rundt en samling av OUS på Ullevål.

Dersom sykehusets arealbehov skulle bli mindre enn beregnet tidligere i rapporten (for eksempel pga. ny oppgavedeling i Osloområdet), tilbyr denne varianten muligheter i kombinasjon med variant "Lokk" på



Figur 44  
Variant 1B.2 «Med hensyn til fredete bygg».

Gaustad. Prinsippene for en utbygging på Ullevål, der hensyn til fredning ivaretas, legges derfor til grunn for en utbygging på Ullevål i scenario 2 med delt virksomhet mellom Gaustad og Ullevål.

### 6.7.3 Scenario 2 - Delt løsning mellom Ullevål og Gaustad

For Scenario 2, delt løsning mellom Ullevål og Gaustad, er det tatt utgangspunkt kun i én løsningsvariant for Gaustad. For Ullevål er det utredet tre varianter. To varianter viser en forholdsvis tett utbygging henholdsvis nord eller sør på sykehusomtten. I en tredje variant beholdes og brukes så mye som mulig av dagens bygningsmasse.

På Gaustad er det forutsatt at en ser på en videre utvikling av det som i scenario 1A er benevnt som variant 6 «Lokk», dog med noe mindre omfang. Den totale bygningsmassen på Gaustad i en delt løsning forutsettes å omfatte omtrent 350 000 kvm bruttoareal. Dette inkluderer dagens Rikshospital.

På Ullevål er det dermed omtrent 280 000 kvm bruttoareal som skal plasseres. For denne bygningsmassen er det sett på varianter som bygger på prinsipper utredet for scenario 1B – Full samling av virksomheten på Ullevål og tidligere utredninger i Arealutviklingsplanen.

#### 6.7.3.1 Variant «Nord»

Variant 2.1 «Nord» baseres på utbygging av tomten nord for den fredete bebyggelsen ved laboratoriebygget.

Som i den samlede løsningen på Ullevål plasseres arealene for psykisk helsevern i den nordvestlige delen av sykehusomtten der de fleste av dagens psykiatribygninger befinner seg. Selv om utbyggingen på denne delen av tomten ikke kan være så høy på grunn av funksjonaliteten, blir det en forholdsvis tett bygningsstruktur der de vernetete bygningene må integreres.

Nord for laboratoriebygningen og den fredete parken etableres nye bygg for de

Figur 45  
Variant 2.1 - «Nord».



somatiske funksjonene som skal være på Ullevål. Også her blir det nødvendig med en forholdsvis tett utbygging der fredete bygg må integreres.

Fordelen med denne utbyggingsvarianten er at utbyggingen kan foregå uten å forstyrre pågående sykehusdrift i den sørlige delen av sykehusområdet, der hoveddelen av dagens bygningsmasse ligger. Denne sørlige delen kan etter ferdigstilt utbygging og flytting, eventuelt selges og overlates til annen byutvikling.

Selv om denne utbyggingsvarianten kan gi et kompakt, sammenhengende og funksjonelt sykehus er det en del ulemper knyttet til denne. Sykehusbyggene blir plassert på en avgrenset tomt uten naturlige utviklingsmuligheter. I tillegg kommer sykehuset til å ligge forholdsvis langt fra dagens holdeplasser for kollektivtrafikk. Den tette in-

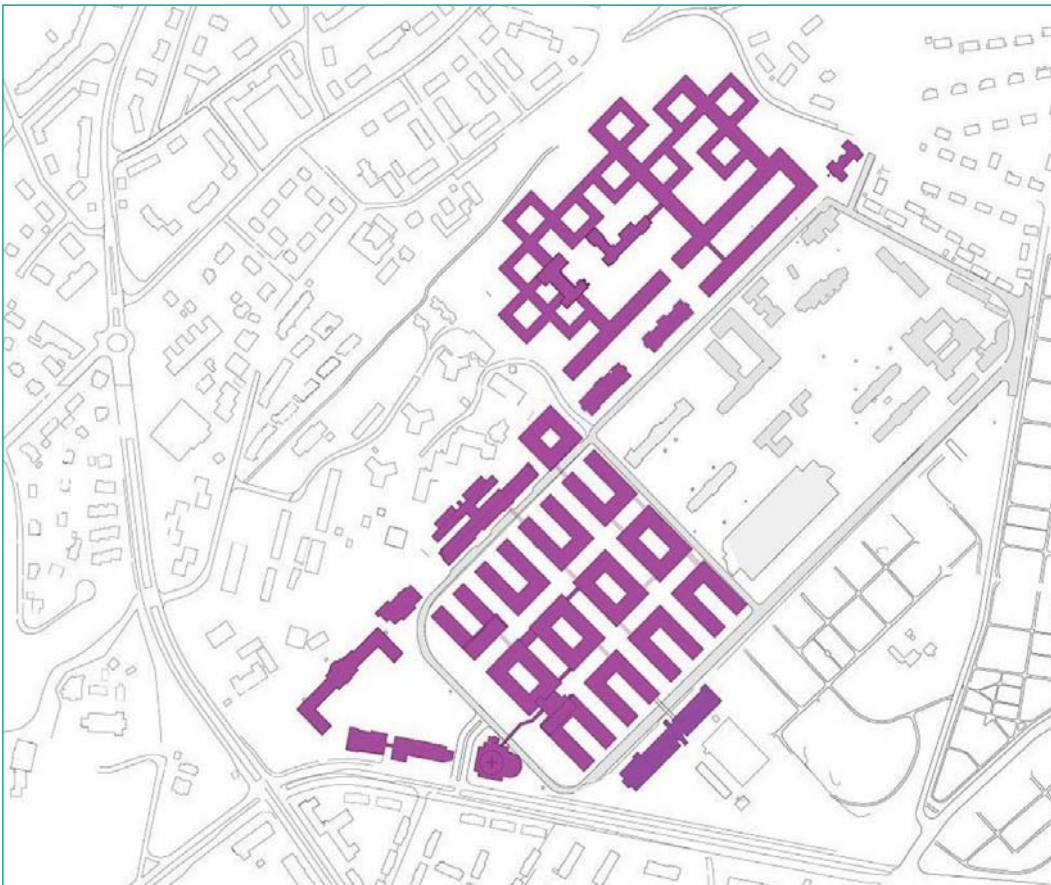
tegreringen av de vernetede områdene vil også by på utfordringer med hensyn til vernehensiktene.

Ingen av disse ulempene anses imidlertid for å være så alvorlig at utbyggingsvarianten ikke virker gjennomførbar. Variant «Nord» tas derfor med videre i vurderingen.

#### 6.7.3.2 Variant «Sør»

Variant 2.2 «Sør» er en videreutvikling av løsningen vist i Arealutviklingsplanen, hvor bebyggelsen sør for den fredete bebyggelsen ved laboratoriebygget suksessivt erstattes av nybygg. Som i den samlede løsningen på Ullevål plasseres arealene for psykisk helsevern i den nordvestlige delen av sykehusområdet der de blir liggende noe adskilt fra den somatiske pasientbehandlingen i sør.

I motsetning til løsningen med nye bygg for somatisk pasientbehandling nord på tomten blir sykehuset liggende nær overordnet



Figur 46  
Variant 2.2 - «Sør».



veisystem og holdeplasser for kollektivtrafikken. Dessuten kan en større del av dagens bygninger inngå i løsningen. Den nordre delen av tomten kan avhendes og overlates til byutviklingsformål etter ferdig utbygging og flytting.

Denne varianten betyr at det må gjennomføres en større utbygging i tilknytning til det som er dagens tyngdepunkt på Ullevål sykehus. Studier har vist at det må gjøres store investeringer i ny teknisk infrastruktur. Det er risiko for driftsstans knyttet til omlegging av infrastrukturen før bygging kan starte.

Gjennomføring av utbygging tett på pågående sykehusvirksomhet anses som svært komplisert og kan få uheldige konsekvenser for driften. Risikoanalyser viser at dette alternativet, og alternativet med full samling på Ullevål, innebærer størst risiko og ulemper for drift.

Denne varianten tas likevel videre til nærmere vurdering og evaluering.

### 6.7.3.3 Variant «Hele Ullevål»

Med bakgrunn i gjennomgangen av dagens bygg gjort under utredningen av 0-alternativet, ble det identifisert enda en utbyggingsvariant på Ullevål sykehus som kan egne seg for en delt løsning.

Grunntanken her er å bruke så mange som mulig av eksisterende bygg etter en nøktern levedyktighetsbetraktning, for å begrense byggetiltakene. Det forutsettes at en utbygging av OUS kan starte på Gaustad. På den måten kan funksjoner flyttes fra Ullevål sykehus til Gaustad og generere sammenhengende og større utbyggingsmuligheter på Ullevål der dagens medisinske og kirurgiske bygg nå står.

Ved siden av å etablere sentralt plasserte rokeringsarealer, vil dette gi rom for oppføring av nye bygg som etter hvert kombineres med oppgraderte og funksjonstilpassete eksisterende bygg. Varianten bygger på dagens tekniske og logistiske infrastruktur på Ullevål.

Figur 47  
Variant 2.3 -  
«Hele Ullevål» - kun nye  
bygg er fargelagt.



Resultatet av en slik utvikling på Ullevål vil ikke være like funksjonelt tilfredsstillende som resultatet av fornyingstiltakene i de to første variantene. Det må derfor tas høyde for at Ullevål sykehus fremdeles vil ha betydelig utviklingsbehov etter at utbyggingen er gjennomført. Det anbefales derfor ikke at noen deler av sykehusområdet avhendes til andre byutviklingsformål.

Selv om denne "Hele Ullevål"-varianten ikke byr på samme utbyggingskvalitet som "Ullevål Nord" og "Ullevål Sør" ligger det en del muligheter i den. Derfor ble løsningen undersøkt nærmere og tatt videre til evaluering og økonomisk vurdering.

## 6.8 Aktuelle løsningsforslag

Som redegjort for ovenfor, har mulighetsstudiene med grovsortering av de fysiske løsningsvariantene (kapittel 10.2), resultert i en rekke fysiske løsningsforslag som er utredet videre:

- Løsning: «Gaustad Øst». Samling på Gaustad med nybygg øst for Rikshospitalet
- Løsning: «Gaustad Sør». Samling på Gaustad med nybygg sørover og tunnel
- Løsning: «Samling Ullevål» med hensyn til fredete bygg
- Delt løsning: «Ullevål Nord/Gaustad med lokk»
- Delt løsning: «Ullevål Sør/Gaustad med lokk»
- Delt løsning: «Ullevål Hele/Gaustad med lokk»

Etter grovsortering er disse variantene bearbejdet videre og studert nærmere med hensyn til muligheter for etappevis utbygg-

ing, gjennomførbarhet og kvalitet på løsning. De fysiske løsningsforslagene er også blitt vurdert opp mot tre ulike virksomhetsmodeller (kapittel 5). I etterfølgende avsnitt beskrives de bearbejdede løsningene nærmere. En inngående beskrivelse og illustrasjon av løsningene er dokumentert i vedlegg 3 som gir en nærmere beskrivelse av alle de fysiske løsningsforslagene og deres byutviklingsaspekter.

### 6.8.1 Løsning «Gaustad Øst» - Samling på Gaustad med nybygg øst for Rikshospitalet

Dette alternativet er basert på variant 5 «Torg» fra grovsorteringen med noen innspill fra variant 1 «Nord, øst og sør».

En nærmere studie av tomt og topografi gjorde at oppdeling av sykehuset rundt flere torg ble forlatt, og det ble konkludert med at bygningsmassen for nybygg i større grad måtte samles. Alternativet er basert på den forutsetning at Sogn videregående skole overtas av OUS, og at bygningsmassen ved skolen rives og erstattes av nybygg.

I dette alternativet er det også forutsatt at Gaustad sykehus beholdes som en del av OUS og benyttes til kontorer, undervisningsrom og andre teknisk lette funksjoner. Nybygg for psykisk helsevern plasseres nord for Gaustad. Arealer for forskning, utvikling og universitet integreres.

Dette alternativet etablerer ingen god forbindelse mellom eksisterende Rikshospital og nybyggene ved Sogn videregående skole og vil fremstå som et fysisk todelt sykehus. Kontakten med UiO begrenses av Ring 3 som fortsatt vil ligge som en barriere mellom sykehuset og universitetscampus. Store deler av bygningsmassen vil bli liggende tett på Ring 3 og være utsatt for støy og støv fra veien.

Seks løsningsforslag er studert nærmere med hensyn til muligheter for etappevis utbygging, gjennomførbarhet og kvalitet på løsning.

Figur 48  
Løsning «Gaustad Øst»,  
samling på Gaustad med  
nybygg øst for  
Rikshospitalet.



### 6.8.2 Løsning «Gaustad Sør» - Samling på Gaustad med nybygg sørover og tunnel

Dette alternativet er basert på variant 7 "Tunnel" fra grovsorteringen.

I den videre bearbeidingen av alternativet er det lagt vekt på å benytte den søndre delen av eksisterende bygningsmasse i større grad og med lenger tidsperspektiv enn man først tegnet ut. Dette gjelder bl.a. nyere deler av Domus Medica, som beholdes i utviklingsperspektivet 2030. Derved ivaretas UiOs behov for arealer tett på sykehuset på en god måte.

Alternativet forutsetter at Ring 3 legges i

tunnel slik at store tomtearealer kan frigjøres og både bygg- og grøntområdene nord og sør for eksisterende Ring 3 knyttes sammen. Det etableres parkområder som strekker seg uavbrutt av ringveien, fra Blindern forbi Gaustad sykehus til dalen ved Sognsvannsbekken og marka. Dette grepet muliggjør også at traseen for Holmenkoll-banen (T-bane linje 1) mellom Vinderen og Slemdal kan oppgraderes til dagens behov og at Gaustad stasjon kan flyttes tett inntil det nye universitetssykehuset.

Alternativet åpner for en samlet utvikling av OUS hvor dagens Rikshospital knyttes tett

sammen med den nye bygningsmassen. I dette alternativet foreslås psykisk helsevern plassert nord og øst for Gaustad sykehus med god nærhet til den somatiske pasientbehandlingen på Rikshospitalet. Det antas at en god del av dagens vernete bygninger her kan gjenbrukes for å samle psykiatrien gjen-

sykehus, universitet, næringsliv og byfunksjoner som boliger, skole, barnehage og sykehjem, kan danne en helhet.

For at sykehuset skal kunne utvikles iht. denne løsningen forutsettes det at OUS overtar blant annet bygningsmassen i Forsk-



Figur 49  
Løsning «Gaustad Sør»,  
visjonsplan for samling av  
OUS på Gaustad med  
ringveien i tunnel.

Alternativ "Gaustad Sør" åpner for en samlet utvikling av OUS hvor dagens Rikshospital knyttes tett sammen med den nye bygningsmassen.

nom funksjonelle ombygninger som kan ta hensyn til vernehensiktene.

Dette alternativet vil frigjøre store arealer for videreutvikling av UiO i nærheten av universitetssykehuset. En særlig kvalitet er at det åpnes for en større byutvikling hvor

ningsveien 1A og 3B sør for Ring 3, og at bygningene på disse tomtene rives og erstattes av nybygg. Det samme vil etter hvert gjelde for de eldre delene av Domus Medica. Disse arealene planlegges erstattet i den nye bydelen nord for Life-science-bygget til universitetet. De vil dermed få en positiv

En eventuell fullstendig samling av virksomheten på Ullevål vil først kunne skje i 2040-50, når levetiden til Rikshospitalet utløper.

tilknytting til både universitetets forskningsmiljøer og sykehusets utdannings- og forskningsmiljø.

### 6.8.3 Løsning «Samling Ullevål» med hensyn til fredete bygg

Det utredete løsningsforslaget illustrerer konsekvensene av en samling av OUS på Ullevåltomten når det tas hensyn til fredete bygg og uteområder.

Fredete anlegg forutsettes integrert i bygningsstrukturen og benyttet til sykehusformål, dog med betydelig lavere utnyttelse enn nye bygninger. For å få plass til alle funksjoner i tomteområdet er det nødvendig å fortette tomte delen for somatikk med svært kompakte bygningsstrukturer på opp til 10 etasjer. Arealene til psykisk helsevern i nordenden av tomten bygges dog ikke så kompakt. Sikkerhetspsykiatrien kan ikke lokaliseres på Ullevål fordi tomten ikke gir tilstrekkelig rom for sikring, uteområder og nødvendige avstander.

Infrastrukturen i og rundt området er ikke tilstrekkelig dimensjonert for å takle en utbygging i denne størrelsesorden. Derfor må det regnes med omfattende infrastrukturtiltak, og store belastninger for de etablerte områdene rundt.

Siden utbyggingen skjer med deler av sykehuset i drift, må det regnes med ulemper på driftssiden selv om faseinndelingen tilpasses best mulig. Når tomten er ferdig utbygget vil den være såpass utnyttet at det vil være svært krevende å gjennomføre ytterligere utvikling av sykehuset. Uten elasticitet i bygningsmassen må det regnes med at eventuell framtidig omstrukturering må skje innenfor bygningsmassens ramme, hvilket kan føre til konstant ombygging på lang sikt. Selv om den fredete delen av sykehus tomten tilbyr et lite «pusterom» for pasienter og personale, svarer dette arealet på ingen måte på ønsket om adgang til helsefremmende natur og grøntarealer.

Figur 50  
Løsning  
«Samling Ullevål».





Figur 51  
Delt løsning -  
«Ullevål Nord».

Det er lite aktuelt å flytte ut av moderne, gode arealer på Rikshospitalet. En eventuell fullstendig samling av virksomheten på Ullevål vil derfor først kunne skje i 2040-50 når levetiden til Rikshospitalet på Gaustad utløper.

#### 6.8.4 Delt løsning Ullevål Nord/Gaustad med lokk

I motsetning til delt løsning med utbygging på Ullevål sør, åpner dette alternativet for en utbygging som i mindre grad påvirker driften ved sykehuset fordi nye sykehusbygg etableres i tilgjengelige områder i norddelen av tomten. Siden store deler av dagens sykehusbygg erstattes, vil dette gi tilfredsstillende løsninger for drift og vedlikehold av sykehusbygg på Ullevål. Dette vil imidlertid sannsynligvis føre til økte investeringskostnader.

Det må påpekes at tilgjengelighet til området med kollektivtransport er begrenset og vil bli svekket i forhold til dagens situasjon. De nye sykehusbyggene blir liggende relativt langt fra busstraseen langs Ring 3 og området har ikke forbindelse til T-bane eller trikk.

#### 6.8.5 Delt løsning – "Ullevål Sør"/ Gaustad med lokk

I tråd med tidligere utredninger om utvikling på sykehus tomten på Ullevål, er det gjort en nærmere utredning av løsningen med videreutvikling av bygningsmassen i sør-enden av tomten, der dagens sykehusbygg er plassert.

En trinnvis fornying og rehabilitering her vil ha store konsekvenser for pågående sykehusaktivitet og vil strekke seg over lang tid.

Figur 52  
Delt løsning  
«Ullevål Sør».



Utredningene i Arealutviklingsplanen viste imidlertid at en slik utbygging kan være gjennomførbar. Ved en utbygging av den somatiske virksomheten i sørenden av tomten vil sykehuset på Ullevål fortsatt ligge i nærheten av veisystem og offentlig kollektivtransport.

#### 6.8.6 Hele Ullevål med utbygging på Gaustad med lokk over Ringveien

Med bakgrunn i en nøktern levedyktighetsbetraktning av alle bygg på Ullevål sykehus, ble det utviklet et delt løsningsalternativ, der mange av dagens bygg gjenbrukes og mye av dagens infrastruktur på Ullevål kan bevares. Dette blir mulig fordi utbyggingen på Ullevål i delt løsning kan sees i takt med en utbygging på Gaustad. På denne måten skiller løsningsforslaget seg fra de tiltakene som ble undersøkt i Arealutviklingsplanen.

Den kartleggingen av bygningsmassen som er gjort i forbindelse med idéfasen gir god informasjon om teknisk tilstand, tilpasningsdyktighet og egnethet for dagens virksomhet i bygningsmassen på Ullevål. Gjennomgangen viser at tiltakene som er gjort i byggen de siste årene har hatt effekt.

På denne bakgrunn ble det identifisert en rekke bygg som er levedyktig innenfor idéfasens planleggingshorisont. I tillegg kommer bygg som inneholder servicefunksjoner eller teknisk og logistisk infrastruktur, samt bygg som er vernet. For somatisk virksomhet og andre tjenester omfatter dette bygg 01, 02, 04, 05, 06, 08, 09, 10, 11, 12, 13, 14, 15, deler av bygg 18, bygg 25 og bygg 36. For psykiatrien omfatter dette bygg 19, 20, 31, 32 og 35, i hovedsak fordi disse er vernet. I alternativet forutsettes det at disse arealene



Figur 53  
Delt løsning med  
«Ullevål Hele».

brukes videre og at omfattende ombygnings- og oppgraderingstiltak gjøres for å tilpasse dem til funksjoner som skal plasseres på Ullevål i en delt løsning. I tillegg etableres det nye bygg for å erstatte arealer som ikke anses som levedyktig, og for å øke bygningsmassen til nødvendig størrelse.

Det må gjøres omfattende tiltak også i en slik ombyggingsløsning. Det må derfor skaffes rokeringsarealer, for å kunne definere hensiktsmessige tomter og byggetiltak. I et samspill med en første utbygging på Gaustad og en etablering av nye avlastnings- og rokeringsarealer på Ullevål, vil det etter hvert la seg gjøre å erstatte dagens medisinske og kirurgiske bygg nær sentralblokken og høyblokken.

Samlet sett vil denne ombygningen gi et mindre tilfredsstillende resultat enn de mer omfattende nybyggingsløsningene (Ullevål Nord og Ullevål Sør). Selv om man gjennomfører omfattende funksjonelle ombygginger må man fremdeles regne med en del ineffektivitet i den gamle bygningsmassen. I tillegg vil bygningene ligge mer spredt fordelt på tomten, for å kunne utnytte levedyktige bygg og ta hensyn til verneplanen. I denne løsningen anses det derfor som nødvendig å sikre hele tomteområdet på Ullevål for fremtiden. Det kan ikke regnes med at det kan frigjøres tomtearealer til byutvikling.



Figur 54  
Delte løsninger –  
Gaustad med lokk.



### 6.8.7 Utbygging på Gaustad med lokk over Ringveien – delte løsninger

Felles for løsningene for scenario 2 er at en utbygging på Gaustad med lokk over Ringveien ansees som den mest hensiktsmessige løsningen. Denne delen av løsningene bygger på variant «Lokk» for scenario 1A, dog med betydelig mindre omfang av utbyggingen. Denne løsningen er nærmere beskrevet i vedlegg 3 til idéfaserapporten «Fysiske løsninger og byutvikling».

Begrunnelsen for å velge lokkløsningen er at man da kan utvikle det sammenhengende sykehuset i en ønsket retning mot UiO. Andre varianter på Gaustad vil gi mer spredt bygningsmasse og ikke samme nærhet til UiO.

## 6.9 Etappevis utbygging

Det er en forutsetning at utbyggingen skal kunne gjennomføres i etapper. Nedenfor følger en kort omtale av alternativenes muligheter for etappevis utbygging. Generelt regnes det med minst tre nødvendige hovedutbyggingetapper i hver løsning, som igjen deles opp i forskjellige trinn etter avhengigheter og behov.

Etappevis utvikling av sykehuset er mer utfyllende beskrevet i rapportens kapittel 10. Gaustad øst gir relativt stor frihet med hensyn til etapper. Alternativet er basert på overtakelse av Sogn videregående skole. Så snart denne overtakelsen er gjennomført, kan man rive eksisterende bebyggelse og dele opp utbyggingen i hensiktsmessige etapper.

En etappevis utvikling av Gaustad sør er skissert med utgangspunkt i dagens Rikshospital og mulighet for utbygging på oversiden av Ringveien før en evt. beslutning om tunnel eller lokk. Sykehuset kan i etterfølgende etappe utvides over til SINTEF-tomten, og deretter, ved etablering av tunnel, mot øst. I de delte alternativene mellom Ullevål og Gaustad vil det være naturlig å starte med utbygging på Rikshospitalet, for så å gjennomføre en utbygging på Ullevål. Startfasen for en utbygging på Gaustad i en delt løsning kan utformes likt første etappe i etappeplan for en samlet løsning på «Gaustad Sør». Dette gir en del valgmuligheter og stor fleksibilitet for gjennomføring av prosjektet.

## 6.10 Byutvikling

### 6.10.1 Bakgrunn

Av mandatet for idéfasen fremgår det at man ved siden av sykehusets primære behov, også skal utrede de muligheter som et nytt sykehus vil skape for Oslo kommune, UiO og andre. Dette for å synliggjøre det samlede potensial for verdiskaping innen pasient-

behandling, utdanning, forskning, byutvikling og næringsutvikling. Videre skal potensialet som ligger i å utvikle frigjorte arealer i Oslo, Asker og Bærum belyses.

En del av samfunns målet for OUS er å «utvikle Campus Oslo sammen med UiO, Oslo kommune, næringsliv og andre aktører i et samfunnsøkonomisk perspektiv og som et internasjonalt senter for livsvitenskap». Med dette som utgangspunkt er det utredet hvordan sykehuset skal samvirke med sine omgivelser, og hvordan dette kan gi gevinster ut over sykehusvirksomheten.

Ved samling av sykehusets virksomhet står man i et byutviklingsperspektiv overfor to oppgaver:

- 1 Utvikling av det fremtidige sykehusets nærrområder og randsoner.
- 2 Utvikling av frigitte sykehusområder.

### 6.10.2 Kommuneplanens krav til byutvikling

Utkast til kommuneplan for Oslo, Oslo mot 2030, fokuserer på satsningsområdene smart, trygg og grønn. Innenfor hvert av disse aspektene er det definert en rekke mål for utvikling av byen. Flere av målene gir retning både for den planleggingen som skal gjennomføres av OUS innenfor sykehusområder med randsoner og på frigitte sykehusomter.

I kommuneplanene stadfestes: «Antatt befolkningsvekst tilsier behov for inntil 100 000 nye boliger og 6–7 mill. kvm næring innen 2030. Kommuneplanen skal tilrettelegge for denne veksten, basert på prinsipper for samordnet areal- og transportplanlegging. Kommuneplanen skal stimulere til vekst og utvikling av områder med god kollektivtilgjengelighet. I tillegg til generell, løpende fortetting i indre og ytre by, skal det tilrettelegges for at sentrale utviklingsområder utvikles arealeffektivt og som gode byområder. Dette forutsetter også

Det er en forutsetning at utbyggingen skal gjennomføres i etapper. De aktuelle løsningsalternativene er forskjellige med hensyn til muligheten for etappevis utbygging.

Etablering av en god byplanstruktur er utgangspunktet for utvikling av et nytt stort sykehusområde.

at det avsettes areal til nødvendig sosial, teknisk, grønn og kulturell infrastruktur samt idrettshaller/-anlegg.»

### 6.10.3 Utvikling av det fremtidige sykehusets nærområder og randsoner

Følgende hovedaspekter er lagt til grunn i planene for utvikling av sykehusets nær-områder og randsoner:

- 1 Mangfold og bærekraft.
- 2 Kunnskapsutvikling, innovasjon og næringsutvikling.
- 3 Ivaretagelse av miljøutfordringer.

### 6.10.4 Mangfold og bærekraft

En sykehusutbygging av stort omfang gir grunnlag for en byutvikling som tar inn i seg alle elementer som kreves for å skape en bærekraftig bydel. Det store antall personer som vil bli tilknyttet sykehuset ved en samling av OUS sin virksomhet; pasienter, pårørende, ansatte og studenter, representerer en unik konsentrasjon av mennesker med bredt behov for tjenester og produkter. Sykehusområdet utgjør således en mulighet for unik byutvikling og en potensiell arena av betydelig omfang for næringsutvikling.

Etablering av en god byplanstruktur er utgangspunktet for utvikling av et nytt stort sykehusområde. Strukturen må utvikles med tanke på gode siktlinjer, ryddige kvartalsstrukturer og effektive transportkorridorer. I denne strukturen planlegges så sykehuset og den øvrige bebyggelse som skal etableres. Målet er å skape et levende byrom i det aktuelle området. Dagens situasjon på Blindern, Gaustad og Ullevål-området er at det er tilnærmet tomt for folk utenfor normal arbeidstid. På dagtid er områdene i all hovedsak besøkt av personer på vei til eller fra jobb, skole eller behandling. Det finnes ingen arenaer for adspredelse, intellektuell aktivitet eller sosialt samkvem og heller ikke

kommersielt tilbud av noe omfang. En avgjørende faktor for å unngå pasifiserte arealer er å etablere en blanding av boliger og variert næringsvirksom. Dersom sykehusområdet skal være en aktiv bydel på dag- og kveldstid, hverdager og helger, må det etableres variasjon i funksjoner som tiltrekker seg personer med forskjellige behov og interesser. En levende bydel vil i stor grad kreve at det etableres funksjoner ut over sykehusets virksomhet.

Nøkkelen til et vitalt bymiljø er at det bor folk i området og at det etableres aktivitetstilbud mellom husene, der husene er bygget med flerbruksmuligheter. Bygningsmassen må være robust med tanke på omlegging og fleksibilitet i forhold til anvendelse og ekspansjonsmuligheter. Byrommet skal fungere og være levende i alle årstider, også om vinteren.

Det bør legges opp til en kompakt bydel med høy tomteutnyttelse innenfor de retningslinjer som kommunen gir. Samtidig må bygningsmassen fremstå som åpen mot bebyggelsen rundt.

Sykehusområdet bør utformes med allmenne kvaliteter som skiller seg vesentlig fra andre bydeler. Man bør søke å gi området et særpreg og egen profil. Gaustad-området har en attraksjon, nemlig Gaustad sykehus, som bør fremheves i en slik sammenheng. Med en unik bygningsmasse og beliggenhet i et parkområde, vil Gaustad sykehus kunne utvikles til et midtpunkt og samlingssted i en ny bydel, med et variert opplevelsestilbud.

### 6.10.5 Kunnskapsutvikling, innovasjon og næringsutvikling

Tett samhandling mellom OUS, UiO og næringslivet i planleggingen av Gaustad-området er nøkkelen til å kunne utvikle en bydel tilrettelagt for kunnskapsutvikling, innovasjon og næringsutvikling. Kun ved å samordne sykehusets og universitetets

En levende bydel vil i stor grad kreve at det etableres funksjoner ut over sykehusets virksomhet.

planer vil det være mulig å få full effekt av den unike muligheten for samhandling ved utvikling av Campus Oslo.

Et hovedtema i kommuneplanen for 2030 er hvordan Oslo skal videreutvikles som kunnskapsby. Her har OUS sammen med UiO et særskilt ansvar og en enestående mulighet for å legge til rette for kommunens ambisjon om etablering av kunnskapsinstitusjoner på høyt internasjonalt nivå.

Nya Karolinska Sjukhuset i Stockholm representerer på mange måter et forbilde i denne sammenheng. Her utvikles Haga-staden («Stockholm Life») parallelt med byggingen av sykehuset, hvor sykehus, universitet, næringsutvikling og byutvikling ses på som en helhet.

For å lykkes med innovasjon og næringsutvikling med grunnlag i sykehusets virksomhet, må det settes av arealer i sykehusets randsone der bedrifter kan etableres og utvikle seg i samkvem med sykehus og universitet. Dette vil omfatte areal for kontorer, laboratorier og produksjonsformål.

#### 6.10.6 Miljøet vektlegges

Et viktig element for å ivareta miljøaspektet er å opprettholde og styrke grønne korridorer som binder sjøen og marka sammen. Dette er av særlig betydning i Gaustad-området, der riktig arealdisponering vil kunne utvide en sammenhengende grønn forbindelse mellom Frognerparken og marka. Dette aspektet er tillagt stor vekt i forslagene til utforming av området, bl.a. ved at det foreslås alternative traséer der etablerte turveier berøres av utbyggingen-foreslått.

Belastningen fra gjennomgående biltrafikk skal minimeres ved å etablere effektive kommunikasjonsveier i området, både i retning nord-sør og øst-vest. Gaustad-området er i dag utsatt for stor miljøbelastning ved at

Ring 3 krysser området. For å avhjelpe dette er det nødvendig med omfattende tiltak.

Viktig er også tilgangen til offentlig kommunikasjon og etablering av kollektive knutepunkter. Med flere titalls tusen personer som daglig vil reise inn og ut av området i arbeidssammenheng, må det tilrettelegges for effektive løsninger med stor kapasitet. Både T-bane og trikk må etableres med korte avstander, både for overgang mellom transportmidlene og mellom stoppesteder og arbeidsplasser. Det må etableres trygge holdeplassområder med god fremkommelighet for gående og andre trafikanter. For utbyggingen ved Rikshospitalet er det derfor utredet at det med Ringveien i tunnel vil være mulig å oppgradere Holmenkollbanen (T-bane-linje 1) til dagens tekniske krav ved å legge traséen mellom Vinderen og Slemdal under bakken. Dette muliggjør en linjeføring med svingradier for moderne T-bane-togsett og at Gaustad stasjon kan legges under bakken og nær Rikshospitalet.

Kommunen har en ambisjon om at veksten i persontransport skal ivaretas gjennom kollektivtrafikk, sykling og gange. Derfor blir investering i gode gang- og sykkelveier særlig viktig for dette området. Flytting av Holmenkollbanen under bakken vil for eksempel åpne opp for etablering av en ny sykkel-ekspres vei fra Majorstuen til Slemdal på dagens T-bane-trasé.

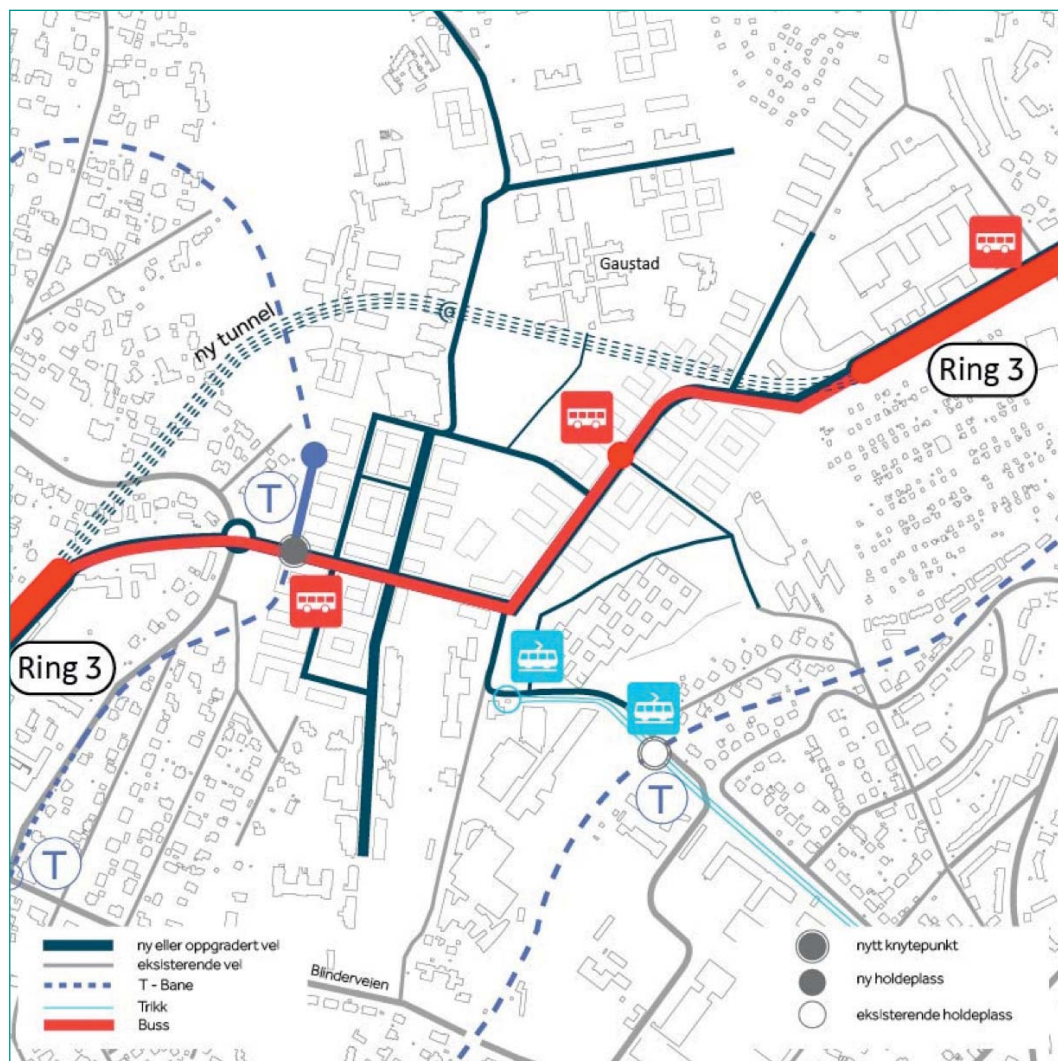
Med høye miljøambisjoner og med tanke på kommuneplanen, er OUS i samtaler med Future Built. Målet er å inngå en samarbeidsavtale for den videre utvikling av prosjektet (utkast til avtale foreligger). Future Built er et samarbeidsprosjekt mellom flere kommuner (deriblant Oslo), kommunal- og moderniseringsdepartementet, Norske arkitekters landsforbund, Husbanken, Grønn Byggallianse, Direktoratet for byggekvallitet, Enova og Transnova. Future Built's visjon er å vise at det er mulig å utvikle klimanøytrale byområder og arkitektur med høy kvalitet og

Sykehusområdet bør utformes med allmenne kvaliteter som skiller seg vesentlig fra andre bydeler.

Et hovedtema i kommuneplanen for 2030 er hvordan Oslo skal videreutvikles som kunnskapsby.

Et viktig element for å ivareta miljøaspektet er å opprettholde og styrke grønne korridorer som binder sjøen og marka sammen.

Figur 55  
Mulig tilknytning av  
Gaustad-området til  
kollektivtrafikk og  
offentlig veinett.



godt bymiljø. Målet er å kunne realisere for-  
bildeprosjekter, både områder og enkeltbygg,  
med lavest mulig klimagassutslipp.

### 6.10.7 Hvor egnet er løsningene for å ivareta ønsket byutvikling?

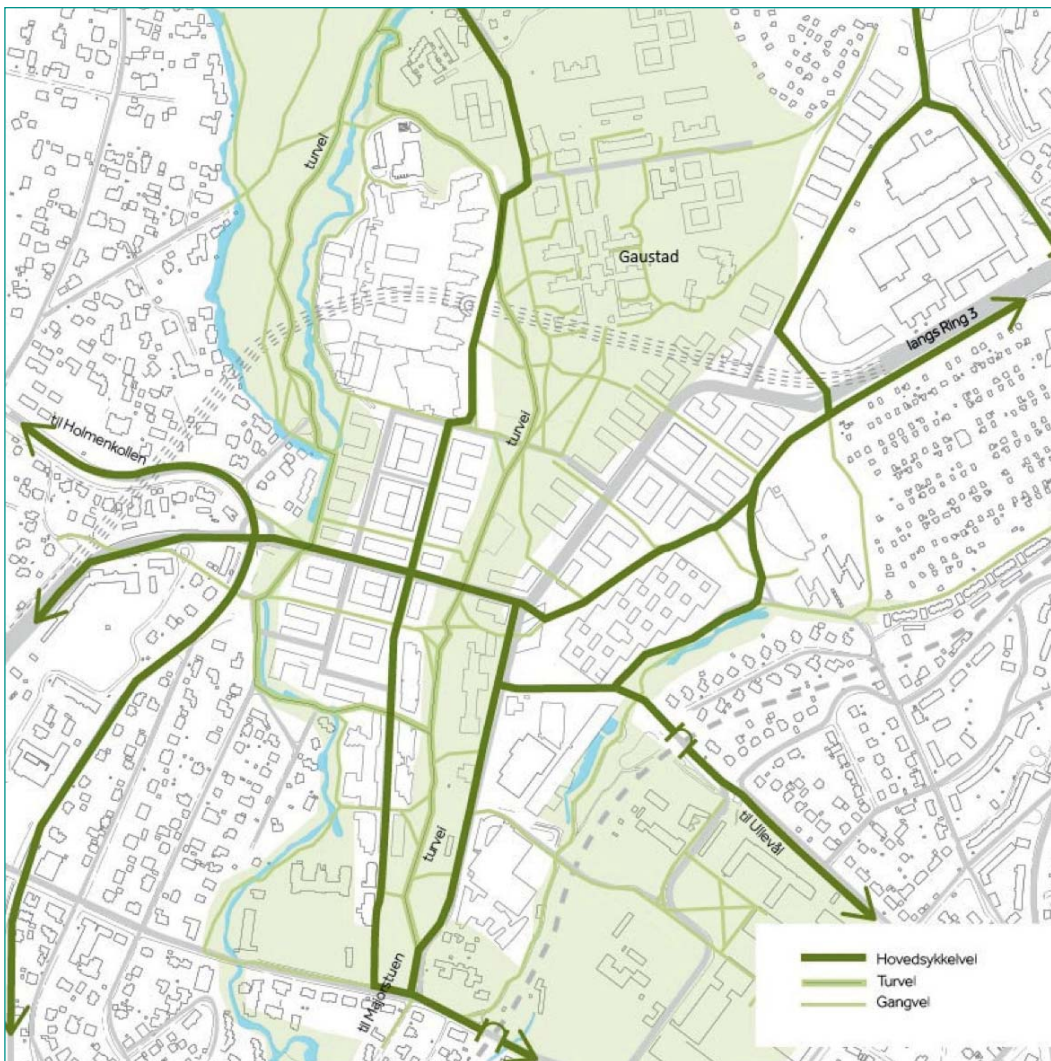
#### 6.10.7.1 Løsning «Gaustad Øst»- Samling på Gaustad med nybygg øst for Rikshospitalet

Dette alternativet samler sykehuset på Riks-  
hospitalet, nord for Gaustad sykehus, og på  
tomten for Sogn videregående skole. Det gir  
svært begrenset bidrag til en ønsket by-  
utvikling. Når det gjelder kollektivdekning  
kommer dette alternativet miljømessig godt  
ut, da T-banen når sykehuset fra vest ved Gau-  
stad stasjon og fra øst ved Ullevål Stadion.

Utbyggingen vil imidlertid bli konsentrert på  
et lite og sterkt utnyttet område tett ved Ring  
3. Plassering og tomtens størrelse bidrar i  
liten grad til integrering av byfunksjoner i  
sykehusstrukturen. Det nye sykehuset vil  
derfor i stor grad framstå som ett stort an-  
legg

#### 6.10.7.2 Løsning "Gaustad Sør" - Samling på Gaustad med nybygg sørover og tunnel

Dette alternativet gir det største potensialet  
og bidraget til ønsket byutvikling. Ved at Ring  
3 legges i tunnel vil store tomteområder fri-  
gjøres og byen vil bli knyttet til de mest  
brukte områdene i marka gjennom grønt-  
områder som går helt fra Skøyen via Frog-  
nerparken og Gaustad-området.



Figur 56  
Mulig tilknytning av  
Gaustad-området med  
sykkelveier, gangveier og  
turstier.

De nye tomteområdene gjør at sykehus, universitet, næringsliv, skoler, barnehager og boliger kan utvikles i det som vil framstå som en ny bydel i Oslo. Når det gjelder kollektivdekning kommer dette alternativet miljømessig godt ut, da T-banen når sykehuset fra vest ved Gaustad stasjon. I tillegg er det tilgang til trikk.

### 6.10.7.3 Løsning "Samling Ullevål" - med hensyn til fredete bygg

En samlet utbygging ved Ullevål sykehus vil fylle tomten med sykehusfunksjoner og bidra lite i forhold til byutvikling. Ullevål er ikke et høyfrekvent kollektivknutepunkt og en samling av så mange arbeidsplasser her, vil i seg selv være et negativt bidrag til miljø- og byutviklingen.

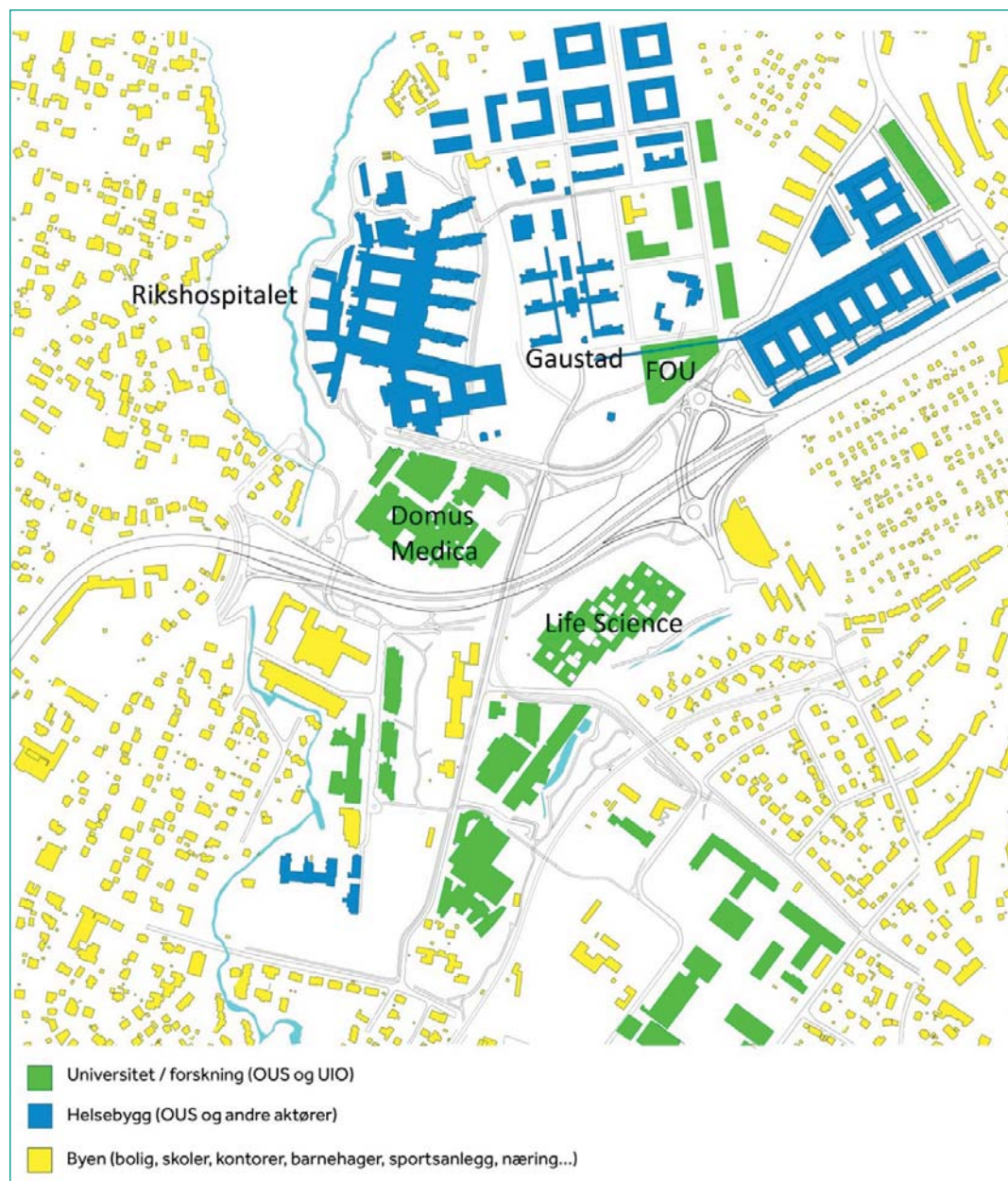
### 6.10.7.4 Samlet vurdering av ivaretagelse av byutvikling

De løsningene som samler aktiviteten ved Rikshospitalet vil indirekte bidra til en omfattende byutvikling gjennom at Ullevål sykehus frigis til byutvikling.

De beskrevne alternativene for utbygging på Gaustad er imidlertid svært forskjellige med hensyn til hvor godt egnet de er for å ivareta ønsket byutvikling.

Ingen av løsningene med delvis utbygging på Ullevål og Gaustad gir et ønsket bidrag til byutvikling. Ullevål sykehus vil bare delvis bli frigjort. Ved Gaustad vil prosjektet framstå som en utvidelse av Rikshospitalet uten særlig bidrag til en ønsket byutvikling i dette området.

Figur 57  
Byutvikling i løsnings  
«Gaustad Øst».



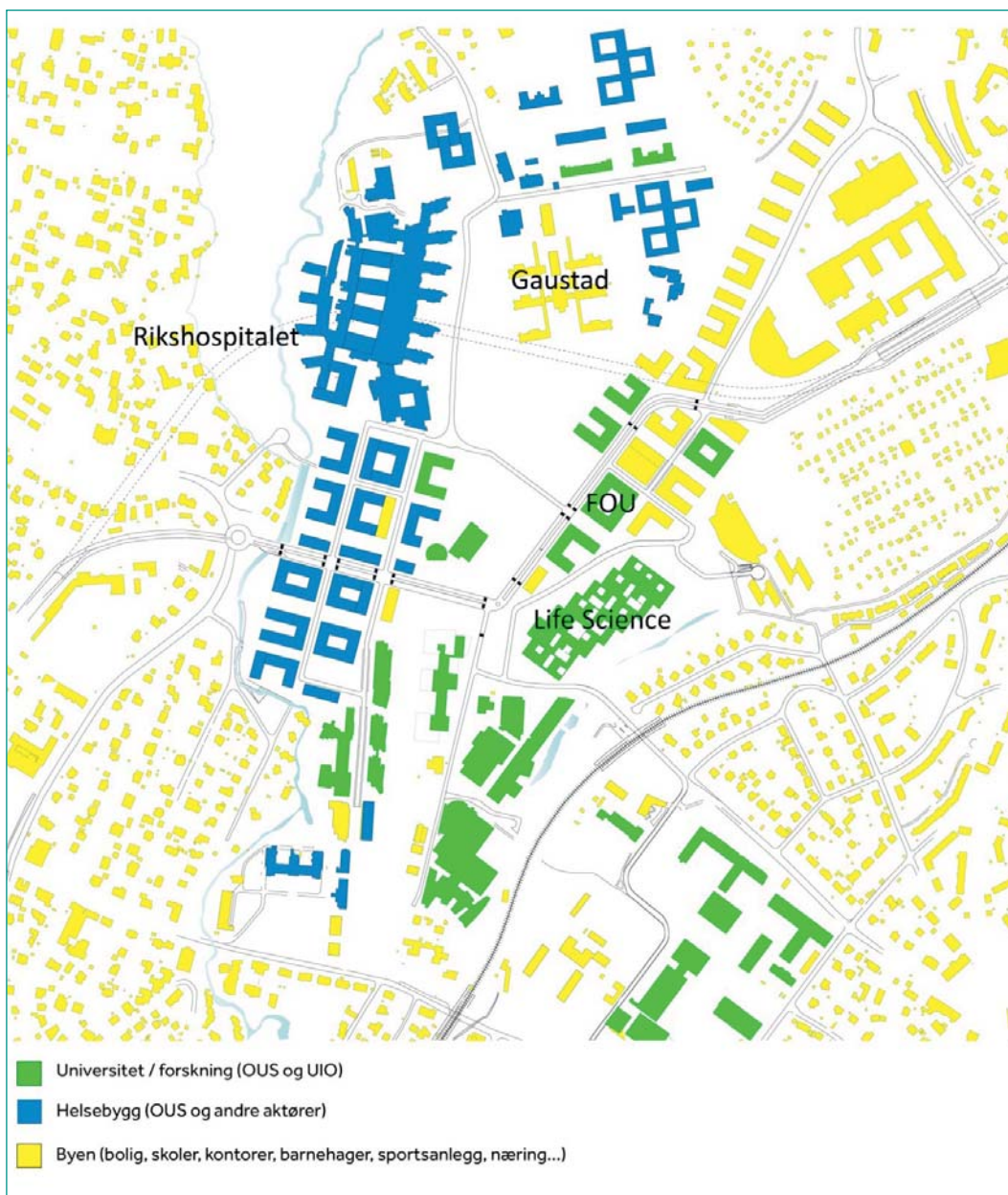
### 6.11 Utvikling av frigitte sykehusområder

Ved samling av sykehusets virksomhet vil flere av eiendommene som eies av OUS kunne avhendes. Avhendede eiendommer vil kunne frigjøre kapital som kan bidra til å finansiere en utbygging.

Ved samling på Gaustad vil salg av tomtene som huser Ullevål sykehus, Radiumhospitalet, BUPA (Sognsvannsveien) og Spesialsykehuset for epilepsi samt eventuelt deler

av Aker sykehus, kunne bidra betydelig til finansieringen. Ved delt løsning mellom Rikshospitalet og Ullevål vil eiendomssalget gi et vesentlig mindre bidrag.

Dersom verdibegrepet utvides til å gjelde verdi for byens utvikling, vil en fraflytting av store sykehusarealer åpne betydelige muligheter for byutvikling i Oslo. Det er i vedlegg 19 beskrevet og illustrert idéer til hvordan de største eiendommene kan utvikles dersom sykehusvirksomheten helt eller delvis blir avviklet.



Figur 58  
Byutvikling i løsning  
"Gaustad Sør».

Generelt vil alle de undersøkte løsningene skape muligheter for byutvikling på deler av Aker sykehus og Montebello. Begge steder er det betydelig potensial for en bærekraftig, variert og effektiv videreutvikling ved å åpne dagens stengte områder og knytte dem til den omkringliggende bystrukturen.

Ved en samling på Gaustad vil i tillegg en full fraflytting fra Ullevål åpne for en formidabel byutvikling sentralt i Oslo. En studie som ble utarbeidet i forbindelse med prosjektarbeidet, viser at sykehusområdet på Ullevål

er attraktiv på grunn av sin sentrale beliggenhet mellom ettertraktete bo-områder og Oslo sentrum. Den karakteristiske og representative historiske sykehusbebyggelsen gir tomten en identitet.

Ullevål sykehus vil kunne transformeres til en ny bydel med svært mange boliger. De tidligere sykehusbyggene med sine karakteristiske stripete teglfasader vil gi området et særpreg. Det foreslås å beholde paviljongbyggene og etablere en park mellom dem. Bislettbekken, som krysser tomten, kan del-



Figur 59  
Byutvikling i løsnings-  
"Samling Ullevål".



vis hentes til overflaten. Nærings-, undervisnings- og idrettsfunksjoner bør orienteres mot Ring 2.

Tomten bør knyttes til omkringliggende veinett og gjøres til en del av byen. Deler av den eksisterende bygningsmassen vil egne seg for kommunale funksjoner, som sykehjem og for studentboliger. Det kan bli en utfordring å finne gode bruksområder for enkelte av de eldste vernede bygningene.

Utbyggingspotensialet for tomten er stort og

Oslos kommuneplan legger opp til en høy tetthet. Selv om anslått bruksareal i studien tilsvarer omtrent nødvendig bygningsmasse for et samlet OUS, vil bebyggelsen med en blanding av boliger, næring og infrastruktur framstå som vesentlig mindre massiv enn et samlet universitetssykehus på Ullevål. Ved å anvende tomten til boligformål kanden utnyttes med en bedre fordeling av bygningsmassen, etasjehøyden kan være lavere og bygningene kan deles opp i mindre enheter. En samling av OUS på Ullevål ville medføre flere ulemper. Ved eventuell samling på



Figur 60  
Mulighet for utvikling  
av sykehusomtten  
på Ullevål.

Ullevål vil det neppe være aktuelt å frigi Rikshospitalet før det er brukt levetiden ut, dvs. om flere ti-år. Gaustad-området har ikke de samme utviklingskvalitetene som tomten på Ullevål, selv om Gaustad sykehus ville kunne utvikles, for eksempel som kultursenter, til glede for byens borgere. Ensemblet rundt Gaustad sykehus sine vernede bygg og Ringveien vil imidlertid begrense boligutviklingen. Dessuten er utviklingsmulighetene for den store strukturen «Rikshospitalet» svært begrenset.

Omvendt må derfor en utvikling av Ullevål sykehus til et attraktivt bo-område i samspill med etablering av en kunnskapsby på Gaustad med Ringveien i tunnel, anses som en unik vinn-vinn-situasjon for byutviklingen i Oslo. Utviklingen her gir mulighet for å skape mer verdier enn alle de andre undersøkte lokaliseringmulighetene.



## Sammendrag

I dette kapitlet beskrives 0-alternativet, dvs. hvilke tiltak som må gjøres på kort og litt lengre sikt for at Oslo universitetssykehus (OUS) skal kunne drives videre i eksisterende sykehusbygg.

En stor del av byggene ved OUS er i dag i så dårlig teknisk tilstand at det er reell fare for at de må fraflyttes. Disse bygningene har akutte behov for utbedringer som må gjennomføres på kort sikt for å holde bygningene i drift i 5-10 år til. I 0-alternativet vil ca 770 000 kvm av et totalt OUS-areal på 900 000 kvm trenge teknisk oppgradering eller ombygging fram mot 2030-40. 0-alternativet må derfor betraktes som et utsettelsesalternativ som krever omfattende reinvestering etter 2030.

Det legges til grunn at dagens arealer kan møte dagens aktivitetsnivå, og at all aktivitetsøkning fram mot 2030 skal dekkes gjennom nybygg. I 0-alternativet foreslås om lag 127 000 kvm til nybygg bl.a. for å møte befolkningsveksten.

0-alternativet skiller seg fra de øvrige alternativene ved at langt mer areal benyttes i framtiden, i bygninger som gir lavere arealutnyttelse enn man vil få i nybygg. 0-alternativet tilfredsstiller heller ikke samfunnets forventning til kvalitet på pasientbehandling og fremmer ikke ansattes ytelse. For eksempel vil pasienter fortsatt måtte tilbys flersengsrom og rom uten egne bad. Gammel infrastruktur og teknologiske begrensninger vil dessuten gjøre det vanskelig å utnytte det potensial som ligger i den medisinske utviklingen og i nye IKT-løsninger.

### 7.1 Hva er 0-alternativet?

Idéfaseutredningens mandat beskriver 0-alternativet slik:

*Nullalternativet skal vise konsekvenser av å opprettholde akseptabel ytelse for virksomheten og byggene over byggenes resterende levetid med minst mulig kostnader.*

*Nullalternativet skal fremstilles sammenlignbart med de øvrige alternativene når det gjelder planhorisont og hvilke konsekvenser det har for investeringer og drift.*

For OUS betyr dette at virksomheten må drives videre i eksisterende sykehus med unntak av eventuelle bygg som allerede er besluttet fraflyttet.

Videreføring av virksomhet i eksisterende bygg krever tiltak i to dimensjoner:

- Hva må gjøres av tiltak inntil nybygg er på plass?
- Hva må gjøres av tiltak ved langsiktig fortsatt bruk av eksisterende bygningsmasse. Tiltakene tar høyde for fortsatt bruk av eksisterende bygningsmasse i planperiodens tidsperspektiv 2030 og inntil anslagsvis ti år lengre. Noen bygninger har egenskaper som tilsier lengre levetid, mens de fleste bygninger ikke vil kunne tilpasses behovet i et moderne og fremtidsrettet sykehus.

0-alternativet er derfor å betrakte som et utsettelsesalternativ, som krever omfattende reinvestering etter 2030.

I det følgende beskrives bare nødvendige tiltak i et langsiktig perspektiv.

**0-alternativet må betraktes som et utsettelsesalternativ som krever omfattende reinvestering etter 2030.**

Gjennomføring av 0-alternativet innebærer at bygningsmassen må:

- Oppgraderes teknisk i henhold til lover og regler.
- Ombygges der dagens lokaler er vurdert spesielt dårlig egnet for medisinske virksomhet.
- Utvides i form av nybygg/påbygg for å møte økt aktivitetsbehov i framtiden (2030).

Omfanget av ombygging er å anse som nøkternt. En betydelig andel av bygningsmassen har en funksjonell standard som er langt under det man forventer av et moderne sykehus, og behovet for mer egnede lokaler er stort. Kostnadene ved omfattende ombygging i eldre, og til dels vernet, bygningsmasse vil imidlertid være svært kostnadskreven. Samtidig er muligheten for å oppnå gode funksjonelle og drifts-effektive løsninger begrenset av bygningenes eksisterende struktur. Størstedelen av bygningsmassen ved OUS har en rigid struktur som gir begrenset tilpasningsevne. I et kost/nytte perspektiv blir derfor nybygg fort et reelt alternativ til tung ombygging. Det er derfor valgt å legge omfanget av ombygging på et minimumsnivå. Dette innebærer at 0-alternativet har et betydelig lavere ambisjonsnivå mht. funksjonell standard enn de øvrige alternativene, og at det heller ikke vil være mulig å oppnå de samme positive effekter. Verken kvalitativt eller driftsøkonomisk vil derfor 0-alternativet være sammenlignbart med øvrige alternativer.

Nærmere beskrivelse av tiltakene i 0-alternativet og hva man oppnår med dem er gitt i kapittel 8.3.

## 7.2 Referanse til offentlige veiledere og vedtak

0-alternativet skal vise hva som blir konsekvensen ved bruk av eksisterende bygningsmasse hvis investering i nytt sykehus ikke gjennomføres. Krav til utredning av 0-alternativet er definert i blant annet følgende dokumenter:

- Finansdepartementets veileder nr. 8 datert 28.4.2010 hvor det står at 0-alternativet skal:  
*Ta utgangspunkt i dagens konsept/løsning. Fremtidig behovstilfredsstillelse skal ikke bli dårligere enn på beslutningstidspunktet og inkludere ordinært vedlikehold som:*
  - *korrigerende vedlikehold (reparasjoner av feil, skifte av ødelagte deler)*
  - *forebyggende vedlikehold (periodisk vedlikehold).*
- Helsedirektoratets veileder, utgitt 12/2011 kapittel 4.4, hvor det står at:  
*0-alternativet skal vise krav til kostnads-optimal utvikling av bygget for å opprettholde akseptabel ytelse for virksomheten over byggets resterende levetid. Dette er den aktuelle og relevante løsningen hvis investeringsprosjektet ikke kan gjennomføres.*

## 7.3 Beskrivelse av tiltak i 0-alternativet

Omfanget av ombygging er holdt på et nøkternt nivå. For arealer som ikke bygges om, er det forutsatt samme funksjonelle standard som i dag med hensyn til arealstørrelse, antall senger per pasientrom, våtromsdekning, antall rom for støttefunksjoner etc. En betydelig andel av lokalene vil dermed fortsatt ha mangler i forhold til behov og den standard man ville lagt til grunn i et nybygg. Dette betyr for eksempel at OUS vil måtte tilby pasienter og pårørende

0-alternativet innebærer at pasienter og pårørende tilbys flersengsrom og rom uten egne bad. Dette tilfredsstillende ikke samfunnets forventning til kvalitet og fremmer heller ikke ansattes ytelse.

flersensrom og rom uten egne bad, noe som verken vil tilfredsstillende samfunnets forventning til kvalitet på pasientbehandling i sykehus eller bidra til å fremme ansattes ytelse. Gammel infrastruktur og teknologiske begrensninger vil dessuten gjøre det mer komplisert å utnytte det potensial som ligger i den medisinske utviklingen, ny medisinsk teknologi og nye IKT-løsninger.

Utbedring i form av pålegg fra tilsynsmyndigheter forutsettes gjennomført. OUS har utarbeidet planer for å ivareta slike pålegg, særlig når det gjelder arbeidsmiljø, brannsikring og el-forsyning. 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 behøve teknisk oppgradering eller ombygging.

Teknisk oppgradering eller ombygging mens sykehuset er i drift vil by på utfordringer. Støy, vibrasjoner og forurensning fra arbeidene vil kunne gi dårligere forhold for pasientbehandling og lavere produktivitet. Det vil også være behov for rokeringsarealer i tilfeller der byggearbeidet har stort omfang eller ikke kan gjennomføres med sykehusdrift i lokalene. Byggearbeider mens sykehuset er i drift vil i tillegg medføre behov for strengere HMS-tiltak som kan begrense adgang, tilgjengelighet og effektivitet.

### 7.3.1 Arealer i 0-alternativet

I 0-alternativet forutsettes det at dagens arealer kan yte kapasitet tilsvarende dagens aktivitetsnivå, og at all aktivitetsøkning fram mot 2030 skal dekket gjennom arealutvidelser i form av nybygg. OUS leier i dag en rekke lokaler, noe som forutsettes videreført i 0-alternativet. Det innebærer at ingen leide arealer erstattes av nybygg.

Alle bygg som ikke benyttes til «sykehusformål» og dermed ikke representerer funksjonsareal eller tilhørende tekniske arealer, og som heller ikke kommer til å benyttes til sykehusformål i framtiden, er ikke tatt med. Basert på denne forutsetningen er følgende bygningstyper ikke inkludert som funksjonsareal:

- Barnehager planlegges solgt og skal ikke drives i regi av OUS i framtiden
- Boliger (uten pasientaktivitet)
- Garasjer i egne bygg under 500 kvm tas ut. Større parkeringsanlegg er medtatt
- Enkeltstående lagerbygninger
- Verksteder (enkeltstående, mindre bygg)
- Stabbur, fjøs, låver mv.
- Nødstrømstasjoner (vil inngå i tekniske rom ved nybygg)
- Museum – de fleste er underlagt fredning/vernestatus
- Videre er bygninger som benyttes av følgende virksomheter utelatt, da disse er like i alle alternativ:
- Ambulansestasjoner
- Distriktpspsykiatriske sentre (DPS)

0-alternativet skiller seg fra de øvrige alternativene ved at vesentlig mer av eksisterende areal vil bli benyttet i framtiden, i bygninger som gir lavere arealutnyttelse enn man ville få i nybygg.

Arealbruken i 2030 som legges til grunn i 0-alternativet sett opp mot dagens situasjon er vist i tabellen på neste side.

0-alternativet skiller seg fra de øvrige alternativene ved at vesentlig mer areal benyttes i framtiden, i bygninger som gir lavere arealutnyttelse enn man vil få i nybygg.

Teknisk oppgradering eller ombygging mens sykehuset er i drift vil by på utfordringer.

Tabell 35  
Dagens arealer.

Arealfordeling (kvadratmeter)	Dagens situasjon	0-Alternativet	Kommentar
Nybygg	-	119.000	Aktivitetsøkning i nybygg somatikk og psykiatri, FOU, erstatning av avhendet bygg D ved Radiumhosp, samt rokeringsbygg
Rikshospitalet	176 000	176 000	
Ullevål (inkl. Sognsvannsveien)	285 600	282 000	Bygg 46 utgår
Radiumhospitalet	110 500	97 000	Bygg D, E, G og H rives. Inngås leie OCCI (virksomheten i bygg G og H)
SSE	17 600	18 300	Midlertidig modulbygg utgår
Aker	94 000	71 200	Virksomhet i bygg 26 og 27 flyttes til hovedkompleks. Bygg 26,27,28,60 og 80 avhendes.
Gaustad	40 500	40 500	
Dikemark	75 500	35 500	Sikkerhetspsyk. skal inn i nybygg, øvrig virksomhet drives i 35 500 m2. Resten står tomt
Leie Forskningsveien	19 100	19 100	
Øvrige (ekskl. ambulansestasjoner og DPS)	32 600	37 500	Økningen tilsvarer leieareal i OCCI-bygget
<b>SUM</b>	<b>851 000</b>	<b>896 000</b>	
<b>Areal som ikke er medtatt</b>			
<i>Tekniske mellometasjer</i>			
Laboratoriebygg Ullevål og Rikshospitalet	39 300	39 300	
P-hus (Rikshospitalet og Ullevål)	46 300	46 300	
Distriktpsikiatriske sentre	17 200	17 200	
Ambulansestasjoner	13 800	13 800	
Øvrige ikke medtatt*	46 000	46 000	
<b>Sum ikke medtatt</b>	<b>162 600</b>	<b>162 600</b>	
<i>Eid areal (både medtatt og ikke medtatt)</i>	<i>938 650</i>		
<i>Leid areal (både medtatt og ikke medtatt)</i>	<i>76 600</i>		

(\*«Øvrige ikke medtatt» i tabellen er arealer som består av lager, verksteder, barnehager, boliger, garasjer mv.).

Til sammen 112 bygninger har vernestatus, hvorav 85 har verneklasse 1 fredning. Ved Gaustad og Dikemark sykehus har de fleste bygninger vernestatus.

I det følgende omtales bare de arealene som inngår i summen på 896 000 kvm i 0-alternativet (ca. 900 000 kvm). Dette vil være den framtidige situasjonen dersom nåværende bygninger og lokaliseringer i hovedsak opprettholdes, slik det i prinsippet vil være i 0-alternativet. På dette grunnlag framgår det at arealgevinsten i de øvrige alternativene vil være mellom 200 000 og 300 000 kvm sammenlignet med 0-alternativet.

### 7.3.2 Nybygg i 0-alternativet

Det er lagt til grunn 77 000 kvm nybygg pga. vekst (inkl. integrerte arealer for forskning og utdanning), 9 500 kvm nybygg knyttet til Regional sikkerhetspsykiatri, 20 000 kvm ekstra bygg til FoU samt 20 000 kvm rokeringsbygg. Rokeringsbygg er imidlertid regnet med et tillegg på 10.000 kvm da resten forventes å bidra til å dekke nybyggbehovet fra 2030 gjennom da å bli tatt i permanent bruk. Lokalisering av nybyggarealet er ikke konkretisert. Oppføring av permanent(e) nybygg i tillegg til 20 000 kvm rokeringsbygg tidlig i perioden er en forutsetning for å kunne tømme virksomhet fra bygg som skal oppgraderes/ombygges.

### 7.3.3 Planer for teknisk rehabilitering og oppgradering

I et langsiktig perspektiv må man forutsette teknisk oppgradering til et akseptabelt, men likevel nøkternt nivå.

En betydelig andel av bygningsmassen er i så dårlig teknisk tilstand at det er reell fare for havari, noe som vil medføre driftstans eller stengning av hele eller deler av bygninger. Disse bygningene har akutte behov for utbedringer som må gjennomføres på kort sikt for å holde bygningene i drift i 5-10 år. Disse investeringene må tas så tidlig i perioden

som mulig om de skal ha effekt. Omfanget av behovet for utbedringer vil avhenge av tidsperspektivet for fortsatt bruk av bygningen. Dette forholdet er det tatt hensyn til i kostnadsestimatet for de ulike alternativene i idéfaseutredningen. Eksempelvis vil bygg som planlegges revet eller solgt være gjenstand for et minimum med tiltak, mens bygg som skal videreføres oppgraderes med tanke på langsiktig verdibevaring.

Kostnadsestimatene er basert på følgende:

- Nyere forskriftskrav legges ikke til grunn med mindre det er snakk om større ombygginger og/eller bruksendringer som normalt vil defineres som hovedombygging og utløse nye forskriftskrav (TEK10).
- For en del av bygningene vil nødvendige tiltak, i form av både teknisk oppgradering og funksjonelle tilpasninger, bli så omfattende at det vil kunne utløse såkalt hovedombygging iht plan- og bygningsloven. I kostnadsestimatene er det derfor gjort et generelt påslag på 10 % på multiMap-estimatene for å ta høyde for at TEK10-krav gjøres gjeldende der det er praktisk gjennomførbart, og der bygningene forutsettes videreført i et langsiktig perspektiv. Det er ikke gjort en detaljert vurdering av enkeltbygninger i denne fasen fordi det ikke er kjent hvilke bygg som vil omfattes av kravene og i hvilket omfang.
- Det er ikke tatt høyde for full tilrettelegging for universell utforming. Det innebærer at dagens standard videreføres der det ikke gjennomføres større ombygging eller bruksendring.
- For bygg som planlegges avhendet innen 10-15 år, er kun punktutbedringer av klimaskall (tak, vinduer, fasade, drenering) lagt til grunn, og da kun i

I 0-alternativet vil om lag 770 000 kvm av et totalt OUS-areal på ca 900 000 kvm, trenge teknisk oppgradering eller ombygging.

En stor del av byggene ved OUS er i dag i så dårlig teknisk tilstand at det er reell fare for at de må fralyttes.



Oppgradering og ombygging mens sykehuset er i drift gir behov for omrokeringsarealer slik at aktiviteten kan opprettholdes.

Det er planlagt 20 000 kvm rokeringsarealer.

bygg der tilstanden på klimaskallet er svært dårlig (tilstandsgrad 3).

- En del av bygningene har vernestatus, og dette er hensyntatt i kostnadsestimatene.
- Bygningsintegrert utstyr som understøtter driften som f.eks. sikkerhetsbenker, autoklaver, sengevaskemaskin, rentvannsanlegg etc., er inkludert med oppgraderingskostnad i investeringsbehovet samt som utskiftningsbehov i FDVU-estimatene. Det er lagt inn 115 mill. kroner i investeringskostnad i 0-alternativet til dette formålet.
- Utbedring og vedlikehold av utendørs veier og plasser samt områdets tekniske infrastruktur (installasjoner som ligger utenfor og mellom byggene), er inkludert og lagt inn i 0-alternativet med ca. 800 mill. kroner samlet.
- Etter at bygninger som skal benyttes i et langsiktig perspektiv har vært gjenstand for teknisk oppgradering og/eller ombygging, forutsettes vedlikeholdskostnader på et nivå som tilsvarer verdibevarende vedlikehold.

Tiltaksbehov i eksisterende bygningsmasse i de ulike alternativene er nærmere beskrevet i vedlegg 4 "Økonomiske analyser – investeringer, driftsøkonomi og bæreevne".

### 7.3.4 Ombyggingsbehov

For 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 ny-

bygg; i lett, middels og tung ombygging (henholdsvis 25, 50 og 75% av nybyggkostnad).

Det er ikke vurdert behov for ombygginger som følge av eventuelle, framtidige organisatoriske omstillinger. I prinsipp er det forutsatt videreføring av dagens bruk av bygningene. Omfanget av ombygging i 0-alternativet er derfor å anse som nøkternt.

### 7.3.5 Gjennomføringskapasitet og behov for omrokeringsarealer

Oppgradering og ombygging mens sykehuset er i drift gir behov for omrokeringsarealer slik at aktiviteten kan opprettholdes. Det er planlagt 20 000 kvm rokeringsarealer som bør stå klar til bruk i løpet av 2016. Dette er lavere enn behovet som er anslått basert på investeringsvolumet. Med planlagt investeringsvolum pr år vil det være behov for rokeringsarealer allerede fra 2015. Behovet er anslått til å være mellom 20 000- 40 000 kvm for perioden fram til 2030, altså inntil 20 000 kvm mer enn det omrokeringsareal som er lagt inn i investeringsberegningen. Følgende tiltak kan bidra til å løse kapasitetsbehovet:

- Investeringsvolumet forskyves noe i tid
- Kapasiteten hos private stiftelser og tilgrensende helsef. benyttes i større grad
- Større omrokeringsarealer enn 20 000 kvm anskaffes på andre måter enn ved nybygg
- Aktivitetsnivået reduseres
- Det er muligheter for etablering av kontorarealer (80-100 kontor plasser) på Radiumhospitalet. I tillegg har Aker mindre arealer som kan benyttes til enkle funksjoner som kontor og poliklinikk. Disse vil likevel på langt nær være tilstrekkelig i forhold til estimert behov.

## 7.4 Beskrivelse av tiltak ved de ulike lokalisasjoner

### 7.4.1 Rikshospitalet

Ved Rikshospitalet forutsettes dagens virksomhet og dagens bygninger videreført med nødvendig teknisk oppgradering. Bygningene nærmer seg 15 år. Noen tekniske installasjoner har nådd og andre nærmer seg sin forventede tekniske levealder. Behov for utskiftning i de tekniske anleggene vil derfor øke de kommende årene. Det vil således være svært viktig å sikre et tilstrekkelig nivå for verdibevarende vedlikehold gjennom årlige investeringer i planperioden. Det er i 0-alternativet ikke tatt høyde for ombygginger ved Rikshospitalet, dvs. dagens løsning av arealer og rom videreføres.

0-alternativet vil ikke gjøre det mulig å samle regionsfunksjoner på Rikshospitalet.

Dublering av slike funksjoner på Rikshospitalet og Ullevål vil måtte opprettholdes.

### 7.4.2 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)
- Bygg D (poliklinikkbygget)
- Bygg G og H (laboratorie- og patologibygget)

Det forutsettes at det inngås leieavtale med Oslo Cancer Cluster Innovasjonspark (OCCI), som er under bygging, for å huse den virksomheten som i dag holder til i laboratorie- og patologibygget. Som erstatning for poliklinikkbygget forutsettes oppført et nytt bygg på tomten. Rehabilitering anslås å koste det samme som nybygg.

Med unntak av stråle- og forskningsbygget (bygg J og K), krever øvrige bygninger omfattende teknisk oppgradering og/eller ombygging. Også strålebygg og forskningsbygg vil behøve noe oppgradering. Det må oppføres et rokkadebygg på tomten slik at man får tømt virksomhet fra de lokaler som til enhver tid gjennomgår ombygging/oppgradering.

0-alternativet medfører at kreftbehandling i OUS fortsatt vil foregå ved så vel Ullevål, Rikshospitalet og Aker som ved Radiumhospitalet. Dette vil gi oppstykkede pasientforløp for store diagnosegrupper.

Omfanget av henholdsvis teknisk oppgradering og ombygging ved Radiumhospitalet fremgår av tabellen i kapittel 8.4.9.

### 7.4.3 Ullevål sykehus

Ullevål sykehus har en variert bygningsmasse, med stor spredning i både alder og tilstand. Mange av bygningene er eldre med omfattende behov for teknisk og funksjonell utbedring. En stor andel av bygningene har vernestatus. Noen steder er både bygninger og deler av tomten fredet.

Alle bygninger på Ullevål videreføres i 0-alternativet, unntatt bygg 46 som forutsettes revet. En betydelig andel har behov for ombygging, og alle har behov for teknisk oppgradering.

I 0-alternativet forutsettes tøyvaskeri og tekstilhåndtering opprettholdt som i dag. Deler av bygningsmassen på Ullevål byr på betydelige utfordringer for moderne og effektiv sykehusvirksomhet. Spredt bygningsmasse med flere mindre og vernede bygninger uten sammenheng, vanskeliggjør dessuten samarbeid om pasientbehandling på tvers av spesialiteter.

Omfang av henholdsvis teknisk oppgradering og ombygging ved Ullevål fremgår av tabellen i kapittel 7.4.9.

0-alternativet gjør det ikke mulig å samle regionsfunksjoner på Rikshospitalet.

I 0-alternativet vil kreftbehandling fortsatt foregå ved alle de tre lokalitetene Ullevål, Rikshospitalet og Radiumhospitalet.

Mange av dagens bygninger på Ullevål byr på store utfordringer for tverrfaglig samarbeid og moderne og effektiv pasientbehandling.

Dagens virksomhet ved Aker sykehus forutsettes videreført i 0-alternativet.

Ved SSE forutsettes virksomheten videreført i de bygninger som er i bruk i dag.

#### 7.4.4 Aker sykehus

Dagens virksomhet ved Aker sykehus forutsettes videreført, selv om det er vedtatt at urologisk døgnvirksomhet skal overføres til Ullevål og karkirurgisk døgnvirksomhet til Rikshospitalet. Det er planlagt for elektiv kirurgi og dagkirurgi samt 5-døgnspost på Aker. I 0-alternativet legges imidlertid likevel en videreføring av dagens virksomhet til grunn for beregninger knyttet til oppgradering og ombygging.

Området på Aker kan grovt deles i to; søndre og nordre del. På den søndre delen av området har OUS i dag kun virksomhet i bygg 26 og 27 (daghospital rehabilitering og geriatrisk poliklinikk). Disse enhetene forutsettes flyttet til hovedkomplekset i nordre del av området. Etter denne flyttingen vil bygningsmassen i sørdelen av området ikke lenger være i bruk av OUS, og forutsettes solgt eller utleid.

Bygningsmassen knyttet til hovedkomplekset i den nordre delen av området huser i dag i all hovedsak enheter tilhørende OUS, Oslo kommune og Sunnaas sykehus som inngår i Samhandlingsarena Aker. Helt i nord ligger flere mindre gårdsbygninger som er underlagt vern i verneklasse 1 og 2. Disse brukes i liten grad og huser ikke sykehusfunksjoner. Deler av ett bygg leies ut til cateringvirksomhet og en del areal benyttes til kontorer etc. Denne virksomheten forutsettes videreført i 0-alternativet.

De siste årene er det investert en del i tekniske og funksjonelle oppgraderinger ved Aker, og det foreligger planer om å opprettholde noe OUS-virksomhet samtidig som en utvikler Samhandlingsarena Aker. Eksisterende bygninger har i varierende grad behov for teknisk oppgradering og funksjonell ombygging (Tabellen i kapittel 8.4.9). Det er ikke forutsatt nybygg ved Aker.

#### 7.4.5 Spesialsykehuset for epilepsi (SSE)

Ved SSE forutsettes virksomheten videreført i de bygninger som er i bruk i dag. Her gjennomføres teknisk oppgradering der det er nødvendig, samt ombygging av ett bygg. Bygninger som står ubrukt vil ikke bli oppgradert. Det er ikke forutsatt utvidelse av arealene.

I dag benyttes et leid modulbygg på 670 kvm til pasientbehandling (ungdom og voksne) som erstatning for bygg G1 og G2 som er stengt av hensyn til brannsikkerhet. Det er ikke tatt høyde for investering i nybygg som erstatning for modulbygget selv om det er usikkert hvor lenge man kan opprettholde midlertidig brukstillatelse. Det er heller ikke medtatt kostnader til riving av bygninger selv om de står ubrukt.

#### 7.4.6 Gaustad

Dagens virksomhet forutsettes videreført i dagens bygningsmasse. Bygningsmassen består i all hovedsak av eldre bygninger, der de fleste har vernestatus og flere er fredet. Dette gjør at større endringer eller tilbygg vanskelig lar seg gjennomføre, med noen unntak.

Slik arkitektur og bygg fremstår i dag, er det utfordrende å utvikle en framtidrettet og moderne pasientbehandling/sykehusvirksomhet innen psykisk helse i disse lokalene. I den grad vernestatusen tillater det, forutsettes teknisk oppgradering av bygningene samt en del ombygging, særlig i døgnenhetene, for å oppnå bedre teknisk og funksjonell standard.

#### 7.4.7 Dikemark

Ved Dikemark er ca. halvparten av arealene i bruk, men arealutnyttelsen er lav og en del lokaler har kun sporadisk bruk som kontor/møterom o.l. Også her er mange av bygningene vernet eller fredet, noe som i stor grad forhindrer riving. Til sammen 30 av 32 bygg er fredet, hvorav syv både interiør- og eksteriørmessig. Tomtegrunn på 248 dekar er i sin helhet fredet med unntak av ca. 20 dekar.

Det er forutsatt at et nybygg må til for å huse sikkerhetspsykiatrien. Dette medfører at et bygg (Granli) vil bli tømt for virksomhet. Lokalisering av nybygget er ikke avklart. I 0-alternativet forutsettes øvrig virksomhet ved Dikemark videreført i dagens bygg. Det betyr at til sammen åtte bygg på totalt 35 200 kvm vil bli benyttet videre i 0-alternativet. Ca. 11 000 kvm forutsettes lett ombygget, resten får en teknisk oppgradering. Øvrig bygningsmasse vil bli stående tom eller leies ut. Investeringskostnader for dette er ikke inkludert, bortsett fra det som OUS har definert som akutte tiltaksbehov, og som er likt i alle alternativene.

0-alternativet medfører en fortsatt uønsket fragmentering av virksomheten innen psykisk helse, og gir mangelfulle muligheter for effektivisering av drift både med hensyn til personale og bygg. Situasjonen er spesielt alvorlig for virksomheten ved regional sikkerhetsavdeling (RSA) og psykiatrisk avdeling for personer med utviklingshemming/autisme (PPU).

#### 7.4.8 Sognsvannsveien

Øverst i Sognsvannsveien ligger Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUPA, Sogn). De fleste bygninger har vernestatus, med verneklasse 1 fredning av eksteriør. To bygg har vern av både eksteriør og interiør, desuten er uteområdet fredet. Etablering av nye bygg på området ville derfor være vanskelig. Noen bygg står ubrukt da er uegnet for bruk og/eller i for dårlig teknisk tilstand.

I 0-alternativet forutsettes dagens virksomhet videreført. Bygningene som skal benyttes oppgraderes teknisk (3250 kvm) eller bygges om (2500 kvm).

#### 7.4.9 Omfang av oppgradering og ombygging

Oppsummering av nødvendige arealtiltak er vist i tabell 46. Investering i 0-alternativet omtales i kapittel 9, Økonomi.

#### 7.4.10 Levedyktige bygninger

I forbindelse med arbeidet med arealutviklingsplanen ble det gjort en omfattende kartlegging av bygningsmassens tekniske tilstand, bygningsmessige tilpasningsdyktighet, funksjonelle egnethet for dagens

0-alternativet betyr fortsatt uønsket fragmentering av behandlingen innen psykisk helse.

Enhet	Dagens situasjon	Areal-teknisk oppgradering	Areal ombygging i 2030*	Arealer som ikke benyttes	Disponibelt areal (eks.TME** og P-hus)
Aker	94 000	15300	56 000	23 000	71 000
Dikemark	76 000	25000	11 000	40 000	35 000
Gaustad	40 000	12000	28 000		40 000
Radiumhospitalet	110 000	42000	55000	14 000	97 000
Rikshospitalet	176 000	234 000			176 000
SSE	18 000	16 700	800		17 500
Ullevål inkl Sognsvannsvn.	285 000	152 000	126 000	3600	282 000
Nybygg psykiatri					9 500
Nybygg somatikk					90 000
Nybygg FoU, eget bygg					20 000
Leie i Forskningsveien	19 000				19 000
Øvrige	33 000				38 000
<b>SUM</b>	<b>851 000</b>	<b>497 000</b>	<b>277 000</b>	<b>81 000</b>	<b>896 000</b>

Tabell 36  
Arealbruk i  
0-alternativet  
(kvm brutto).

\* Rives, selges ut, fraflyttes eller stenges.

\*\* TME: Teknisk mellometasje.

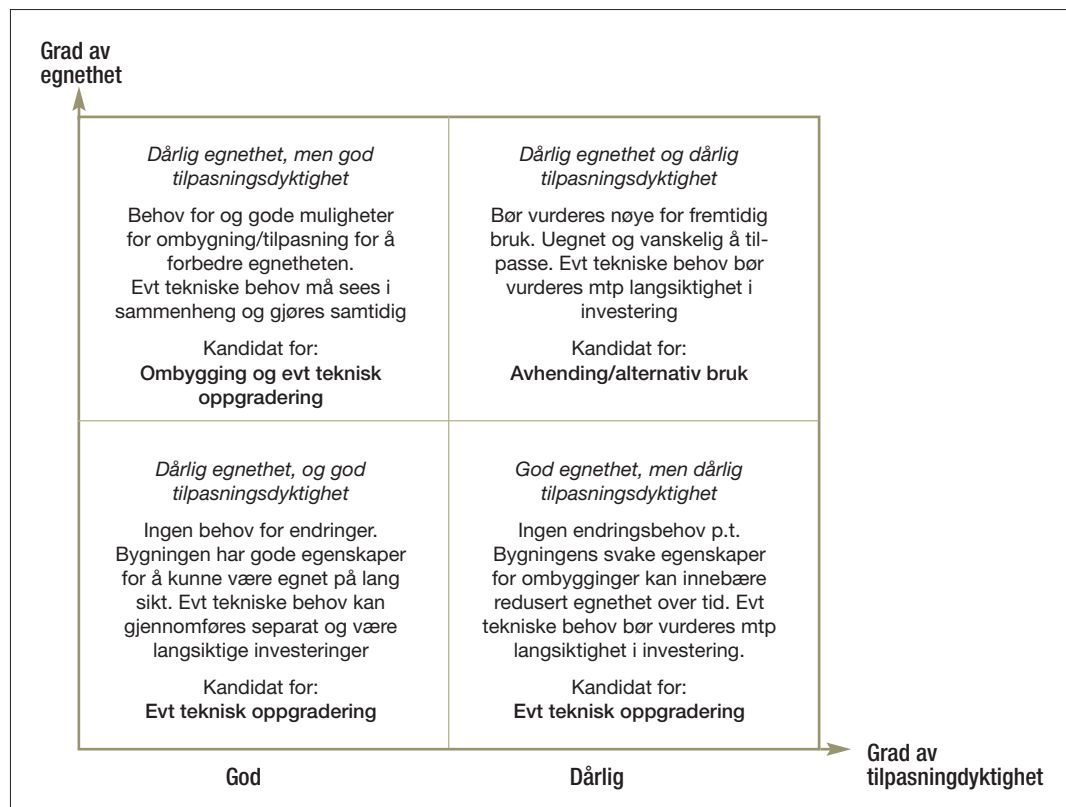
Bygninger som er dårlig egnet for virksomheten betyr ineffektiv drift og uhensiktsmessige forhold for pasienter, ansatte og besøkende.

bruk og en vurdering av bygningenes potensiale for fremtidig bruk (Rapport fra Multiconsult, 2011).

Funksjonell egnethet og bygningsmessig tilpasningsdyktighet bør ses i sammenheng, og også relateres til estimert behov for teknisk oppgradering. Bygninger som er dårlig egnet for virksomheten betyr ineffektiv drift og uhensiktsmessige forhold for så vel både pasienter og ansatte som besøkende. Dersom bygningene har fysiske egenskaper som tilsier god tilpasningsdyktighet, ligger forholdene til rette for å utbedre (bygge om) lokalene slik at disse blir funksjonelle. En slik ombygging bør naturligvis ses i sammenheng med øvrig oppgradering/vedlikehold. Kombinasjonen av funksjonell egnethet og tilpasningsdyktighet (og teknisk tilstand) gir dermed grunnlag for å vurdere byggets "levedyktighet", dvs. hvilke bygninger som har størst mulighet til å være "gode, funksjonelle bygg" på lang sikt, og følgelig hvor det vil være mest fordelaktig og langsiktig å foreta investeringer.

Kartleggingen fra 2011 viste at bygningsmassen fordeler seg i alle de fire kategoriene i levedyktighetsmodellen. I nedre venstre kvadrant finner vi særlig de nyere bygningene ved Ullevål og Radiumhospitalet, samt Rikshospitalet og laboratoriebygget på Ullevål. Den største andelen av bygningsmassen hører hjemme i de to høyre kvadrantene som gjenspeiler svak tilpasningsdyktighet. En betydelig andel av disse befinner seg i øvre høyre kvadrant som innebærer at de er dårlig egnet for dagens virksomhet. Muligheten for å gjennomføre rasjonelle og vellykkede ombygginger som kunne forbedret egnetheten er begrenset. Denne delen av bygningsmassen har dårlig levedyktighet til sykehusformål på lang sikt. Dessuten er den generelle tekniske tilstanden meget dårlig, og det er store behov for utbedringer. En vurdering av bygningsmassens potensial for fremtidig bruk, viser at den har begrensede muligheter til å innpasse nye, moderne sykehusfunksjoner (Multiconsult-rapport, 2011). Eventuelle investeringer i bygningsmessige tiltak ville

Figur 58  
Levedyktighetsmodellen gir en generell karakteristikk av ulike kombinasjoner av bygningers egnethet og bygningsmessig tilpasningsdyktighet (etter Larssen og Bjørberg, Multiconsult, 2004).



følgelig bare kunne være kortsiktige og gi en begrenset forbedring i de funksjonelle forholdene.

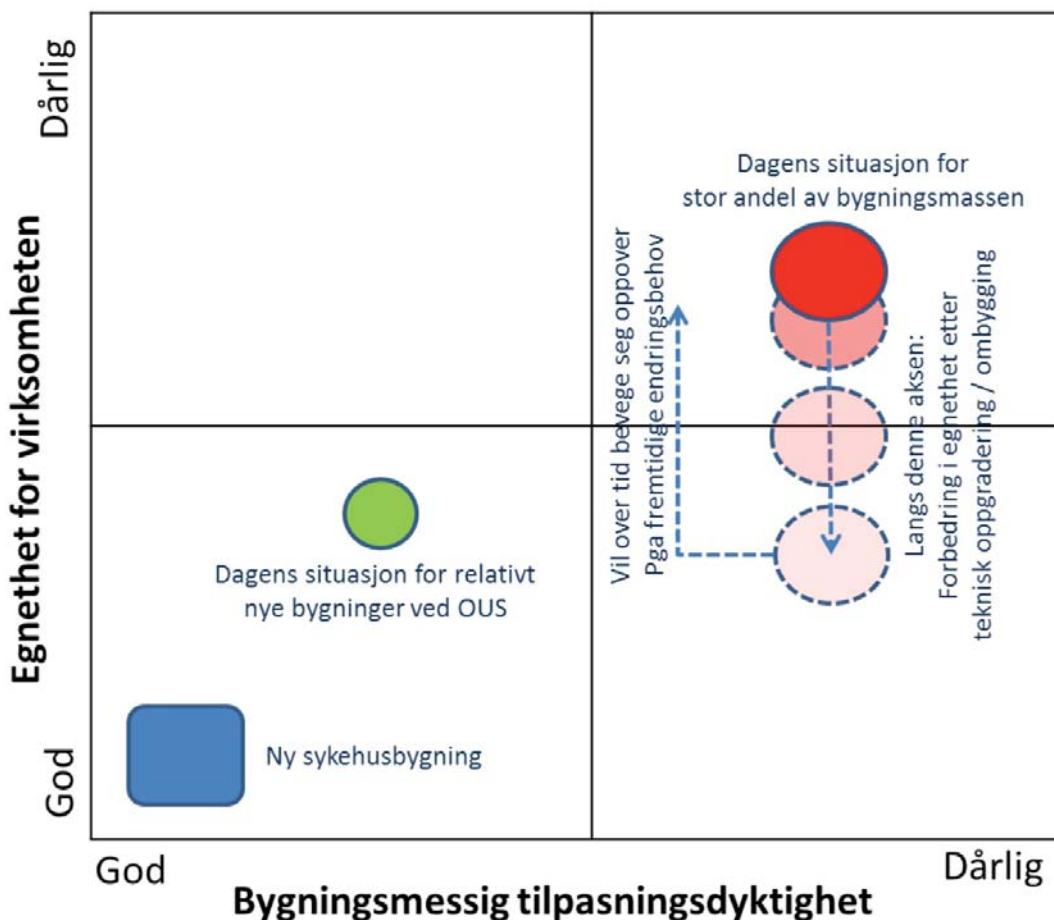
I 0-alternativet er det allikevel foreslått å videreføre dagens bruk av flere av de bygningene som havner i øvre høyre hjørne. Dette innebærer at sykehuset fortsatt vil måtte drive i lokaler som vurderes som mangelfulle med hensyn til dagens behov.

Nedenstående illustrasjon viser en forenklet grafisk framstilling av dagens situasjon og effekten av investeringer i eksisterende bygninger, sammenliknet med nybygg. Den nyeste bygningsmassen ved OUS, inklusive Rikshospitalet m.fl. er fortsatt god egnet til sykehusdrift, har god tilpasningsdyktighet og vurderes som levedyktig.

Størstedelen av bygningsmassen tilhører imidlertid høyre side av diagrammet. Oppgradering og ombygginger i den gamle byg-

ningsmassen vil gi noe bedre funksjonell egnethet, avhengig av omfanget av tiltakene og hva som er praktisk mulig å få til. Dette er illustrert med en stiplet vertikal akse i diagrammet. Man vil ikke kunne oppnå samme standard og funksjonalitet som i nybygg eller mer tilpasningsdyktige bygninger.

Bygningsmessig tilpasningsdyktighet er gitt av byggets råbyggstruktur og vil fortsatt være den samme som før oppgradering. Senere tilpasninger til eventuelle fremtidige endringsbehov kan dermed være vanskelige og/eller kostnadskrevende å møte. Dvs. at plasseringen i diagrammet over tid vil bevege seg opp i øvre høyre kvadrant igjen. Over tid vil også behovet for endringer i de nye bygningene oppstå. Her er imidlertid bygningene tilpasningsdyktige og kan lettere og mer kostnadseffektivt tilpasses endringsbehovene.



Figur 59  
Illustrasjon av dagens situasjon ved OUS og effekten av investeringer i 0-alternativet sammenliknet med nybygg.

#### **7.4.11 Byggenes restlevetid og behov for reinvesteringer i fremtiden**

I et langsiktig perspektiv vil store deler av bygningsmassen ved OUS ha nådd sin maksimale levetid. Det er spesielt svak tilpasningsdyktighet, og som en konsekvens uegnede lokaler, som begrenser levetiden. Arealene som er bygget før 1990 vil være fra 50 år til 200 år gamle ved utgangen av 2040. Dette betyr at store deler av dette arealet må bli erstattet. Omtrent 362 000 kvm av arealet til OUS er bygget etter 1990. Disse arealene kan i all hovedsak videreføres i et langsiktig perspektiv, da de innehar relativt god tilpasningsdyktighet og har potensial til huse en rekke ulike sykehusfunksjoner. I tillegg er laboratoriebygget (bygg 25) på Ullevål et meget tilpasningsdyktig bygg som kan leve i mange år framover. Dette bygget har et totalareal på 36 600 kvm, hvorav omtrent 16 000 kvm består av tekniske mellometasjer. Brukbar funksjonsareal er ca. 20 000 kvm. Med disse forutsetningene vil omtrent 500 000 kvm av eide arealer i OUS være moden for erstatning i et langsiktig perspektiv. En betydelig andel av disse byggene har vernestatus, og mange er lokalisert på eksisterende sykehusområder. 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.

Omlag 500 000 kvm av arealene på OUS må uansett erstattes innen 2040.







## Sammendrag

De økonomiske analysene omfatter seks utbyggingsalternativer i tillegg til 0-alternativet. Beregningen viser at OUS vil kunne håndtere de økte kapitalkostnadene de store utbyggingsalternativene representerer. Unntaket er de omfattende oppgraderingene av eksisterende bygningsmasse (0-alternativet), fordi man da ikke oppnår de samme effektiviseringsgevinstene som i de øvrige alternativene. Alle løsningene, foruten 0-alternativet, innebærer at arealet ved OUS kan reduseres betraktelig.

Den økonomiske analysen viser et årlig potensial for effektivisering på mellom 350 og 1200 mill. kroner. Av virksomhetsmodellene vurderes klyngemodellen til å ha størst potensial for effektiv drift. Dagens virksomhetsmodell vil ha et noe lavere potensial, mens nivåådelts funksjonsmodell er vurdert til å ha lavest potensial for effektivisering.

Alternativene med samling på Gaustad Øst viser et investeringsbehov på 41 mrd. kroner, mens alternativene med samling på Gaustad Sør har et investeringsbehov på 46 mrd. kroner. De delte løsningene mellom Ullevål og Gaustad har et investeringsbehov på 36-41 mrd. kroner.

De alternativene som innebærer nybygg har bedre langsiktig økonomisk bæreevne enn å oppgradere den nåværende bygningsmassen. Beregningen viser at helseforetaket har økonomisk bæreevne til å håndtere kostnadene forbundet med investeringene i det alternativet som innebærer det høyeste investeringsnivået, dvs. alternativ Gaustad Sør med klyngemodell. Dette forutsetter imidlertid produktivitetsvekst fra 2015 til 2018, og ytterligere effektiviseringsgevinster når de nye byggene tas i bruk. Samling på Gaustad Sør med tunnel og med klyngemodell kommer best ut i en kvalitativ samfunnsøkonomisk vurdering.

### 8.1 Investeringskostnader

#### 8.1.1 Bakgrunn

De økonomiske analysene er basert på de ulike virksomhetsmodellene og de ulike utbyggingsløsningene knyttet til virksomhetsmodellene.

Sammen med informasjon om verdivurdering av frigitte bygninger, gir dette en første indikasjon på de økonomiske konsekvensene av alternativene. Totaløkonomien inneholder imidlertid også en del andre forhold, bl.a. driftsgevinster som de ulike alternativene gir grunnlag for.

Anslag for investeringskostnader bygger på de arealer som inngår i idéfasen, og omfatter ikke alle arealer OUS har i sin virksomhet. Ta-

bell 37 gir en samlet oversikt over arealer som er med i selve idéfasearbeidet og øvrige arealer som ikke inngår. Det framkommer at OUS disponerer ca. 1,0 mill. kvm i dag, mens det etter gjennomført utbygging av et samlet sykehus, kan ventes å være knapt 800 000 kvm, se kapittel 7.

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 640 000 til rundt 680 000 kvm. Forskjellene skyldes ulikt omfang av bruk av eksisterende bygg. Usikkerheten i arealbehovet når eksisterende, til dels gamle og lite egnede bygg benyttes, er betydelig. Det er derfor naturlig å si at de ulike alternativene vil variere mel-

OUS disponerer ca. 1,0 mill. kvm i dag, mens det etter utbygging av et samlet sykehus, kan ventes å være knapt 800 000 kvm.

Arealfordeling	Dagens situasjon	0-Alternativet	Gaustad øst	Gaustad sør	Ullevål nord og Gaustad	Ullevål sør og Gaustad	Ullevål hele og Gaustad
Nybygg	-	119 000	426 000	426 000	398 000	387 000	306 000
Rikshospitalet	176 000	176 000	176 000	176 000	176 000	176 000	176 000
Ullevål (inkl. Sognsvannsveien)	285 600	282 000			59 500	89 500	183 300
Radiumhospitalet	110 500	97 000					
SSE	17 600	18 300					
Aker	94 000	71 200					
Gaustad	40 500	40 500	19 400	19 400			
Dikemark	75 500	35 500					
Leie Forskningsveien	19 100	19 100	19 100	19 100	19 100	19 100	19 100
Øvrige (ekskl. ambulansestasjoner og DPS)	32 600	37 500					
<b>SUM</b>	<b>851 000</b>	<b>896 000</b>	<b>641 000</b>	<b>641 000</b>	<b>652 000</b>	<b>672 000</b>	<b>684 400</b>

Tabell 37  
Arealfordeling i  
evalueringsalternativene.

Ved beregning av investeringskostnader skilles det mellom nybygg, funksjonelle ombygginger og tekniske oppgraderinger.

lom rundt 640.000 kvm og opp til rundt 700.000 kvm. Dette dekker OUS sitt samlede arealbehov, eksklusiv arealer som DPS, ambulansestasjoner, parkeringshus, tekniske mellometasjer m.v., i 2030 i de ulike alternativene. I tillegg kommer erstatningsbygg der bygg for OUS eller UiO rives. Dette gjelder primært deler av de prekliniske institutter (PKI) og sykehotellet ved en utbygging sør-øst fra Rikshospitalet.

### 8.1.2 Forutsetninger for beregning av investeringskostnader

Ved beregning av investeringskostnader skilles det mellom nybygg, funksjonelle ombygginger og tekniske oppgraderinger. Kostnad for nybygg er basert på prisanslag for kostnad pr. kvm. Bruttoareal ut fra erfaringstall og ambisjonsnivå. Erfaringstallene er hentet fra sammenlignbare prosjekter og ikke på konkrete bygningsmessige løsninger. Nybygg er delt i et begrenset antall kategorier med klare kostnadsforskjeller. Det er tatt utgangspunkt i de to siste store og representative sykehusprosjektene i Helse Sør-Øst (HSØ); Ahus og nytt sykehus i Østfold.

Prisindeks er januar 2014. Investeringskostnad pr. kvm i nybygg er for somatikk ca. 67 300 kr/kvm og for psykisk helse og

avhengighet ca. 54 300 kr/kvm. Rene kontorbygg anslås til ca. 36 800 kr/kvm.

Det er tatt høyde for de miljøtiltak/miljøløsninger som forventes, i praksis «grønt sykehus». Videre er det tatt høyde for utskifting av brukerstyr på linje med det som er vanlig praksis i nybyggprosjekter i sykehus, og det er antatt en medflyttingsgrad for eksisterende utstyr på 25-30 %. For IKT er det lagt til grunn ny IKT infrastruktur i byggene, men det er ikke lagt til grunn ekstraordinære utskiftninger av IKT-systemer for selve sykehusdriften. Slike utskiftninger vil foregå før, etter og i samme periode som byggene fornyes, men uten å være et direkte resultat av nybygg. Det kan derfor være at det samtidig med utbygging kommer kostnader knyttet til IKT ut over det som framkommer i investeringsanslagene her.

Ombygging deles i de samme byggkategorier som nybygg, og i lett, middels og tung ombygging, som utgjør henholdsvis 25, 50 og 75% av nybyggkostnad.

Teknisk oppgradering baseres på foreliggende estimater knyttet til multimap-analyser og kjente kostnadskonsekvenser av ulike myndighetspålegg. Multimap-analysene med suppleringer er benyttet både i vurdering av 0-alternativet og i «må-tiltak» i

påvente av nybygg i de andre alternativene. Riving håndteres på samme måte som i arealutviklingsplanen, med en gjennomsnittlig kostnad pr. kvm revet bygg.

### 8.1.3 Resultater

I arealutviklingsplanen ble det gjort en svært overordnet vurdering av scenario 1, som innebar en samling av sykehusvirksomheten på ett sted (én tomt). Dette scenarioet ble da vurdert til en kostnad på ca. 30 mrd. kroner eksklusiv ekstraordinære infrastruktur-kostnader og kjøp av tomt (dvs. basert på samling på eiet tomt på Ullevål). Samling på

10 000 av disse som en del av de 77 000 kvm nybygg pga. vekst). Det er lagt til grunn leie i OCCI-bygget for laboratoriefunksjoner fra Radiumhospitalet.

I alle alternativer er det lagt til grunn videreføring av leieareal i Forskningsveien.

De fleste bygg omfattes av større eller mindre grad av oppgradering eller teknisk ombygging. Begrunnelse for og omfang av dette framgår mer konkret av egen beskrivelse av 0-alternativet.

**Vel 140 000 kvm funksjonsareal ved Rikshospitalet videreføres og oppgraderes teknisk, mens resten av arealbehovet bygges nytt.**

Kategori	0-Alternativet		Gaustad øst		Gaustad sør		Ullevål nord og Gaustad		Ullevål sør og Gaustad		Ullevål hele og Gaustad	
	Kvm	MNOK	Kvm	MNOK	Kvm	MNOK	Kvm	MNOK	Kvm	MNOK	Kvm	MNOK
Nybygg	119 030	7 062	426 236	26 898	426 236	26 898	397 586	24 787	387 236	23 917	306 056	18 453
Ombygging	278 900	9 764	19 400	527	19 400	527	0	0	0	0	52 700	2 019
Teknisk oppgradering (permanent bygg)	454 300	3 529	176 000	1 459	176 000	1 459	235 500	2 357	265 500	2 669	306 620	3 212
Teknisk oppgradering (avvikles før 2030)	0	0	557 300	4 504	557 300	4 510	502 700	4 259	468 700	3 657	322 300	3 250
Andre kostnader		915		2 484		6 335		1 963		1 918		1 918
Riving	17 700	44	86 000	215	81 000	203	143 000	358	196 260	491	89 717	224
Delsum	852 230	21 314	621 636	36 087	621 636	39 932	633 086	33 723	652 736	32 653	665 376	29 077
Forventet tillegg (usikkerhet)		5 186		1 413		2 068		3 177		5 147		3 723
Forventet prosjektkostnad		26 500		37 500		42 000		36 900		37 800		32 800
Byggelånsrenter	0	2 896	0	3 560	0	3 683	0	3 305	0	3 461	0	3 070
Leiebygg	59 000		19 100		19 100		19 100		19 100		19 100	
Sum	911 230	29 396	640 736	41 059	640 736	45 684	652 186	40 206	671 836	41 260	684 476	35 870

to lokaliseringer (Ullevål og Gaustad, med betydelig videre bruk av eksisterende bygg), ble vurdert til 22-23 mrd. kroner, også her eksklusiv ekstraordinær infrastruktur og kjøp av tomt. Det er nå gjort mer omfattende analyser av bl.a. behov for ekstraordinær infrastruktur og kostnader ved kjøp av tomter og eiendommer for ulike alternativer.

Tabell 38 viser arealer og kostnadsanslag per alternativ.

### 8.1.4 0-alternativet

I 0-alternativet er det lagt til grunn 77 000 kvm nybygg pga. vekst inkl. integrert FoU-del, 9.500 kvm nybygg pga. regional sikkerhetspsykiatri, 20 000 kvm ekstra bygg til FoU samt 10 000 kvm rokeringsbygg (i en overgangsfase 20 000 kvm til rokeringsbygg, men

### 8.1.5 Gaustad Sør med dagens virksomhetsmodell og Gaustad Sør med klyngemodell

Vel 140 000 kvm funksjonsareal ved Rikshospitalet videreføres og oppgraderes teknisk, mens resten av arealbehovet bygges nytt. Inkludert p-hus og tekniske mellometasjer er Rikshospitalet vel 200 000 kvm. Det endelige bruttoarealet inkludert disse funksjoner vil derfor være noe større enn det arealbehovet som er beregnet i idéfasen. Avviket i forhold til det beregnede arealbehovet er ca. 10 000 kvm for Gaustad sykehus, jf. beskrivelsen nedenfor. I tillegg vil OUS ha arealer knyttet til bl.a. distriktpsikiatriske sentre (DPS) og ambulansestasjoner som ikke inngår i idéfasen. Dette forholdet gjelder for alle alternativene.

Tabell 38  
Investeringsbehov og arealer i de ulike alternativene.

Det må bygges erstatning for avsnitt A ved Rikshospitalet og hoveddelen av PKI samt at bygg i Forskningsveien 1 og 3 må erverves. Gaustad sykehus er tatt med som 20 000 kvm brutto som bygges om, og gir tilsvarende 10 000 kvm funksjonsareal. Øvrige deler av Gaustad sykehus forutsettes brukt til andre funksjoner som bidrar til å integrere byen i sykehuset og sykehuset i byen. Dette gjelder også for Gaustad Øst alternativene.

Teknisk oppgradering av Rikshospitalet samt alle kortsiktige tiltak ved øvrige bygg er tatt med. Teknisk oppgradering omfatter derfor både arealet på Rikshospitalet, og arealet ved øvrige enheter, men bare de kortsiktige tiltakene ved øvrige enheter. Hoveddelen av den tekniske oppgraderingen knytter seg til å holde arealer «flytende» fram til de erstattes av nybygg i perioden 2022-2030.

Her er det tatt med kostnader knyttet til at Ring 3 legges i tunnel, og ny løsning for Gaustad stasjon. Til sammen utgjør dette rundt 3 mrd. kr, og slår dermed vesentlig ut i kostnadsbildet. Dette, sammen med erstatningsbygg og kjøp av eiendom, er tatt med under «andre kostnader».

Det er gjennomført en usikkerhetsanalyse av investeringskostnadene i hvert alternativ.

#### **8.1.6 Gaustad Øst med dagens virksomhetsmodell og Gaustad Øst med klyngemodell**

I dette alternativet legges ikke Ring 3 i tunnel, Gaustad stasjon endres ikke, og det trengs heller ikke erstatningsbygg for PKI. Det inngår nødvendig tomt østover, og det inngår anskaffelse av erstatningsbygg bl.a. Sogn videregående skole og øvrige bygg i tomteområdet. Anskaffelse av eiendommer inngår i «andre kostnader».

#### **8.1.7 Ullevål Nord/Gaustad med lokk, nivådelt virksomhetsmodell**

Nivådelt modell, region- og landsfunksjoner på Gaustad, lokal- og områdefunksjoner på Ullevål (nord) sammen med psykisk helse og avhengighet (utenom regional sikkerhetspsykiatri).

Ved å bygge nord på Ullevål vil bruken av eksisterende bygg på Ullevål bli noe lavere enn ved bygging sør på tomte, og behovet for nybygg øker dermed. Det er ikke beregnet Ring 3 i tunnel, men lokk over Ring 3 inngår.

#### **8.1.8 Ullevål Sør/Gaustad med lokk, nivådelt virksomhetsmodell**

Nivådelt modell, region- og landsfunksjoner på Gaustad, lokal- og områdefunksjoner på Ullevål (sør) sammen med psykisk helse og avhengighet (utenom regional sikkerhetspsykiatri).

Her benyttes rundt 90 000 kvm eksisterende bygg på Ullevål i tillegg til vel 170 000 kvm på Rikshospitalet. Det er ikke beregnet Ring 3 i tunnel, men lokk over Ring 3 inngår. Samlet areal er noe større pga. bruk av eksisterende bygg.

#### **8.1.9 Ullevål hele/Gaustad med lokk, nivådelt virksomhetsmodell**

Nivådelt modell, region og landsfunksjoner på Gaustad, lokal og områdefunksjoner på hele Ullevål sammen med psykisk helse og avhengighet (utenom regional sikkerhetspsykiatri).

Her benyttes rundt 180 000 kvm eksisterende bygg på Ullevål samt vel 170 000 kvm på Rikshospitalet. Grunnet mer bruk av eksisterende bygg er behovet for nybygg lavere enn i de andre alternativene (utenom i 0-alternativet).

#### **8.1.10 Usikkerhetsanalyse**

Det er gjennomført en usikkerhetsanalyse av investeringskostnadene i hvert alternativ. Usikkerhetsanalysen er tilpasset det presisjonsnivå for kostnadsanslag som etter god prosjektstyringspraksis kan forventes for en idéfase. Analysen har ikke som formål å fastsette kostnadsramme, men å synliggjøre forskjeller mellom alternativene. Kostnadsramme skal ikke fastlegges før i forprosjektfasen.

Byggelånsrenter og leiekostnader inngår ikke i usikkerhetsanalysen, men inngår i beregninger av økonomisk bærekraft. Klynge-modellen og dagens virksomhetsmodell er lik mht. areal og kostnader, dvs. at Gaustad Øst alternativene har samme areal og kostnader. Tilsvarende gjelder for Gaustad Sør alternativene.

I vurderingene har det vært fokus på å identifisere forskjeller mellom alternativene, og i hvilken grad usikkerheten er knyttet til en potensiell «oppside» eller «nedside». Metodikk, input til og resultater fra analysen er dokumentert i vedlegg 4.

på usikkerhet), sannsynlighet for at basisestimert 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 horisontalaksen.

I Tabell 39 vises resultatene av usikkerhetsanalysen for alternativene. Klyngemodell er lik dagens virksomhetsmodell for Gaustad Øst og Gaustad Sør. Resultatene er avrundet

MNOK	0-alternativet	Gaustad øst	Gaustad sør	Ullevål nord og Gaustad	Ullevål sør og Gaustad	Ullevål sør og Gaustad
Basis	21 314	36 087	39 932	33 724	32 652	29 076
Forventningsverdi	26 500	37 500	42 000	36 900	37 800	32 800
50 %	25 700	36 800	41 200	36 300	36 800	32 000
85 %	33 400	46 500	52 400	45 700	47 500	40 900
Standardavvik	25 %	23 %	24 %	23 %	25 %	24 %
Sannsynlighet basis	23 %	47 %	46 %	38 %	32 %	35 %

Tabell 39  
Resultater usikkerhetsanalyse investeringskostnader (tall i MNOK, ekskl. byggelånsrenter og leiekostnader).

Usikkerhetsanalysen er basert på følgende forutsetninger:

- Prisnivå i kalkylen er 2014.
- Prisstigning medtas ikke.
- MVA er inkludert.
- Overordnet fremdrift: Investeringsperiode er 2015 – 2030 i etapper.
- Ekstremhendelser, dvs. hendelser med svært liten sannsynlighet og svært stort utslag, inkluderes ikke i usikkerhetsanalysen.
- Analysen dekker ikke større premissendringer.

Resultater av usikkerhetsanalysen av investeringskostnadene er vist som:

- Tabeller viser viktige enkelttall som forventningsverdi, standardavvik (et mål

til nærmeste 100 mill. kroner.

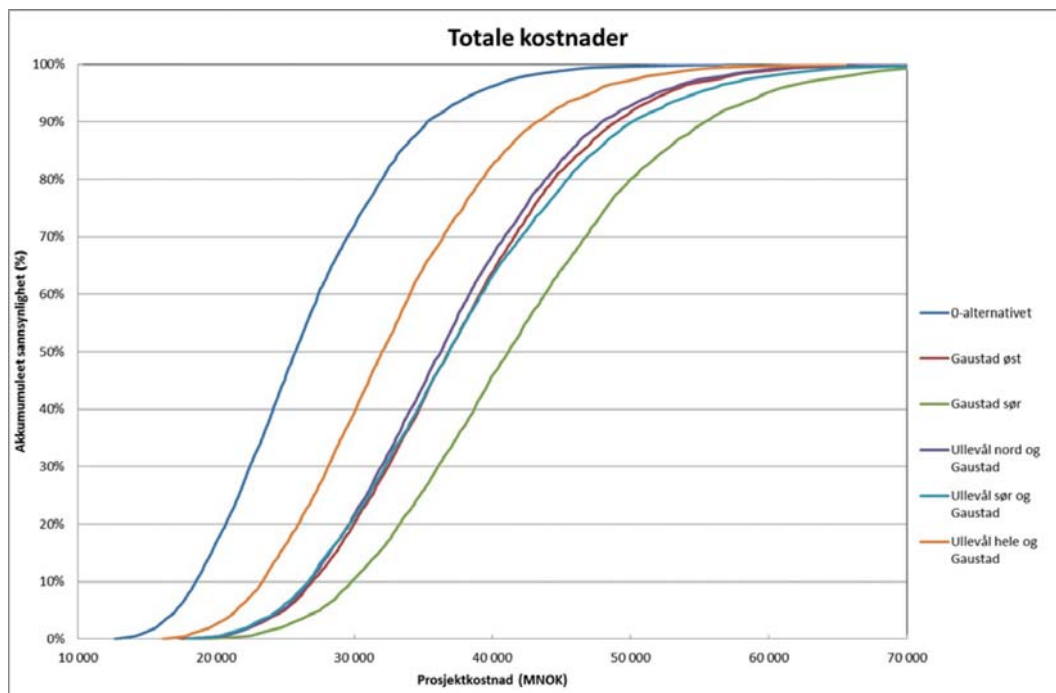
0-alternativet har lavest forventningsverdi for investering med en kostnad på 26,5 mrd. kroner. Gaustad Sør alternativene har høyest forventningsverdi for investering med en kostnad på 42,0 mrd. kroner. De øvrige alternativene har forventningsverdier mellom 32,8 og 37,8 mrd. kroner.

Usikkerhetsanalysene viser at det er relativt liten forskjell mellom alternativene i standardavvik (mål på usikkerheten). 0-alternativet og alternativet Ullevål Sør og Gaustad har størst standardavvik med 25 %, mens de øvrige alternativene har et standardavvik på 23 og 24 %. Det er imidlertid ulike forhold som påvirker usikkerheten i de ulike alternativene, dette er beskrevet på neste side.

Videre viser usikkerhetsanalysen forskjell mellom alternativene i forventede tillegg,

Usikkerhetsanalysene viser at det er relativt liten forskjell mellom alternativene i standardavvik.

Figur 60  
Usikkerhetsanalyse,  
S-kurve investerings-  
behov.



dvs. forskjell i påslaget fra basis til forventningsverdi. 0-alternativet har et påslag på 24 %, mens de øvrige har 4 til 15 % påslag, noe som kan hevdes å være lavt. Nivået på påslaget skyldes bl.a. at det i investeringsbehovet for nybygg og ombygging er inkludert reserver i basisestimatet (utgjør 5-8 % av grunnkalkylen avhengig av type areal). Basis vist i tabell 3 inkluderer derfor reserver for nybygg og ombygging. Dersom nevnte påslag ikke var inkludert i basis, ville resultatene fra usikkerhetsanalysen vist høyere påslag fra basis til forventningsverdi. Forskjellen i påslag skyldes også at alternativene har ulik usikkerhetsprofil, noe som er beskrevet nedenfor.

Kort om viktige usikkerhetslementer per alternativ:

- **0-alternativet:** Tiltaket vurderes som krevende å gjennomføre med samtidig/parallell 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. 0-alternativet har relativt enkle eiendoms- og reguleringsmessige forhold.

- **Gaustad Øst – dagens virksomhetsmodell og Gaustad Øst - klynge:** Tiltaket er basert på bygging nær Ring 3. Regulering og tilgang til tomt vurderes som krevende (Sogn Videregående skole og Bertel O. Steen bygget). Tiltaket innebærer mulighet for samlet utbygging der mye kan bygges samtidig. Det er argumentert for at alternative gjennomføringsmodeller kan innebære et potensial for å bygge billigere enn det som har vært vanlig i sykehusprosjekter. Denne muligheten er i analysen innarbeidet som en økonomisk oppside. Muligheten er vurdert som størst i virksomhetsmodeller med nybygg på nytt område (Gaufstad Øst og Gaufstad Sør alternativene), noe lavere ved delt løsning. Det er ikke innarbeidet en tilsvarende

0-alternativet vurderes som krevende å gjennomføre med samtidig sykehusdrift, forskning og undervisning.

mulighet/oppside for nullalternativet. Tiltaket vil innebære relativt lite påvirkning på drift i byggeperioden.

- **Gaustad Sør – dagens virksomhetsmodell og Gaustad Sør - klynge:** Løsningen forutsetter tunnel(tidspunkt for tunnel styrer utbyggingstakt) og omlegging av t-bane og trikk. Dette er arbeider som vurderes som krevende både ved regulering og gjennomføring. Tiltaket er avhengig av erverv av Sintefbygg og riving/erstatning av deler av UiO PKI. Mulighet for alternative gjennomføringsmodeller, som i Gaustad Øst alternativene. Mulig med etappevis utbygging, spesielt med klyngemodellen. Tiltaket vil innebære relativt lite påvirkning på drift i byggeperioden.
- **Ullevål Nord og Gaustad:** Tomt antas tilgjengelig og enklere regulering enn ved full samling på Gaustad. Krever avklaring mht. vernede bygg på Ullevål. Tiltaket vil innebære noe påvirkning av drift i byggeperioden. Avhengig av riving/erstatning av deler av UiO/PKI, etablering av lokk og erverv av Sintefbygg. Tiltaket vurderes som noe utfordrende å gjennomføre med samtidig/parallell sykehusdrift, forskning og undervisning
- **Ullevål Sør og Gaustad:** Tomt antas tilgjengelig og enklere regulering enn ved full samling på Gaustad. Krever avklaring mht. vernede bygg. Tiltaket vurderes som krevende å gjennomføre med samtidig sykehusdrift, forskning og undervisning (konflikter på Ullevål både mot drift og infrastruktur). Avhengig av riving/erstatning av deler av UiO/PKI, etablering av lokk og erverv av Sintefbygg.
- **Ullevål Hele og Gaustad:** Tomt antas tilgjengelig og enklere regulering enn ved

full samling på Gaustad. Løsningen innebærer mer bruk av eksisterende bygg på Ullevål, noe medfører risiko for at kostnadene øker som følge av at ombygging og teknisk oppgradering blir mer omfattende enn forutsatt. Videre vurderes prosjektet som krevende å gjennomføre med samtidig sykehusdrift, forskning og undervisning. Må som 0-alternativet, deles i et høyt antall enkelttiltak som vil pågå parallelt. Avhengig av riving/erstatning av deler av UiO/PKI, etablering av lokk og erverv av Sintefbygg.

I vedlegg 4 er det vist hvilke elementer som bidrar mest til den totale usikkerheten i analysene.

Investeringskostnadene og de økonomiske analysene er basert på at investeringene i hvert alternativ er delt i tre etapper innenfor den samlede planperioden 2015-2030. Nærmere om etappeforståelse og underinndeling av etapper framgår av kapittel 10.

## 8.2 Driftsøkonomi

### 8.2.1 Premisser for analysen

Ny bygningsmasse for OUS ville kunne driftes mer effektivt enn dagens sykehus, ved reduksjon i antall lokaliteter og areal, antall organisatoriske enheter samt større grad av nærhet mellom enheter. Videre ville et nytt sykehus, i langt større grad enn 0-alternativet, imøtekomme fremtidige behov for driftseffektive løsninger med nye arbeidsprosesser. Nye, fleksible sykehusbygg med moderne teknisk infrastruktur må til, dersom Norges ledende medisinske fagmiljø skal være i stand til å ta ut potensialet av fremtidens medisin og teknologi.

Med ny bygningsmasse vil OUS kunne driftes mer effektivt ved å redusere antall lokaliteter og areal, antall organisatoriske enheter, samt større grad av nærhet mellom enheter.



To grupper av driftskostnader inngår i analysen:

- Effekt på FDV-kostnader (forvaltning, drift og vedlikehold).
- Effekt på kostnader for kjernedriften (sykehusets driftskostnader utenom FDV).

I dette avsnittet blir driftsøkonomiske effekter knyttet til kjernedriften vurdert. Nivået på vurderingene er tilpasset idéfasens behov og er foretatt på et overordnet nivå der få detaljer er avklart. Det foreligger ikke avklaringer med hensyn til størrelse på enheter eller bemanningsbehov. I konseptfasen vil alternative løsninger bli utviklet videre, prosjektkostnader beregnet og driftsøkonomiske konsekvenser utredet ytterligere. Driftsøkonomiske effekter for kjernevirksomheten er vurdert med utgangspunkt i:

- Erfaringer fra andre prosjekter og helseforetak.
- Analyse basert på tall fra Samdata (sammenligning med andre sykehus).
- Metode som ble benyttet i Arealutviklingsplan 2025.

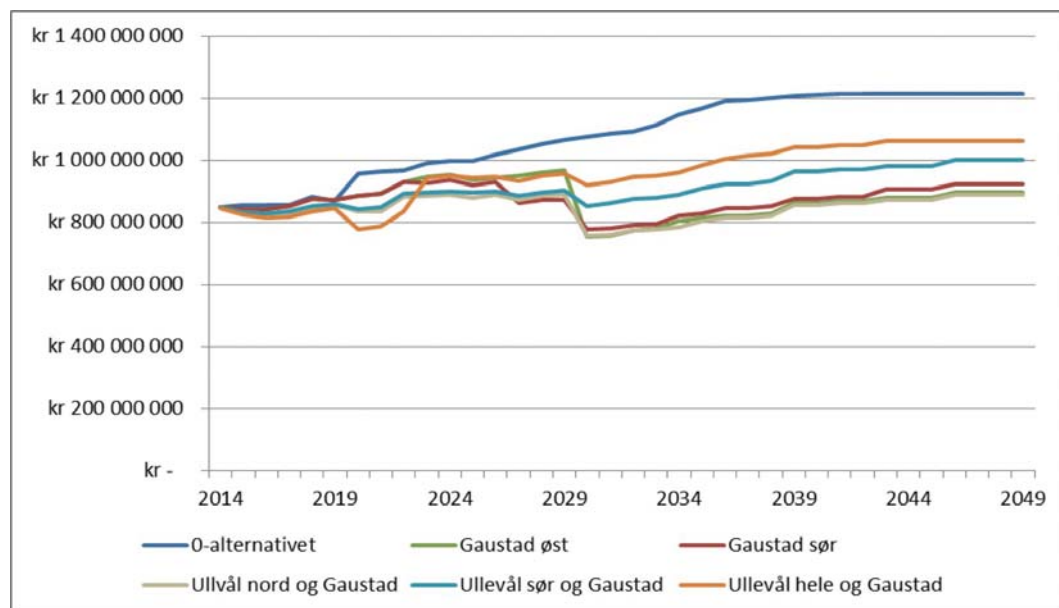
### 8.2.2 FDV-kostnader (forvaltning, drift og vedlikehold)

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 framtidig situasjon. I tillegg er det foretatt periodisering. Kostnadene vil variere avhengig av teknisk kompleksitet i arealene og brukstid gjennom døgnet, og de differensieres derfor på ulike bygningstyper. Videre vil behovet for vedlikeholds- og utskiftningskostnader variere og være økende gjennom bygningenes livsløp.

Anslag for FDV-kostnader over tid er vist i figur 2. FDV-kostnadene stiger i årene etter 2030 etter hvert som økt behov for vedlikehold og utskiftninger i de nye/rehabiliterede bygningene inntreffer.

For nybygg er det lagt inn normtall for verdivarende 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 opp-

Figur 61  
FDV-kostnader over tid for ulike utbyggingsalternativer.



gradering/ ombygging er det tatt høyde for verdibevarende vedlikehold.

OUS står foran mange år med krevende oppgaver som krever ekstraordinær innsats fra forvaltningen, og som vil belastes driftsbudsjettet. Forvaltningskostnaden er derfor økt noe i forhold til dagens nivå, som vurderes som for lavt.

### 8.2.3 Erfaring fra andre prosjekter og helseforetak

Det pågår flere sykehusprosjekter i Norge. Informasjon om hvilke driftsøkonomiske effekter som er lagt til grunn ved et utvalg prosjekter er oppsummert i tabell 40. Det er en vesentlig utfordring at det i liten grad er utført oppsummering eller evaluering fra gjennomførte, større investeringsprosjekter som viser driftsøkonomiske effekter. Riksrevisjonens undersøkelse av eiendomsforvaltningen i helseforetakene har også belyst denne problemstillingen.

Tabellen over viser anslag på driftsøkonomiske effekter av å gjennomføre inves-

teringsprosjekter i nye bygg. For å oppnå bæreevne for de foretak som gjennomfører nybygginvesteringer vil kravet til drifts-effektivisering ofte være betydelig høyere enn det som fremgår i tabellen. Det som inngår i tabellen er den anslåtte effekt på drift ved å ta i bruk nye bygg. Som vist i tabellen, er det enkelte mindre prosjekter som har kvantifisert en driftsøkonomisk gevinst på over 10 %, mens det ved de store byggeprosjektene ved Vestre Viken, St. Olavs Hospital og i Østfold, er forutsatt 2-4 % effektivisering/resultatforbedring.

I 2001 ble det gjennomført evaluering av Nytt Rikshospital i regi av Arbeids- og administrasjonsdepartementet. Rammene for Nytt Rikshospital forutsatte at et nytt sykehus ville gi årlig driftsinnsparing på 320 mill. kroner (1988-kroner) målt opp mot budsjettene for de fire sykehusene som utgjorde det nye sykehuset. Innsparingen var basert på full innsparing ved tre av sykehusene og en generell 15 % reduksjon av kostnadene ved Rikshospitalet. I rapport fra 1.11.2001 fremgår det at «*Størrelsesorden av denne*

**OUS står foran mange år med krevende oppgaver som krever ekstraordinær innsats fra forvaltningen, og som vil belaste driftsbudsjettet.**

Tabell 40  
Arealfordeling i evalueringsalternativene, driftsøkonomiske effekter av investeringsprosjekter.

Nr	Prosjekt / rapport	Effekt	Kommentar
1	Idéfaseutredning Epilepsisenteret (30.4.2009)	6 %	Samle funksjoner i ett anlegg. Effekt beregnet som reduksjon i antall årsverk.
2	Idéfase utbygging psykisk helse og avhengighet ved OUS (2011)	10-12 %	Vurdering av innsparing (Lønn inkl. pensjon) ved samlokalisering i ny bygning.
3	Idéfaseutredning, Senter for psykisk helse – barn og ungdom, UUS (2006)	5 %	Effektivisering ved at virksomhetene samles og kommer inn i hensiktsmessige lokaler. 70% av budsjettrammen er lagt til grunn ved beregning av gevinst.
4	Medisinsk teknisk utvikling og helsekostnader (2013), rapport fra Helsedirektoratet	-	Ingen av HF som ble intervjuet hadde utviklet systemer for måling av effektivitet/ gevinstrealisering ved innføring av nytt medisinsk teknisk utstyr, men de fulgte med på indikatorer for kostnadsutviklingen og aktivitetsutviklingen.
5	St Olavs Hospital (besøk februar 2014)	~ 3,4 %	Fra oppsummering ved St Olav 5.2.2014. 300 mill. kroner tilsvarer 3,4 % av et budsjett på 8,7 mrd. kroner.
6	Prosjekt Nytt Østfoldsykehus	~ 4 %	Basert på 180 mill. kroner i effektivisering og en omsetning på 4,5 mrd. kroner. Effektivisering er omtalt i forprosjektrapporten (tabell 18.1, 150 mill. kroner)..
7	Konseptrapport, nye Nordlandssykehuset, byggetrinn 2-5, Sintef rapport fra 2006-06-08	~ 2-3 %	En årlig besparelse på 64 MNOK utgjør 2-3 % av omsetning
8	Evaluering av funksjonsfordeling og samordning av sykehusstrukturen i Oslo-området (ØNH-ØYE-HUD fagområder), 28.3.2011	Positiv	I 2004 ble ØNH- og øyeavdelingene ved RH og UUS slått sammen. I analysen er de aktivitetsmessige og økonomiske aspektene ved sammenslåingene belyst. Sammenslåingen har med de forbehold som er tatt, hatt positive effekter på arbeidsproduktiviteten ved begge sykehusene.
9	Ekstern kvalitetssikring (Opak og Metier), rapport om prosesser og metodikk, 13.2.2014	1,4-2,3 %	I nylige utarbeidede framskrivinger har følgende årlige effektivisering blitt lagt til grunn for ulike sykehus; Sørlandets sykehus - 2,2 %, Sykehuset i Vestfold – 2,3 %, Nord Trøndelag HF – 1,4 %.
10	Vestre Viken HF, Idéfaserapport 20.11.2013	2 %	Det forutsettes en effektivisering på 2% per år også etter innflytting som vil bli innarbeidet i bærekraftanalysen. Årlige driftsbesparelser på 176 mill. kroner ved samling av virksomheten. Salg av frigjorte eiendommer inngår i finansieringen.

reduksjonen, 320 mill. kr pr år, virker imidlertid for optimistisk og var beregnet på for enkelt grunnlag.»

#### 8.2.4 Sammenligning basert på Samdata

Helsedirektoratet publiserer årlig rapporten «Samdata spesialisthelsetjenesten».

Rapporten som publiseres i september hvert år, inneholder hovedtall for både somatisk sektor, psykisk helsevern og for tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Formålet med rapporten er å gi svar på sentrale og grunnleggende helsepolitiske spørsmål om spesialisthelsetjenesten i Norge, som hvor mye av landets ressurser brukes på spesialisthelsetjenester, og er det noen deler av landet som bruker mer penger på spesialisthelsetjenester enn andre?

Tall fra Samdata kan inngå i en vurdering om OUS har et sannsynlig potensial for resultatforbedring ved sammenligning med de tre andre regionsykehusene som har regionsfunksjoner; Helse Bergen, St. Olavs Hospital og Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN).

En slik sammenligning viser at OUS kan ha et potensial på mellom 4 til 6 %. Det er da lagt til grunn en sammenligning av lønnskostnad pr. DRG for somatisk virksomhet og driftskostnad pr. oppholdsdøgn for psykisk helsevern. Utfordringen ved en slik sammenligning er imidlertid stor. OUS har for eksempel en høyere andel av regional- og landsfunksjoner enn de andre regionale foretakene. Sykehus med mer spesialiserte funksjoner får i de fleste tilfeller en høyere kostnad pr. opphold.

De regionale helseforetakene har også gjennomført noen foreløpige vurderinger av Indikatorer for intern effektivitet i spesialisthelsetjenesten, der SAMDATA og driftskostnad pr. DRG-poeng er vurdert. Dette arbeidet ga indikasjoner på at OUS kan ha et noe lavere relativt kostnadsnivå enn det som fremkommer i Samdata. En sammenligning basert på Samdata må derfor benyttes med

forsiktighet, men kan gi en indikasjon på potensial for besparelser i OUS.

#### 8.2.5 Metode fra Arealutviklingsplan 2025

I Arealutviklingsplan 2025 ble det tatt utgangspunkt i antall administrative enheter i 2011 med tilhørende årsverk for å beregne effekt på driftsøkonomi. Den årlige effektiviseringen fremkom ved reduksjon i antall administrative enheter og i antall årsverk. Dette ga en samlet effekt på 335 mill. kroner årlig. I tillegg ville fremtidig organisering og nye løsninger innen bildediagnostikk kunne medføre ytterligere driftsøkonomisk effektivisering på ca. 70 mill. kroner. Anslaget for utvikling frem mot 2025 var basert på:

- Scenario 2 for psykisk helse og avhengighet - all virksomhet utenom DPS og BUP poliklinikk samlet på to steder (Ullevål og Gaustad). DPS og BUP poliklinikk samles på to steder.
- Scenario 3 med somatikk samlet primært på tre steder; Ullevål, Rikshospitalet og Radiumhospitalet. I tillegg fortsatt virksomhet ved SSE i Sandvika.

Utgangspunkt for effektiviseringsgevinstene var nye bygg og samlokalisering av enheter. Omfanget av tiltak i alternativene som inngår i denne idéfasen er vesentlig større enn i arealutviklingsplanen. Gevinstene identifisert i arealutviklingsplanen må derfor forventes videreført og økt. Over halvparten av effekten identifisert i utviklingsplanen var knyttet til endring i antall årsverk ved sengeposter. Det foreligger flere rapporter som belyser driftsøkonomi knyttet til sengeposter og som understøtter et potensial for effektivisering:

- *Gevinstrealisering, oppholdskapasitet*  
Det ble i 2010 utarbeidet forslag til overordnet strategi for forvaltning av sykepleieressursene i sengepostene for å sikre god faglig kvalitet og god øko-

Omfanget av tiltak i alternativene som inngår i idéfasen er vesentlig større enn i arealutviklingsplanen.

nomistyring. Kartleggingen viste at sengepostene var svært ulike i størrelse både med hensyn til oppholdskapasitet og budsjetterte årsverk, og det ble også identifisert ulik bemanning for sammenlignbare enheter både internt i klinikker og mellom klinikker. For å sikre kostnadseffektiv drift ble det blant annet anbefalt at somatiske sengeposter for voksne bør være 25-30 senger.

- *Presentasjon om bemanningsnormering* OUS ledermøte vedtok høsten 2011 «Retningslinje for bruk av bemanningsnorm for sykepleiere ved sengepostene». Formålet var like forutsetninger for drift og bemanning av sengeposter og å sikre faglig forsvarlighet, samt ansattes og sykehusets behov for fagutvikling. Kartleggingen av 72 sengeposter viste at OUS drifter med flere årsverk enn det som er vedtatt normering. Korrigert for innrapportert pasienttyngde og intermedisærseger er dette anslått til 400 årsverk. Det er stor usikkerhet ved denne type beregninger.

### 8.2.6 Forskjeller mellom alternativene

Utbyggingsalternativene vurderes som langt bedre enn 0-alternativet. Grunnen er at omfanget av nybygg og ombygginger legger til rette for samling av oppstykkede pasientforløp, dupliserte funksjoner og spredt faglig virksomhet, som igjen gir mer effektiv drift. I kapittel 3.5 er det beskrevet omstillingsfaktorer for utvikling av kjernevirksomheten og framskrivning av aktivitet. Flere av disse faktorene, som f.eks. IKT og e-Helse, representerer et effektiviseringspotensial, og faktorene kan være relevante også for et 0-alternativ. Gammel infrastruktur og teknologiske begrensninger gjør det imidlertid komplisert å utnytte det potensial som ligger i den medisinske utviklingen, medisinsk teknologi og nye IKT-løsninger. Videre må dagens utfordringer med til dels gammel og uhenksommessig bygningsmasse spredt over

mange lokaliseringer, forventes å øke fremover selv om det investeres i et 0-alternativ. Og selv med nybygg tidlig i perioden og rokeringsbygg, må det forventes vesentlige driftsutfordringer i perioden med ombygging og teknisk oppgradering. Det er derfor risiko for en negativ utvikling av driften.

Det er i vurdering av driftseffektivisering lagt til grunn at risikoen for en negativ utvikling av driften utlignes av muligheten for potensielt positive effekter fra omstillingsfaktorene. I vurderingen av netto-effekten på kjernedriften for 0-alternativet, er det derfor kun tatt med effektivisering som følge av realisering av nybygg. Nye, fleksible sykehusbygg med moderne teknisk infrastruktur må, til dersom sykehuset skal være i stand til å ta ut potensialet av fremtidens medisin og teknologi.

Klyngemodellen er den av virksomhetsmodellene som er vurdert til å ha størst potensial for effektiv drift. Dette begrunnes med at modellen legger til rette for rasjonell drift gjennom ikke for store og relativt autonome enheter eller klynger, som tilbyr mest mulig komplette forløp til sine pasientgrupper, samt at klyngene er fysisk plassert slik at de kan dele på tung infrastruktur. Modellen vil enten være helt samlet eller noe desentralisert for noen aktiviteter.

Videreføring av dagens virksomhetsmodell er vurdert til å ha et noe lavere potensial enn klyngemodellen. Ved videreføring av dagens virksomhetsmodell vil ikke elektiv virksomhet være skjermet fra akuttvirksomhet, noe som kan ha uheldige følger for så vel driftseffektivitet som kvalitet på pasientbehandlingen. Videre kan det være mer utfordrende å drive et meget stort, samlet OUS med dagens faginndelte klinikkstruktur, enn dersom det blir inndelt i mindre, tverrfaglige enheter, organisert for å kunne yte helhetlig pasientbehandling for tematisk inndelte pasientgrupper.

Klyngemodellen er den av virksomhetsmodellene som er vurdert til å ha størst potensial for effektiv drift.

Samling av virksomhet har åpenbart noen driftsøkonomiske fordeler, men en omfattende samling kan også ha sider som virker i motsatt retning.

I klyngemodellen kan bygningene i noen grad spres, men de fleste av sentrene bør holdes samlet dersom de skal kunne dele på tung infrastruktur.

Den nivådelte virksomhetsmodellen er vurdert til å være den av de tre modellene som har det laveste potensialet for effektivisering. Den funksjonsnivådelte strukturen anses kun som aktuell for en delt lokalisering/løsning. En slik delt løsning vil innebære ulemper, ikke minst knyttet til duplisering av noen funksjoner, inkludert akuttmottak og deling av spesialiteter i sykehuset.

### 8.2.7 Driftsøkonomiske utfordringer versus størrelse

Samling av virksomhet har åpenbart noen driftsøkonomiske fordeler, men en omfattende samling kan også ha sider som virker i motsatt retning. Store ledelsesmessige kontrollspenn, alternativt meget dyp organisering, sammen med en omfattende bredde av oppgaver som skal løses, kan være utfordringer med negativ effekt på driftsøkonomi. Det foreligger ikke noen entydig dokumentasjon for hva som er en driftsøkonomisk hensiktsmessig størrelse for et sykehus. Mindre enheter som det er lett å ha oversikt og kontroll over, og som ikke er for langt fra besluttsende myndighet, vil fortone seg som lettere styrbare og dermed ha større sjanse for å oppnå en god driftseffektivitet.

I klyngemodellen kan bygningene i noen grad spres, men de fleste av sentrene bør holdes samlet dersom de skal kunne dele på tung infrastruktur. Modellen kan ha et potensial til både å ta vare på stordriftsfordeler ved at bygningene i stor grad kan plasseres på samme geografiske område, samtidig som den gir mulighet for å etablere mindre, tematiske enheter organisert med utgangspunkt i pasientforløp, på tvers av spesialiteter.

Klyngemodellen vil også kunne anvendes i en samlet bygningsmasse. De driftsøkonomiske fordelene som separate bygninger gir i forhold til oversikt, tilhørighet og kontroll, antas imidlertid å bli noe utvisket i en stor bygningsmasse.

### 8.2.8 Oppsummering av effektivisering av kjernedriften

Driftsøkonomiske vurderinger i idéfasen er gjort på overordnet nivå og etter enkle modeller. Ulike fremgangsmåter viser alle et potensial for effektivisering av kjernedriften ved helseforetaket. Informasjon fra andre større byggeprosjekter, en sammenligning basert på Samdata, og arealutviklingsplanen, viser et potensial på effektivisering i størrelsesorden 350 til 1200 mrd. kroner. Dette svarer til 2-6 % av årlig omsetning ved OUS.

En effektivisering på 6 % vurderes som høyt. Dette nivået er basert på sammenligning av tall fra Samdata, en sammenligning som må benyttes med forsiktighet. Tilsvarende er 2 % lavt sett i forhold til informasjon som er innhentet og vurderinger som ble gjort i Arealutviklingsplan 2025. Etter en samlet vurdering er potensialet i klyngemodellen satt til 4 % av OUS sitt budsjett for 2014, tilsvarende 800 mill. kroner.

Differansen i effektiviseringspotensialet til de to andre virksomhetsmodellene er basert på vurdering av antall organisatoriske enheter, antall akuttmottak, andel nybygg, og faktor for effektiv drift og pasientbehandling. Dagens virksomhetsmodell er basert på dette satt til 90 % av potensialet til klyngemodellen, mens nivådelte virksomhetsmodell er satt til 70 %. Dette er nærmere beskrevet i vedlegg 4.

Det er imidlertid enkelte forskjeller innen de enkelte virksomhetsmodellene:

- **Alternativ Gaustad Øst - klynge.**  
Potensialet for dette alternativet er satt til 90 % siden denne løsningen i praksis forventes lik dagens virksomhetsmodell. Lange avstander og topografi tilsier noe redusert driftseffektivitet og kvalitet på pasientbehandlingen sammenlignet med en optimal klyngemodell.

- **Alternativ Ullevål hele og Gaustad.** Potensialet for dette alternativet er satt til 60 %. Dette skyldes at alternativet innebærer stor bruk av eksisterende bygg og strukturer. Alternativene Ullevål Nord og Gaustad, og Ullevål Sør og Gaustad, er gitt samme effektiviseringsgevinst.

Det er stor usikkerhet knyttet til størrelsen av de driftsøkonomiske effektene. Det er derfor gjort følsomhetsanalyser.

Vurderingen har 2014 som referanseår. Effektivisering vil kunne økes i årene som kommer, bl.a. grunnet aktivitetsvekst. I 0-alternativet må det gjøres tiltak for at alternativet skal være et reelt for sammenligning, bl.a. omfatter alternativet 119 000 kvm nybygg hvorav ca. 70 000 kvm til økt kapasitet for sykehusfunksjoner. Det er lagt til grunn at tiltakene vil være driftseffektive, og det er tatt med en effektivisering tilsvarende 10 % av virksomhetsmodell 3 (klyngemodell).

Tabell 41 oppsummerer forskjellene mellom alternativene.

0-alternativet	Gaustad øst - dagens virksomhetsmodell	Gaustad sør - dagens virksomhetsmodell	Ullevål nord og Gaustad	Ullevål sør og Gaustad	Gaustad Øst-klynge	Gaustad Øst-klynge	Ullevål hele og Gaustad
10 %	90 %	90 %	70 %	70 %	90 %	100 %	60 %

I etterfølgende konseptfase vil det være behov for å gå mer i dybden, med beregninger og analyser i tråd med kravene til konseptfaseutredning slik det fremkommer av veilederen for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter.

### 8.2.9 Bortfall av leiekostnader

OUS leier i dag arealer for å tilfredsstille sykehusets behov. Leiearealet er ca. 85 500 kvm og årlig leiebeløp er ca. 165 mill. kroner. De største leiearealene er i Forskningsveien 2, parkeringsanlegg ved Radiumhospitalet

(for ansatte), Fr. Nansens vei 12 (alderspsykiatri) og BUP i Gjerdrumsveien 21.

Gjennom realisering av nybygg i alle alternativene (utenom 0-alternativet), vil flere av disse leieforholdene ikke lenger være aktuelle. Årlig bortfall av leiekostnader utgjør ca. 44 mill. kroner. I 0-alternativet vil sykehuset øke omfanget av leie av lokaler hos OCCI (Oslo Cancer Cluster Innovation Park) med 4 mill. kroner årlig. Disse endringene i leiekostnader mellom alternativene, samlet 48 mill. kroner, er tatt med i beregning av økonomiske bærekraft.

OUS vil også i alle alternativene ha et vesentlig omfang av leie, bl.a. i Forskningsveien 2 samt lokaler til ambulanser og DPS.

Disse leiekostnadene er uavhengig av alternativene og er ikke tatt med i økonomiberegningene.

Videre utvikling og utbygging ved OUS vil fordre en organisasjonsutvikling med endringer i oppgavedeling og samarbeidsrelasjoner i sykehuset.

Tabell 41  
Effektivisering i de ulike alternativene.

## 8.3 Gevinstrealisering

Videre utvikling og utbygging ved OUS vil fordre en organisasjonsutvikling med tilhørende endringer i oppgavedeling og samarbeidsrelasjoner i sykehuset. Det må arbeides systematisk i linjeorganisasjonen over tid for å ta ut gevinst ved slike omstillinger. Linjeledere må involveres, ansvarliggjøres og opparbeide eierskap til nye arbeidsmåter. I konseptfasen må dette utredes videre med driftsøkonomiske beregninger, gevinstrealisering og organisa-

Verdien av eiendommer som kan avhendes dersom sykehuset samles i Gaustad-området, er anslått til i underkant av 6 mrd. kroner.

sjonsutvikling, gjerne basert på erfaringer fra andre sykehusprosjekter.

For nytt østfoldsykehus er det etablert et eget organisasjonsutviklingsprosjekt (OU) som forbereder organisasjonen på de endringer som følger av utbyggingen. Prosjektet skal bidra til konkrete planer for den nye sykehusorganisasjonen, tilpasset funksjonsløsninger, medisinsk-teknisk utstyr og tekniske løsninger. Formålet er å finne de beste løsningene for pasientbehandling og arbeidsmåter. Det pågår blant annet et arbeid med forslag til bemanning i standard sengeområde.

SINTEF har i samarbeid med UiO gjennomført følgeforskningsprosjektet «Ledelsens betydning for omstilling og endring»<sup>5</sup>. Prosjektet skulle følge OU-prosessens bidrag til gjennomføring av Ahus, spesielt ledelsens rolle i den sammenheng.

## 8.4 Realisering av verdier

### 8.4.1 Verdivurdering av eiendommer som kan frigis

Ved samling av sykehusets virksomhet vil flere av sykehusets eiendommer kunne avhendes, forutsatt at hovedtyngden av virksomheten samles. Det er foretatt en verdivurdering av disse eiendommene.<sup>6</sup> Dette gjelder områdene Radiumhospitalet,

Aker, Ullevål, Sognsvannveien (Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling), Spesialsykehuset for epilepsi (SSE) i Bærum og Dikemark i Asker.<sup>7</sup>

Verdivurderingene er gjort på bakgrunn av påregnet sannsynlig utviklingspotensial, nedjustert med ny eiers «risikopremie» for omregulering. Utviklingsformål er forutsatt i hovedsak å være boliger og/eller næringsbygg.

Verdien av eiendommer som kan avhendes dersom sykehuset samles i Gaustad-området, er anslått til i underkant av 6 mrd. kroner. Anslagene anses som nøkterne, både ved at det er forutsatt at eiendommene selges uten omregulering og derved tilrettelegging for verdiøkning, og fordi det ikke er tatt hensyn til verdipotensialet i spesialbygg.

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:

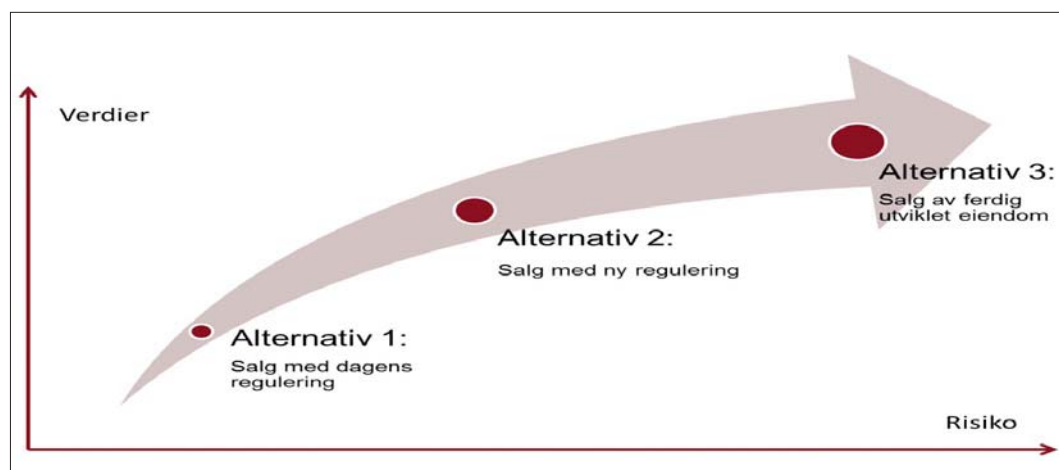
- Selge eiendommen som den er
- Omregulering – selge
- Omregulering – videreutvikle – selge

\*<sup>5</sup> Rapporten: Ledelse i et sykehus i omstilling. En oppsummering av et følgeforskningsprosjekt ved Akershus universitetssykehus i perioden 2006-2010, SINTEF Teknologi og samfunn, Helse, 2011-03-31.

\*<sup>6</sup> Verdiestimat av portefølje av sykehuseiendommer – Utvikling, Multiconsult AS og Foss & Co Næringsmegling AS, mars 2014.

\*<sup>7</sup> Verdivurdering av Dikemark, Helse Sør-Øst RHF, mars 2014.

Figur 65  
Verdi og risiko for alternative eiendomsstrategier.



Sammenhengen mellom verdi og risiko for OUS er prinsipielt illustrert i figur 3.

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.

hvilke investeringer som skal gjennomføres, enten med hovedtyngden av investeringene i oppgradering og forbedring av eksisterende bygninger (0-alternativet), eller i form av nybygg slik det er vist i de ulike andre alternativene.

I tabell 42 er derfor nåverdiene til de enkelte alternativene vist i forhold til 0-alternativet. I beregningene som er gjengitt i figuren er ikke avhending av eiendom inkludert, i samsvar med praksis i HSØ. Dette betyr at 0-al-

Inngangsverdier for beregningene:	Forutsetninger:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Investeringsbehov 2015-2030 (nybygg, ombygging, teknisk oppgradering, andre kostnader som infrastruktur, riving)</li> <li>• Driftsgevinster (FDVU, kjernedrift, bortfall av leiekostnader)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rente på lån (årlig) 3 %</li> <li>• Avdragstid lån 25 år</li> <li>• Byggelånsrenter er inkludert i byggeperioden</li> <li>• Diskonteringsrente nåverdi, 4 %</li> <li>• Økonomisk levetid 27 år</li> </ul>

## 8.5 Nåverdiberegning av alternativene

Med bistand fra HSØ er det etablert en analysemodell for beregning av nåverdier for alle alternativene. Beregninger er gjennomført både for prosjektene isolert og for helseforetaket.

Det er i investeringsbehovet inkludert arealer til forskning og utdanning, og det er i beregningene forutsatt at UiO/Kunnskapsdepartementet finansierer 50 % av kostnadene til disse arealene.

Modellen ivaretar etappevis utbygging, og det er lagt til grunn at fordeling av driftsgevinster per etappe baseres på andel nybygg per etappe.

Arbeidet med idéfase har vist at det ikke er et alternativ ikke å investere i bygninger for Oslo universitetssykehus HF de kommende ti-årene. Reelt sett er spørsmålet derfor

alternativet i beregningen kommer relativt sett bedre ut i og med at alle de andre alternativene frigjør betydelige deler av dagens tomter for salg, og at kostnadene ved å skaffe nye tomtearealer er tatt med på kostnads-siden. 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 viktig punkt er at usikkerheten (i negativ retning) er større knyttet til 0-alternativet enn ved de øvrige alternativene. I tillegg må det understrekes at i et langsiktig perspektiv vil store deler av bygningsmassen ved OUS ha nådd sin maksimale levetid. Store deler av lokalene er lite egnet for virksomheten og har svak tilpasningsdyktighet, noe som også begrenser levetiden. Arealene som er bygget før 1990 vil være fra 50 år til 200 år gamle i 2040. Det betyr at store deler av dette arealet må bli erstattet. På grunn av dette er fremtidig nybyggbehov i 0-alternativet fra ca. 2040 vurdert som 285 000 kvm. I nåverdi-

Med bistand fra HSØ er det etablert en analysemodell for beregning av nåverdier for alle alternativene.

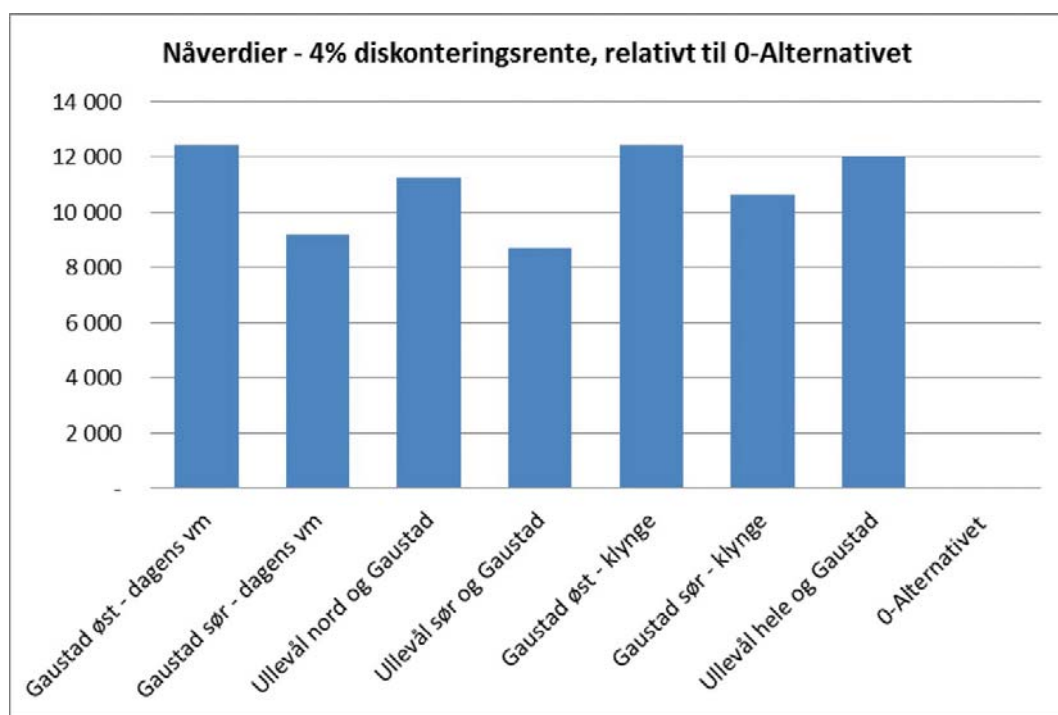
Arbeidet med idéfasen har vist at det ikke er et alternativ ikke å investere i bygninger for OUS de kommende ti-årene.



beregningene under er det bare tatt med byggkostnad for nybygget, da tomt eller infrastruktur ikke er konkretisert. Det er antatt at nybygget blir ferdig bygget i 2045. Driftsgevinster tilknyttet nybygget er det også tatt høyde for, men det er forutsatt med høyeste mulige driftsgevinst, lik Gaustad Sør - klynge, korrigert for antall kvadratmeter nybygg. Fordi økonomisk levetid for dette ny-

Beregningene viser at alternativene Gaustad Øst har høyest økonomisk nåverdi sammenlignet med 0-alternativet. Deretter kommer Ullevål Nord og Gaustad og hele Ullevål og Gaustad. Selv om alternativet Gaustad Sør - klynge gir de høyeste driftsgevinstene (FDVU, kjernedrift, bortfall av leiekostnader), har dette alternativet lavere nåverdi enn de fire nevnte alternativene. Dette

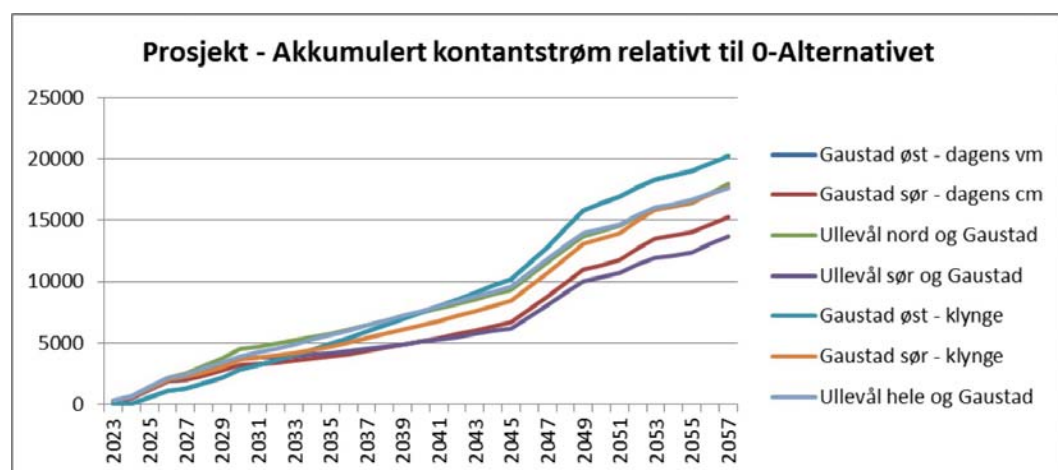
Tabell 42  
Arealfordeling i  
evalueringsalternativene.  
Sum av nåverdier i  
millioner kroner for  
utbyggingen relativt til  
0-alternativet neddiskon-  
tert til ferdigstillelse av  
den enkelte etappe.



bygget strekker seg utover idéfasens tidsbilde, er byggets restverdi lagt til som gevinst i slutten av 2057.

skyldes primært kostnader til tunnel, kollektivtransportløsninger (ny Gaustad stasjon) og riving (samt erstatningsbygg) for

Figur 66  
Akkumulerte kontant-  
strømmer for utbyggingen  
relativt til 0-alternativet  
uten diskontering.



større deler av PKI og A-avsnittet. Alternativ hele Ullevål og Gaustad har relativt høyt nåverdi pga. høy bruk av eksisterende bygg og derfor vesentlig lavere investeringsbehov.

I figur 66 fremkommer den akkumulerte kontantstrømmen år for år uten diskontering relativt til 0-alternativet.

Ved å oppsummere de udiskonterte kontantstrømmene relativt til 0-alternativet, er alternativene Gaustad Øst fortsatt mest økonomisk fordelaktige. Deretter kommer alternativene Ullevål Nord og Gaustad, Gaustad Sør-klynge og Ullevål hele og Gaustad.

## 8.6 Økonomisk bæreevne

I dette kapittelet belyses OUS sin evne til å bære kostnadene ved de store investeringsalternativene, såkalt økonomisk bæreevne. Investeringene kan da ikke lenger ses isolert, men må settes inn i en sammenheng med forventet utvikling i drift av foretaket forutsatt at investeringsprosjektene gjennomføres. Også andre investeringer må inn i vurderingen, blant annet investeringene i medisinsk-teknisk utstyr og IKT. Økonomisk bæreevne på lang sikt blir i stor grad et spørsmål om foretaket over tid klarer å gjennomføre driften innenfor forutsatte tildelte inntekter, dvs. drive i økonomisk balanse i et flerårig perspektiv. I praksis vil dette være sammenfallende med hvorvidt foretaket er i stand til å opprettholde verdien av egenkapitalen over tid.

### 8.6.1 Metode og startpunkt for vurdering av den økonomiske bæreevne

For å beregne den økonomiske bæreevnen er det benyttet HSØ sin modell for økonomisk langtidspan (ØLP), som for dette formål er utvidet til også å omfatte årene fra 2035-2040.

OUS styrebehandlet økonomisk langtidspan for årene 2015-2018 (35) den 24. april 2014. De driftsforutsetningene som ble lagt til grunn den gang er benyttet som utgangspunkt for vurdering av den økonomiske bæreevne i dette kapitlet. I årene 2015-2018 er det i økonomisk langtidspan innarbeidet betydelig effektivisering. Vekst i aktivitet på om lag 1,5 prosent per år må gjennomføres med om lag de ressurser som inngår i budsjettet for 2014. Dette innebærer om lag 1 milliard kroner i krav til effektivisering totalt for årene 2015 til 2018.

I den økonomiske langtidspanen er det lagt til grunn et krav om å effektivisere driften fra 2015-2018 med 1,5% per år, totalt 6% for perioden.

Dette kravet inngår i denne vurderingen av økonomisk bæreevne for alle alternativer det er gjennomført beregninger på. I perioden 2018 til 2030 er det lagt til grunn en økning i aktivitetsbaserte inntekter, varekostnader og personalkostnader på 0,5 %.

### 8.6.2 Investeringsalternativ som er vurdert

Det må gjøres en rekke vurderinger når de ulike investeringsalternativene skal kombineres på en konsistent måte med forutsetningene for drift. Så langt i arbeidet med å vurdere økonomisk bæreevne har det derfor ikke vært praktisk mulig å vurdere alle alternativene. De beregningene som presenteres er derfor knyttet til fire av alternativene: 0-alternativet, Gaustad Øst, klyngemodell, Gaustad Sør - klyngemodell og Ullevål hele og Gaustad.

I tillegg til investeringene som følger av alternativene, er det lagt inn forutsetninger om reinvesteringer i bygg for å sikre at sykehuset driftes i moderne og adekvate bygg. Dette er håndtert ved å fastsette et minimumsnivå på verdien på bygg og eiendom til om lag 25 milliarder kroner.

Ved å oppsummere de udiskonterte kontantstrømmene relativt til 0-alternativet, er alternativene Gaustad Øst fortsatt de mest økonomisk fordelaktige.

I den økonomiske langtidspanen er det lagt til grunn et krav om å effektivisere driften fra 2015-2018 med 1,5% per år, totalt 6% for perioden.

Alternativene i denne rapporten omfatter forutsetninger om aktivitet og drift i sykehuset fram til 2030.

### 8.6.3 Innarbeiding av endrede inntekts- og kostnadsforutsetninger i modell for økonomisk langtidsplan

Alternativene i denne rapporten omfatter forutsetninger om aktivitet og drift i sykehuset frem til 2030. Fra 2031 og videre er det lagt til grunn uendret aktivitet, inntekter og ressursbruk i løpende drift. Endringer i avskrivninger, andre driftskostnader og finansposter er fra 2031 utelukkende beregnet som en konsekvens av alternativene nevnt ovenfor.

Aktivitetsbaserte inntekter er beregnet med bakgrunn i forutsatt aktivitetsvekst fra 2012 til 2030. Det er tatt hensyn til faktisk vekst og vekstanslag for perioden 2012-2018, som er behandlet i økonomisk langtidsplan 2015-2018. Dette innebærer om lag 0,5 pst inntektsvekst per år i perioden 2019-2030. For basisinntekter er det for perioden 2015-2018 lagt til grunn de forutsetningene som er mottatt fra HSØ i arbeidet med økonomisk langtidsplan. Fra 2019-2030 er det lagt til grunn tilsvarende vekst som i de aktivitetsbaserte inntektene.

For vare- og lønnskostnader er det lagt til økning som tilsvarer vekst fra 2019-2030. For 0-alternativet er det lagt inn driftsinnsparing på 90 mill. kroner etter innflytting i nye bygg i årene 2022 til 2027. Dette øker med om lag 600 mill. kroner som følge av innflytting i nye bygg i 2045. For Gaustad Øst - klyngemodell, Gaustad Sør - klyngemodell og Ullevål hele og Gaustad, er det lagt inn driftsinnsparinger på henholdsvis om lag 800 mill. kroner, 900 mill. kroner og 540 mill. kroner. Driftsinnsparingene er basert på vurdering i kapittel 8.3 og justert for vekst i OUS frem til 2030. For andre driftskostnader er det lagt til grunn de beregnede årlige endringene i FDV- og leiekostnader. Det er ikke vurdert endringer i IKT kostnader etter 2018, det vil si at nivået fra 2018 er videreført hele perioden. Nivået i 2018 er om lag 300 mill. kroner høyere enn budsjett 2014. Resterende andre driftskostnader øker i takt med vekst i aktivitet på 0,5 % per år.

Det er beregnet avskrivningskostnader som følge av investeringer i alternativene. Det er lagt til grunn en avskrivningstid for investeringer i de bygg som skal erstattes med nye bygg, som representerer restlevetiden, dvs. ingen restverdi ved planlagt utflytting i 2030. Nivået på investeringer i bygg som skal rives er høyt; om lag 4,7 milliarder kroner for alternativene Gaustad Øst - klynge og Gaustad Sør - klynge, og om lag 3,7 milliarder kroner for Ullevål hele og Gaustad. Dette medfører alene årlige avskrivninger frem til 2030 på om lag 325 mill. kroner for alternativene Gaustad Øst - klynge og Gaustad Sør - klynge, og 280 mill. kroner for Ullevål hele og Gaustad. Det er restverdier i balansen i 2030, for investeringer gjennomført til og med 2013, i bygg som er forutsatt solgt (blant annet Ullevål og Radiumhospitalet). Ettersom det ikke foreligger planer for endelig bruk/avhendelse av de bygg som har restverdier i 2030, er det ikke lagt inn ekstra avskrivninger/nedskrivninger eller ekstra salgsinntekter for disse byggene. Disse restverdiene inngår dermed i årlige avskrivninger for alternativene Gaustad Øst - klynge, Gaustad Sør - klynge og Ullevål hele og Gaustad etter 2030 i denne beregningen.

Finansinntekter og finanskostnader endres i takt med endringer i lån til investeringer, endringer i driftsresultatet og endringer i mellomværende med HSØ.

### 8.6.4 Økonomisk bæreevne for 0-alternativet

Kortfattet er utviklingen i de viktigste forholdene som påvirker økonomisk bæreevne følgende:

- Økte avskrivninger, rentekostnader og FDV kostnader
  - Avskrivninger i 2014 er på om lag 840 mill. kroner og vil øke til om lag 1 500 - 1 800 mill. kroner frem til nye bygg tas i bruk i 2045. Da øker avskrivningene ytterligere.

- Netto finanskostnader (om lag like store renteinntekter som rente kostnader i 2014) svekkes årlig som følge av liten grad av egenfinansiering av investeringer.
- Økning i FDV-kostnader utgjør om lag 370 mill. kroner fra 2014 til 2045. Deretter reduseres FDV-kostnadene med om lag 230 mill. kroner som følge av innflytting i nybygg.
- Effektivisering og bidrag fra drift
  - I årene 2015-2018 er det innarbeidet krav til effektivisering i henhold til økonomisk langtidsplan.
  - Effektivisering er estimert til 90 mill. kroner etter innflytting i nye bygg i årene 2022 til 2027. Dette øker med om lag 600 mill. kroner som følge av innflytting i nye bygg i 2045.

Holdes disse forholdene opp mot hverandre viser beregningene at de krav som stilles til effektivisering av drift fra 2015 til 2018 og den effekten som er beregnet ved innflytting i nye

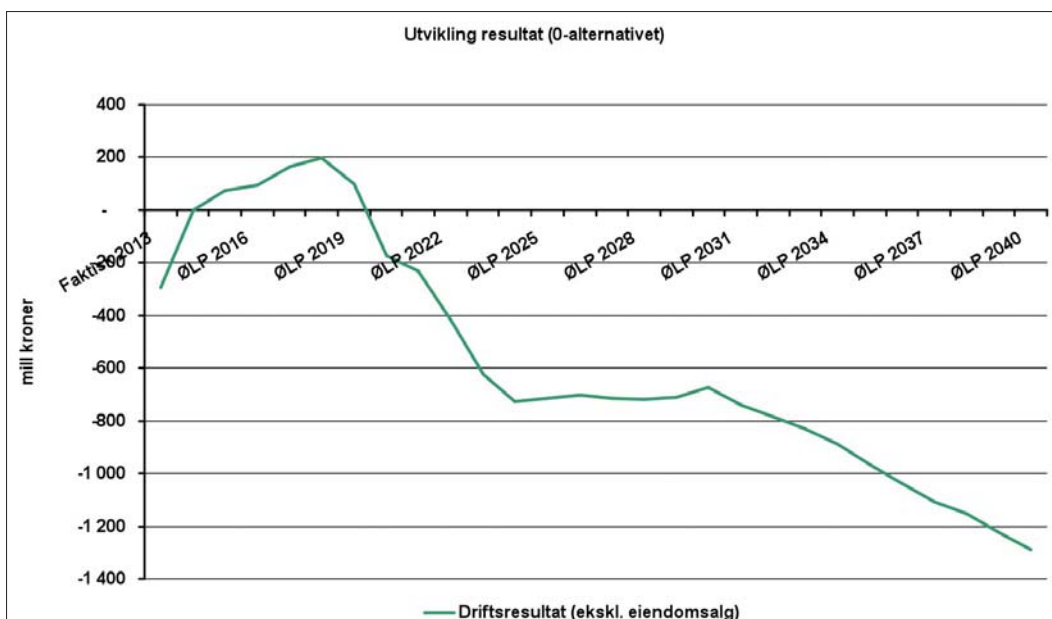
bygg, ikke er tilstrekkelige til å håndtere økte rentekostnader og avskrivningskostnader som følger av investeringene. I figur 67 vises beregnet resultatutvikling i OUS.

Modellen beregner også endringer i de balanseførte verdier. Følgende utviklings-trekk er beregnet for 0-alternativet:

- Omfanget av varige driftsmidler øker i takt med investeringene fram til 2024. Dette reduseres etter dette til et nivå som anslås som nødvendig for å sikre adekvate forhold for sykehusdrift i gamle bygg, fram til investeringer i ytterligere nye bygg starter i 2038.
- Langsiktig gjeld øker fram til 2024 ettersom 70 % av investeringene i bygg i 0-alternativet er forutsatt finansiert med lån fra departementet. Etter at bygg og oppgraderinger er ferdigstilt betales gjelden ned over 25 år.
- Egenkapitalen utvikler seg negativt og i takt med de negative driftsresultater der alle inntekter og kostnader er innarbeidet.

Det understrekes at det er stor usikkerhet ved denne type beregninger. Med utgangs-

Langsiktig gjeld øker fram til 2024 fordi 70 % av investeringene i bygg i 0-alternativet er forutsatt finansiert med lån fra departementet.



Figur 64  
Utvikling i resultat 2013-2040 med 0-alternativet.

Foretaket må effektivisere virksomheten ytterligere utover det som er lagt til grunn, for at 0-alternativet skal være økonomiske bærekraftig.

punkt i forutsetningene over, viser imidlertid beregningene at det ikke er økonomisk bæreevne i OUS til å oppgradere og drifte virksomheten videre i gammel bygningsmasse, når de aktuelle oppgraderingene som er forutsatt i 0-alternativet skal gjennomføres. Med andre ord viser beregningene at foretaket må effektivisere virksomheten ytterligere utover det som så langt er lagt til grunn, for at 0-alternativet skal være økonomiske bærekraftig.

### 8.6.5 Økonomisk bæreevne for Gaustad Øst - klyngemodell

Kortfattet er utviklingen i de viktigste forholdene som påvirker økonomisk bæreevne i alternativ Gaustad - Øst - klyngemodell følgende:

- Økte avskrivninger og rentekostnader:
  - Avskrivninger i 2014 er på om lag 840 mill. kroner og vil øke til om lag 1 800 mill. kroner som et varig nivå i perioden.
  - Netto finanskostnader (om lag null i 2014) svekkes med om lag 600 mill. kroner fram til 2024. Som følge av eiendomssalg holdes det på om lag samme nivå i perioden

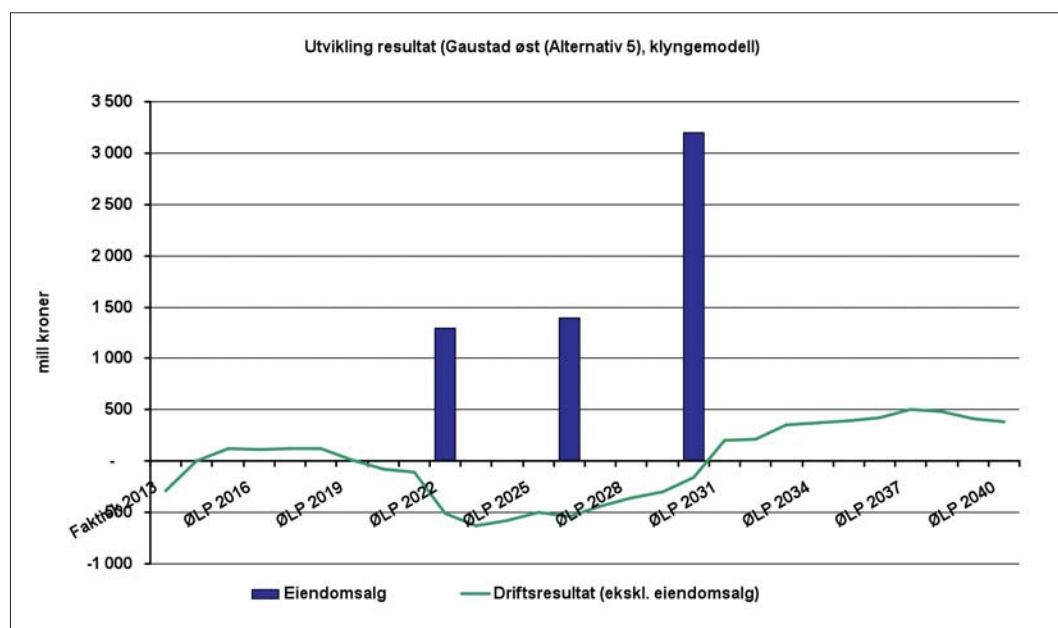
2025 til 2031, og fra 2032 bedres netto finans til om lag 350 mill. kroner i årlige kostnader mot slutten av perioden.

- Effektivisering og bidrag fra drift:
  - I årene 2015-2018 er det innarbeidet krav til effektivisering i henhold til økonomisk langtidsplan.
  - Effektivisering når virksomhet flytter inn i nye bygg er estimert til om lag 800 mill. kroner.
  - Endringer som følge av reduserte leiekostnader og økte FDV-kostnader blir om lag utlignet.

De krav som stilles til effektivisering av drift er om lag tilstrekkelige til å håndtere de økte rente- og avskrivningskostnadene som følger av investeringene.

I figur 68 vises resultatutviklingen i OUS. Den grønne linjen viser beregnet resultatutvikling eksklusive eiendomssalg. De blå stolpene viser eiendomssalg for de aktuelle årene. Totalt resultat for årene 2015 til og

Figur 65  
Utvikling i resultat  
2013-2040 med Gaustad  
Øst – klyngemodell.



med 2040 er et overskudd på 6,0 milliarder kroner inklusive eiendomssalgene.

Beregningene viser følgende utviklingstrekk for de balanseførte verdier i dette alternativet:

- Varige driftsmidler øker i takt med investeringene fram til 2030 og reduseres etter dette til et nivå som anslås som nødvendig for å sikre egnede forhold for sykehusdrift på permanent basis.
- Langsiktig gjeld øker fram til 2030 ettersom 70 % av investeringene i nye bygg er forutsatt finansiert med lån fra departementet. Etter at byggene er ferdigstilt betales gjelden ned over 25 år.
- Netto basisfordring/konsernkonto reduseres noe i perioden.
- Egenkapitalen utvikler seg positivt og i takt med de positive driftsresultater der alle inntekter og kostnader er innarbeidet.

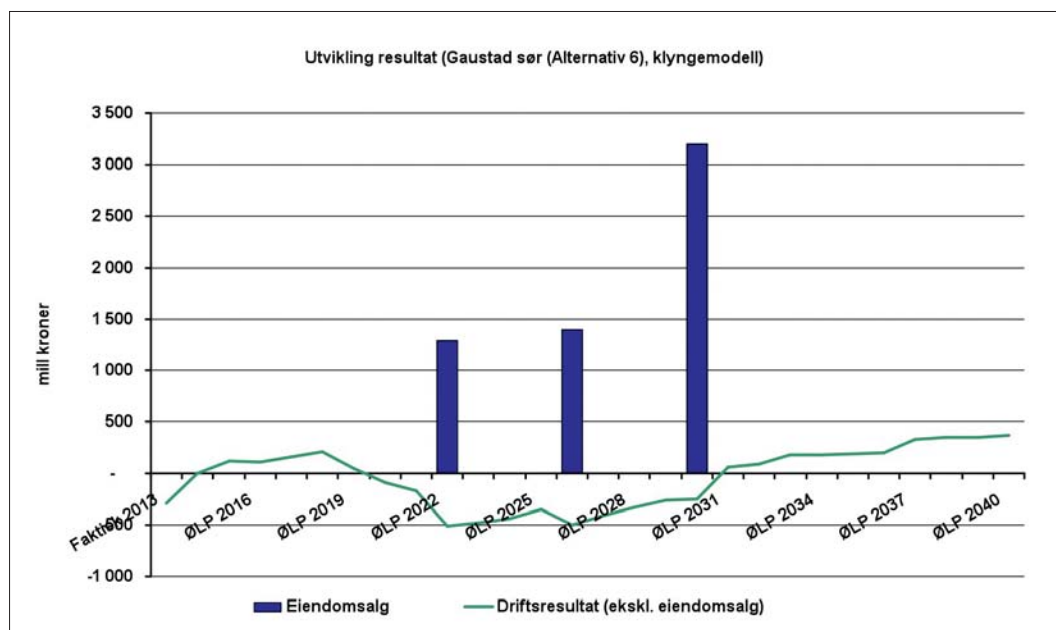
Mot slutten av den økonomiske levetiden for nybyggene forventes det reduserte driftsresultater, som følge av at effektiviseringsgevinsten på om lag 800 mill. kroner ikke lenger er til stede.

### 8.6.6 Økonomisk bæreevne for Gaustad Sør - klyngemodell

Kortfattet er utviklingen i de viktigste forholdene som påvirker økonomisk bæreevne i alternativ Gaustad Sør med klyngemodell følgende:

- Økte avskrivninger og rentekostnader:
  - Avskrivninger i 2014 er på om lag 840 mill. kroner og vil øke til om lag 1 900 mill. kroner som et varig nivå i perioden.
  - Netto finanskostnader (om lag null i 2014) svekkes med om lag 700 mill. kroner fram til 2032, men nivået bedres til under 400 mill. kroner mot slutten av perioden.
- Effektivisering og bidrag fra drift:
  - I årene 2015-2018 er det innarbeidet krav til effektivisering i henhold til økonomisk langtidsplan.
  - Effektivisering når virksomhet flytter inn i nye bygg er estimert til om lag 900 mill. kroner. Endringer som følge av reduserte leiekostnader og økte FDV-kostnader blir om lag utlignet.

Når virksomheten flytter inn i nye bygg er effektivisering estimert til om lag 900 mill. kroner.



Figur 66  
Utvikling i resultat 2013-2040 med Gaustad Sør – klyngemodell.

I alternativet Gaustad Sør-klyngemodell er de krav som stilles til effektivisering av drift tilstrekkelig til å håndtere de økte rente- og avskrivningskostnadene som følger av investeringene.

De krav som stilles til effektivisering av drift er om lag tilstrekkelig til å håndtere de økte rente- og avskrivningskostnadene som følger av investeringene.

I grafen under vises resultatutviklingen i OUS. Den grønne linjen viser beregnet resultatutvikling eksklusive eiendomssalg. De blå stolpene viser eiendomssalg for de aktuelle årene. Totalt resultat for årene 2015 til og med 2040 er et overskudd på 5,1 milliarder inklusive eiendomssalgene.

Beregningene viser følgende utviklingstrekk for de balanseførte verdier i dette alternativet:

- Varige driftsmidler øker i takt med investeringene fram til 2030 og reduseres etter dette til et nivå som anslås som nødvendig for å sikre egnede forhold for sykehusdrift på permanent basis.
- Langsiktig gjeld øker fram til 2030 ettersom 70 % av investeringene i nye bygg er forutsatt finansiert med lån fra departementet. Etter at byggene er ferdigstilt betales gjelden ned over 25 år.
- Netto basisfordring/konsernkonto reduseres noe i perioden.
- Egenkapitalen utvikler seg positivt og i takt med de positive driftsresultater der alle inntekter og kostnader er innarbeidet.

Mot slutten av den økonomiske levetiden for nybyggene forventes det reduserte driftsresultater, som følge av at effektiviseringsgevinsten på om lag 900 mill. kroner ikke lenger er til stede.

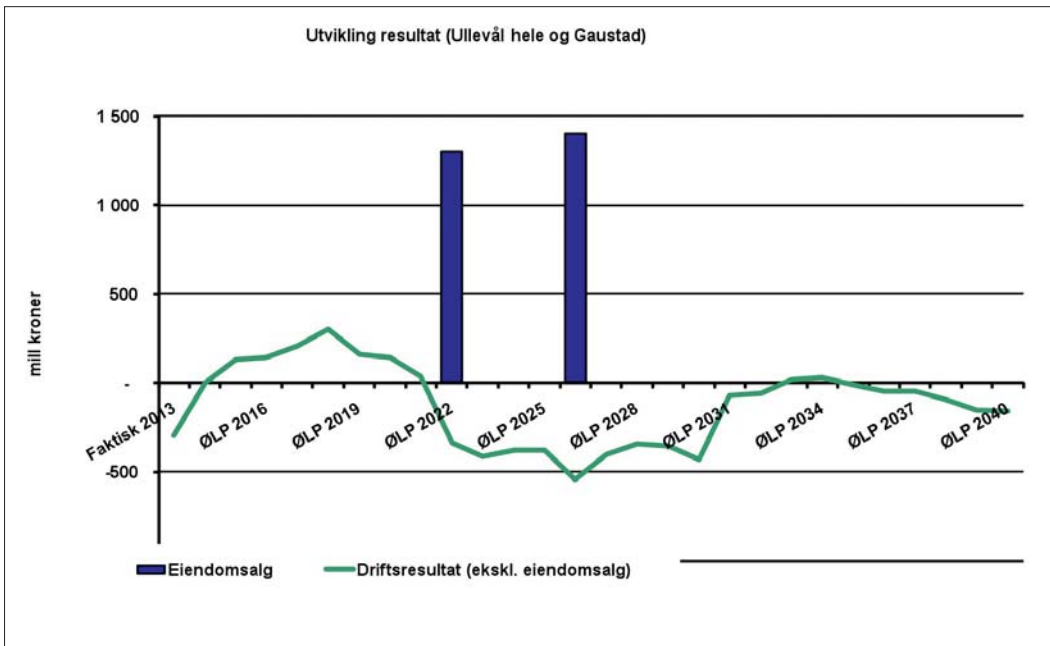
### 8.6.7 Økonomisk bæreevne for Ullevål hele og Gaustad

Kortfattet er utviklingen i de viktigste forholdene som påvirker økonomisk bæreevne i alternativ Ullevål hele og Gaustad følgende:

- Økte avskrivninger og rentekostnader:
  - Avskrivninger i 2014 er på om lag 840 mill. kroner og vil øke til om lag 1 700 mill. kroner som et varig nivå i perioden.
  - Netto finanskostnader (om lag null i 2014) svekkes med om lag 600 mill. kroner fram til 2030. Det bedres noe årene etter, men vil fortsatt ligge på om lag 550 mill. kroner fram mot slutten av perioden.
- Effektivisering og bidrag fra drift:
  - I årene 2015-2018 er det innarbeidet krav til effektivisering i henhold til økonomisk langtidsplan.
  - Effektivisering når virksomhet flytter inn i nye bygg er estimert til om lag 540 mill. kroner.
  - Endringer som følge av reduserte leiekostnader og økte FDV-kostnader blir om lag utlignet.

Disse forholdene holdt opp mot hverandre tilsier at de krav som stilles til effektivisering av drift er om lag, men ikke helt, tilstrekkelig til å håndtere de økte rente- og avskrivningskostnadene som følger av investeringene.

I grafen under vises resultatutviklingen i OUS. Den grønne linjen viser beregnet resultatutvikling eksklusive eiendomssalg. De blå stolpene viser eiendomssalg for de aktuelle årene. Totalt resultat for årene 2015 til og med 2040 er et underskudd 300 mill. kroner inklusive eiendomssalgene.



Figur 67  
Utvikling i resultat  
2013-2040 med Ullevål  
hele og Gaustad.

Beregningene viser følgende utviklingstrekk for de balanseførte verdier i dette alternativet:

- Varige driftsmidler øker i takt med investeringene fram til 2030 og reduseres etter dette til et nivå som anslås som nødvendig for å sikre egnede forhold for sykehusdrift på permanent basis.
- Langsiktig gjeld øker ettersom 70 % av investeringene i nye bygg er forutsatt finansiert med lån fra departementet. Etter at byggene er ferdigstilt betales gjelden ned over 25 år.
- Netto basisfordring/konsernkonto reduseres i perioden.
- Egenkapitalen øker først noe og reduseres deretter i takt med driftsresultatene der alle inntekter og kostnader er innarbeidet.

Mot slutten av den økonomiske levetiden for nybyggene forventes det reduserte driftsresultater, som følge av at effektiviseringsgevinsten på om lag 540 mill. kroner ikke lenger er til stede.

### 8.6.8 Følsomhet

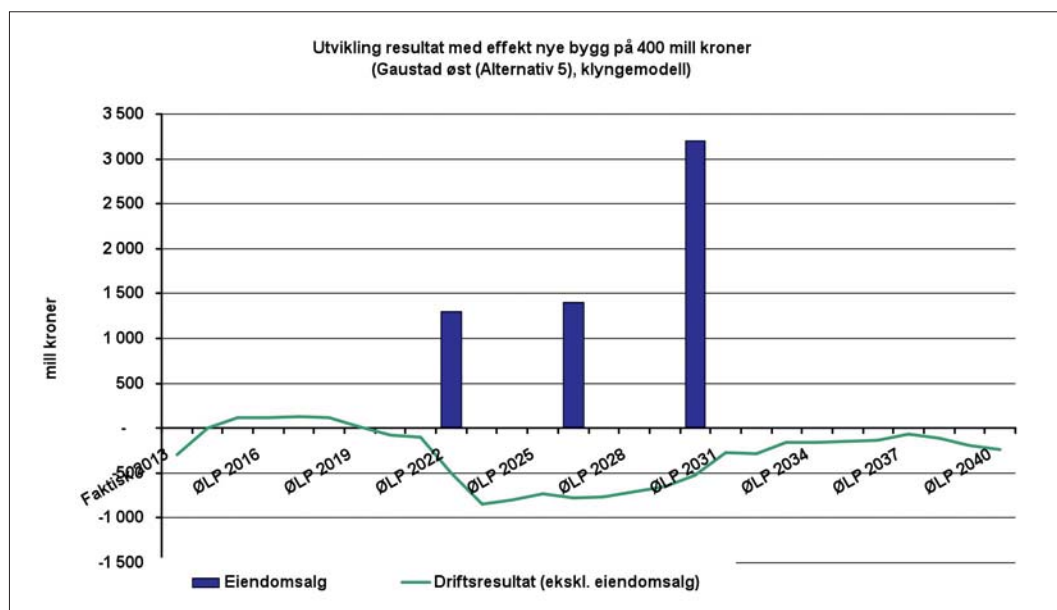
Framskrivningene av resultat- og balanseverdier er følsomme for endringer i driftsforutsetningene. Det er regnet på hvordan driftsresultatet vil utvikle seg dersom effektivisering som kan oppnås ved at virksomhet flytter inn i nye bygg, reduseres med 50 %. Figur 71 viser resultatutviklingen i OUS for Gaustad Øst - klynge og Gaustad Sør - klynge under disse forutsetningene.

Figur 71 og 72 viser at konsekvensen av halvert effektivisering ved at virksomhet flytter inn i nye bygg er betydelig. Under slike forutsetninger forventes heller ikke Gaustad Øst - klynge og Gaustad Sør - klynge å være økonomisk bærekraftig. Med andre ord må effektiviseringsgevinsten som følge av gjennomføring av alternativene være større enn 400 - 450 mill. kroner for at OUS skal ha økonomisk bæreevne til å gjennomføre investeringene.

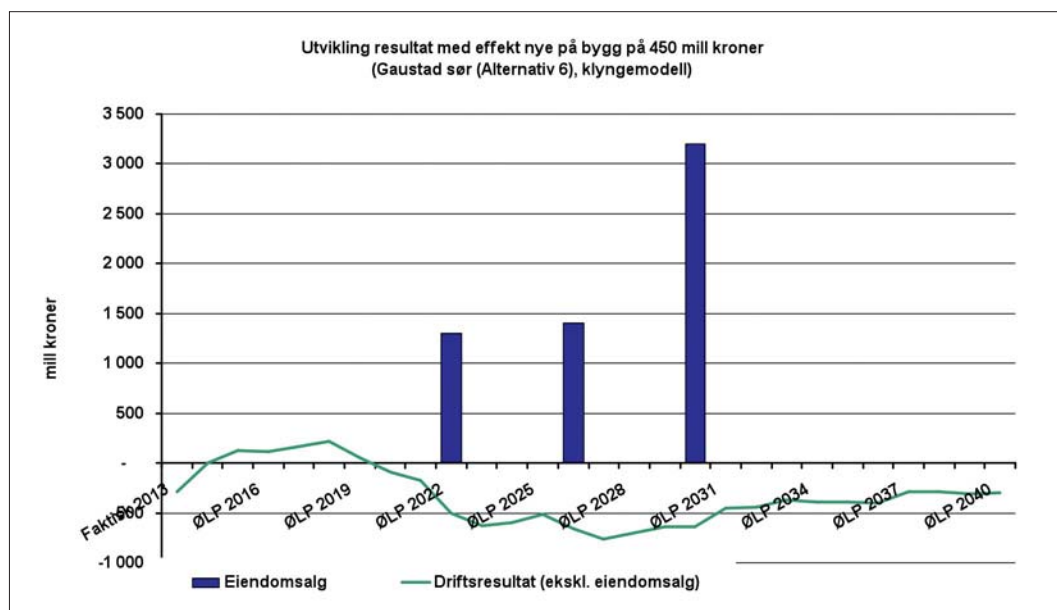
Det er ikke regnet på følsomhet ved endrede rentebetingelser. Beregningene er foretatt i en fastprismodell og i en slik sammenheng vurderes om lag 3 % rente (og tilsvarende nivå på realrente) å være høyt nok. Et mer nærliggende alternativ ville være å jgen-



Figur 68  
Utvikling i driftsresultat i  
2013-2040 med Gaustad  
Øst - klyngemodell, ved  
halvert effekt av at  
virksomhet flytter inn i  
nye bygg.



Figur 69  
Utvikling i driftsresultat i  
2013-2040 med Gaustad  
Sør - klyngemodell, ved  
halvert effekt av at  
virksomhet flytter inn i  
nye bygg.



nomføre 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 idéfase-arbeidet.

### 8.6.9 Samlet vurdering av beregningene av økonomisk bæreevne for OUS til å gjennomføre investeringsalternativene

Det understrekes at det er betydelig usikkerhet knyttet til slike framskrivinger.

Mindre endringer i forutsetningene, videreført i mange år, vil kunne gi store utslag på balanseverdier, herunder foretakets egenkapital. Beregningene viser imidlertid at det er mulig å tegne et scenario for OUS for de kommende ti-år basert på rimelige forutsetninger som innebærer at helseforetaket har økonomisk bæreevne til å håndtere kostnadene forbundet med investeringene i alternativene Gaustad Øst - klynge og Gaustad Sør - klynge. Dette er imidlertid nøye knyttet til forutsetningene om produktivitets-

vekst fra 2015-2018, slik styret har lagt til grunn i økonomisk langtidsplan, og ytterligere store effektiviseringsgevinster når de nye sykehusbygningene tas i bruk.

## 8.7 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.

## 8.8 Samfunnsøkonomisk vurdering av faktorer som ikke er fanget opp

De fleste effektene som berører pasienter, pårørende, ansatte, befolkningen generelt og sentrale interessenter, som kommune, universitet, høyskole og næringsliv er belyst andre steder i idéfaserapporten. Følgende øvrige samfunns effekter er identifisert utover dette:

- Tilgjengelighet og transport
- Natur og miljø
- Attraktivt for rekruttering
- Beredskap
- Fordelingsvirkninger
- Fleksibilitet og usikkerhet

I det følgende presenteres disse effektene og hvordan de slår ut for de forskjellige alternativene.

### 8.8.1 Tilgjengelighet og transportarbeid

Tilgjengelighet dreier seg om hvor enkelt det er å komme seg til sykehuset, enten som ansatt, pasient eller pårørende, enten reisen foregår med ambulans (bil eller helikopter), privatbil eller kollektivtransport. Transportarbeid i denne sammenheng omhandler den samlede reiseavstanden og reisetiden som kreves for at ansatte, pasienter og pårørende skal komme til og fra sykehuset. Det er ønskelig med god tilgjengelig og minst mulig transport.

Den største mengden reiser til og fra sykehuset står de ansatte for. Tilgjengelighet og transportarbeid for denne gruppen veier derfor tungt. Det må i fremtiden forventes at en stor andel av de ansatte reiser til sykehuset med kollektivtransport, til fots eller på sykkel. T-bane er særlig viktig i denne sammenhengen, siden dette transportmidlet er effektivt og har stor kapasitet. T-banedekningen på Gaustad sør er god, mens den er fraværende på Ullevål. Gang- og sykkelveinettet er også viktig. Dette er godt både på Ullevål og Gaustad, men Ullevål har den fordel at det ligger mer sentralt, og således i gang- og sykkelavstand for flere.

Transportarbeidet for de ansatte vil på kort sikt øke uansett valg av alternativ (da med unntak for 0-alternativet, som er dagens situasjon). Det antas at de ansatte tilpasser bosted til arbeidssted på sikt. Forskjellen i transportarbeid mellom Gaustad og Ullevål er antagelig liten, og vil i stor grad handle om tilgjengelighet og ikke avstand, hvilket skulle tilsi at Gaustad Sør kommer best ut.

Tilgjengelighet ved øyeblikkelig hjelp kan være livsviktig. Ullevål kommer dårlig ut når det gjelder tilgang med bil, grunnet utfordringer med kø og støy.

Det synes som om samling på Gaustad sør for Rikshospitalet kommer best ut på denne effekten. Nullalternativet er også akseptabelt

**Ansatte står for de fleste reiser til og fra sykehuset. Tilgjengelighet og transport for denne gruppen veier derfor tungt.**

Et stort utbyggingsprosjekt vil ha noen negative effekter på lokalmiljøet i byggeperioden.

For OUS er situasjonen den at det er attraktivt for dyktige fagpersoner å jobbe på sykehuset.

særlig fordi det antagelig gir minst transport på kort sikt. Ullevål-tomtene svekkes av dårlig tilgang på skinnegående kollektivtransport. Det gjelder særlig nordre del av området, som også ligger langt fra bytrikk. Noe svakere tilgang for ambulanse trekker ned for Ullevål-alternativene. Gaustad Øst har også svakheter knyttet til skinnegående kollektivtrafikk, fordi deler av sykehuset vil ligge utenfor normalt akseptert gangavstand fra t-bane og til dels trikk.

### 8.8.2 Natur og miljø

Et stort utbyggingsprosjekt vil ha noen negative effekter på lokalmiljøet i byggeperioden. Dette gjelder støy, støv og trafikk. Omfanget vil antagelig være om lag likt uavhengig av hvor utbyggingen skjer, men det kan være en forskjell på hvor mange mennesker som berøres. Det er ikke et stort antall bolighus i direkte tilknytning til hverken Gaustad-tomta eller Ullevål-tomta. Begge disse tomtene er dessuten allerede i dag preget av betydelig trafikk, på henholdsvis Ring 3 og Ring 2. Det synes således ikke som om disse lokalmiljøutfordringene er betydelige eller vesentlig forskjellige for de to alternative tomtene.

Når det gjelder naturinngrep er det derimot betydelige forskjeller mellom alternativene. På Gaustad vil alternativet med tunnel åpne opp nye grøntkorridorer, mens alternativet østover vil legge beslag på om lag 100 mål som i dag er åpne sletter og skog, og som til dels er regulert til friområde.

Gaustad Sør med tunnel kommer best ut her, mens Gaustad Øst kommer dårligst ut. Alternativer der sykehuset er delt mellom Gaustad Sør (men uten tunnel) og Ullevål (enten nord eller sør på tomte) gir ikke vesentlige positive eller negative effekter.

Frigivelse av tomter på Montebello, Sinsen og i Bærum vil kunne gi positive effekter i form av nye attraktive parker og grøntområder.

Dette omtales særskilt annet sted i idéfase-rapporten.

### 8.8.3 Attraktivt for rekruttering

For å sikre god kvalitet på sykehusets tjenester, er det viktig med kompetente medarbeidere. Det er nødvendig at sykehuset evner å tiltrekke seg og beholde slike medarbeidere. Kompetente ansatte på OUS kan også gi samfunnsmessige ringvirkninger ved at Oslo tar en rolle som kunnskapshovedstad, med kobling av kompetanse på universitet, sykehus og i næringslivet.

For OUS er situasjonen den at det er attraktivt for dyktige fagpersoner å jobbe på sykehuset. Andre sykehus har betydelig større utfordringer knyttet til rekruttering. Likevel vil det være viktig for OUS å beholde og styrke en slik posisjon, særlig i en situasjon med knapphet på helsepersonell. Overordnet sett er det slik at alle alternativer gir større positive utslag på denne effekten enn hva 0-alternativet gjør. Særlig skyldes det ny bygningsmasse. Samling på Gaustad er noe bedre enn delt løsning, både fordi dette gir mest mulig samling av fagmiljø og fordi nybyggingen er størst. Klyngemodellen kan antas å være noe mer rekrutterende enn øvrige virksomhetsmodeller.

### 8.8.4 Beredskap

Som regionalt traumesenter og det største medisinske akutt sykehuset, har OUS en viktig funksjon ved store ulykker og andre hendelser som gir mange pasienter på kort tid. For å kunne fylle denne funksjonen må sykehuset være tilgjengelig i en beredskaps-situasjon.

I praksis er det i dag Ullevål sykehus som skal ta imot pasienter fra slike eksterne ulykker. Dersom Ullevål skulle være helt utilgjengelig som følge av for eksempel et gassutslipp, vil den regionale traumefunksjonen flyttes til Ahus, mens andre akuttpasienter fordeles mellom de øvrige sykehusene i Oslo og

Akershus inklusive Rikshospitalet. Sannsynlighetene for en slik hendelse er lav, men konsekvensen kan være svært negativ.

God beredskapshåndtering er nærmere knyttet til kompetanse enn til bygningsmasse, og kompetansen vil kunne opprettholdes og være lik ved de ulike alternativer som presenteres i rapporten.

Videre er det slik at de ulike alternativene fortsatt kan baseres på at traumefunksjonen flyttes til Ahus ved en tenkt krise som rammer sykehuset, og at andre akutt-pasienter fordeles mellom de øvrige sykehusene i Oslo og Akershus. Ved samling på et sted vil man måtte inkludere Vestre Viken i en beredskapsplan for omfordeling av pasienter; selv om det ved en klyngemodell vil være avhengig av hvor mange av de ulike sentrene som er rammet i en tenkt krisesituasjon.

Et samlet OUS må planlegges slik at det er gode alternative ruter for ambulansetrafikk. På samme måte må det være mulig å lande flere helikopter samtidig i en beredskaps-situasjon.

### 8.8.5 Fordelingsvirkninger

Fordelingsvirkninger er når samfunns-effekter slår ulikt ut for ulike grupper. Man kan tenke seg at noen grupper rammes negativt selv om samfunnet i sum kommer positivt ut.

Det kan være positivt å ha et sykehus i nær-området fordi det skaper aktivitet og by-utvikling, og fordi nærheten til attraktive arbeidsplasser kan øke eiendomsverdiene. Det kan også være negative sider ved å være sykehus-nabo; trafikkbelastningen i området blir stor, og sykehuset kan legge beslag på grøntområder.

Det kan argumenteres for at det alt i alt er positivt for samfunnet om både de positive

og de negative effektene spres til flest mulig innbyggere. Da blir fordelingsvirkningene små.

Alle de vurderte alternativer plasserer sykehuset geografisk i den delen av Oslo der også øvrig sykehusaktivitet finnes. Diakonhjemmet, Lovisenberg, Gaustad og Ullevål ligger svært samlet. Viktige vekstområder i Oslo som Søndre Nordstrand har dermed forholdsvis lang vei til sitt nærmeste sykehus. Selv om avstandene i OUS sitt opptaksområde er veldig små, kan det argumenteres for at det ville være hensiktsmessig å skille ut lokalsykehusfunksjoner av samme omfang som Diakonhjemmet eller Lovisenberg, og plassere et lokalsykehus sør i Oslo.

Dersom det skulle bli endringer i oppgavefordeling mellom Ahus og OUS, slik at OUS tar tilbake ansvaret for beboerne i Groruddalen, ville det også kunne være aktuelt med et lokalsykehus i den delen av byen.

Nærhet til pasientene er en styrke i seg selv, men det kan også argumenteres med at det kan følge positive ringvirkninger knyttet til by- og næringsutvikling til en sykehusetablering i disse delene av byen. Om et slikt sykehus driftes av OUS eller andre er i så måte ikke viktig.

De samlede alternativene gir større fordelingsvirkninger enn de delte alternativene. Også i de samlede alternativene kan det antas at fordelingsvirkningene er relativt begrensede, siden naboskap til et sykehus vil ha både positive og negative sider. Denne effekten vektet derfor ikke tungt i den totale vurderingen, men det trekkes likevel frem at en utskilling av oppgaver til et nytt lokalsykehus annet sted i byen vil kunne være positivt.

### 8.8.6 Fleksibilitet og usikkerhet

Fleksibilitet ivaretas gjennom bygg som kan tilpasses endrede driftsformer, og ved å

God beredskaps-håndtering er nærmere knyttet til kompetanse enn til bygningsmasse. Kompetansen vil kunne opprettholdes og være lik ved de ulike alternativene.

En sykehus-etablering kan gi positive ringvirkninger knyttet til by- og nærings-utvikling.

sørge for mulighet til endret bygningsvolum i tilfelle vekst eller nedgang i produksjon.

I det store bildet er det slik at OUS gir fra seg noe fleksibilitet når det frigjør tomteområder. I en situasjon der tilgang til egnede tomter er en knapphetsfaktor, kan det være slik at manglende tomtetilgang legger begrensninger på OUS i en fremtidig situasjon. Tilgjengelig byggeareal er vesentlig større i 0-alternativet enn i øvrige alternativ. Samtidig er det slik at den fleksibiliteten som oppnås ved å besitte disse tomtene har en kostnad, siden tomtene som frigjøres kan bidra til å finansiere nødvendige investeringer i sykehuset.

Mandatet for idéfasen har vært å se på en hel eller delvis samling av OUS sin virksomhet på Gaustad og/eller Ullevål. Det kan tenkes at andre modeller, som går utover dette mandatet, ville vært hensiktsmessige. Arbeidet har vist at det er usikkerhetsmomenter knyttet til alle de forskjellige alternativene. For Gaustad-alternativene er det usikkerhet knyttet til regulering og tomteerwerb. Det vises for øvrig til usikkerhetsanalyse og kapitlet om evaluering av alternativene.

Det er antagelig hensiktsmessig ikke å forkaste for mange alternativer allerede i idéfasen. Slik sikrer man mulige konsepter å arbeide med selv om ett eller flere konsepter i senere faser skulle vise seg ikke å være gjennomførbart eller tilstrekkelig egnet.





## Sammendrag

De ulike løsningsalternativene til nytt sykehus er vurdert med utgangspunkt i en rekke kriterier som måloppnåelse, gjennomførbarhet, robusthet, økonomi og øvrige samfunnsøkonomiske effekter. De alternativene som etter en samlet evaluering anses som «liv laga» inneholder alle et element av samling på Gaustad:

- Gaustad Sør – klyngemodell eller dagens virksomhetsmodell
- Gaustad Øst - klyngemodell eller dagens virksomhetsmodell
- Ullevål Nord og Gaustad – nivå delt virksomhetsmodell
- Ullevål Sør og Gaustad - nivå delt virksomhetsmodell

Den foretrukne virksomhetsmodellen for de samlede alternativene er klyngemodellen. Denne vurderes å gi bedre mulighet for å tilrettelegge for et godt pasienttilbud.

Gaustad Sør – klyngemodell med Ring 3 i tunnel, kommer best ut i den kvalitative rangeringen. Hovedtyngden av høringsuttalelsene støtter dette alternativet, men flere påpeker behovet for å redusere omfanget av bygg/aktivitet som samles, og heller etablere et lokalsykehus sør eller øst i Oslo.

Det vurderes å være høy risiko knyttet til alternativene som legger opp til lange perioder med klinisk drift tett inntil omfattende rehabilitering og oppgradering av bygg. Dette gjelder spesielt for 0-alternativet, samlet Ullevål og Ullevål Sør/Gaustad.

Med utgangspunkt i prosjektets behov og strategiske planer, er det identifisert hvilke konkrete mål som skal nås gjennom å realisere prosjektet. Effektmålene er relatert både til sykehusets kjernevirksomhet og utvikling av bygningsmasse, samt byutvikling og innovasjon (se tabell og figur side 176).

Økonomiske forhold, gjennomførbarhet og risiko er vurdert uavhengig av den kvalitative evalueringen.

### 9.1 Evalueringsprosessen

Evalueringsprosessen har bestått av fem trinn:

- 1 Grovsortering av identifiserte alternativer/mulighetsstudier
- 2 Kvalitativ evaluering av gjenværende alternativer.
- 3 Vurdering av gjennomførbarhet og risiko (ROS analyse).
- 4 Økonomisk evaluering.
- 5 Resultatet av evalueringene hver for seg er deretter sett i en helhetlig sammenheng.

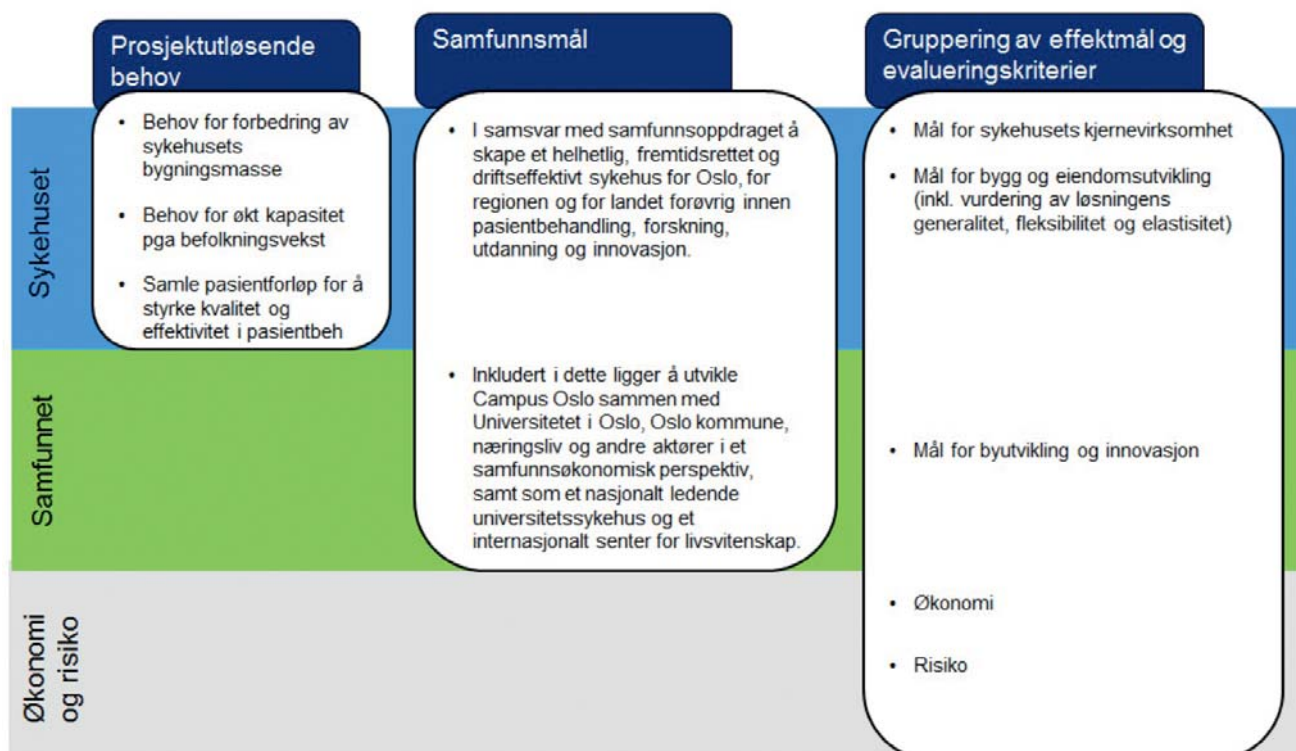
Ekstern kvalitetssikring underveis og i siste fase av prosjektet har gitt verdifulle innspill i prosessen, se figur 71 side 177.

Prosessen har tatt utgangspunkt i definerte behov og mål.

Det ble både i arbeidet med virksomhetsmodeller og med fysiske løsninger gjort brede idésøk. For å snevre inn antall al-



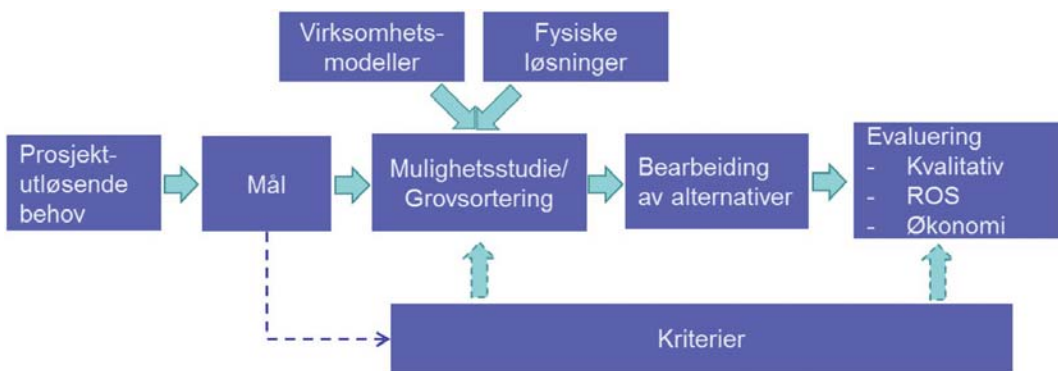
## Sammenheng mellom behov og mål



Figur 70 (over) Sammenheng mellom behov, mål og gruppering av evalueringskriterier. Behov, mål og kriterier er sett i sammenheng med hvorvidt de relateres til sykehusets isolerte behov (lyseblå stripe) eller i en større samfunns-sammenheng (grønn stripe). Økonomi og risiko (grå stripe) er generelle kriterier som er vurdert for seg.

MÅL	
<b>1</b>	<b>Mål for sykehusets kjernevirksomhet</b>
	Et sykehus som tar utgangspunkt i pasientens perspektiv.
	Et arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt.
	Et fremragende universitetssykehus, en lærende og skapende organisasjon.
	En god samarbeidspartner og engasjert samfunnsaktør.
<b>2</b>	<b>Mål for bygg- og eiendomsutvikling</b>
	Tilfredsstillende kapasitetsbehov samt funksjonelle og tekniske krav. Lukking av myndighetspålegg.
	Samling og effektivisering av bygningsmassen, både klinisk og teknisk drift. Korte transportavstander for pasienter, ansatte og varer.
	Avhending av overflødig bygningsmasse og areal, samt gevinstrealisering av eiendomsverdier.
	Bærekraftige og klimavennlige løsninger.
	Bygninger og utemiljø som støtter opp om pasienters og ansattes helse og trivsel.
<b>3</b>	<b>Mål for byutvikling og innovasjon</b>
	Høy alternativ nytte av tomter som avhendes.
	God utnyttelse av sykehusets randsoner.
	Gode vei- og infrastrukturløsninger.

Tabell 43 (høyre) Prosjektets effektmål.



Figur 71  
Proessen for evaluering  
av alternativer.

alternativer til et hensiktsmessig antall, ble det foretatt en grovsortering av de fysiske løsningene. Prosjektet gjorde også en innbyrdes evaluering av virksomhetsmodellene. Disse ble så vurdert opp mot aktuelle fysiske løsninger som skulle bearbeides videre. Grovsorteringen av fysiske løsninger er oppsummert nedenfor i kap 1.3. Vurderingen av virksomhetsmodellene er tilsvarende oppsummert i kap. 1.4.

De alternativene som stod igjen etter grovsorteringen ble bearbeidet videre, og evaluert i henhold til utarbeidede kriterier, risiko og økonomi.

Alternativene er behandlet i prosjektets arbeidsutvalg og styringsgruppe. De er presentert for styret i OUS og diskutert i sykehusets ledergruppe, i dialogmøter med tillitsvalgte, samt i ulike fora med andre interessenter som UiO og Oslo kommune. En samlet vurdering av alternativene er utført

av prosjektets ledergruppe, drøftet med arbeidsutvalget og behandlet i prosjektets styringsgruppe.

## 9.2 Evalueringskriterier

Evalueringskriterier skal gi grunnlag for å vurdere i hvilken grad effektmålene oppnås med de ulike alternativene. Kriteriene omfatter også enkelte samfunnsøkonomiske aspekter (som f.eks. beredskap) som ikke inngår i de målene som er definert. I tillegg til de kriteriene som springer ut fra effektmålene og andre samfunnsøkonomiske aspekter, er det definert et sett kriterier relatert til prosjektets egenskaper og gjennomføring. Dette omfatter økonomi, gjennomførbarhet og risiko.

Følgende hovedkriterier er lagt til grunn ved evaluering av løsningsalternativer:

De alternativene som stod igjen etter grovsorteringen ble bearbeidet videre, og evaluert i henhold til utarbeidede kriterier, risiko og økonomi.

1. Hovedkriterier for sykehusets kjernevirksomhet	Kvalitativ evaluering
2. Hovedkriterier for bygg- og eiendomsutvikling	
3. Hovedkriterier for byutvikling og innovasjon	
4. Generalitet, fleksibilitet og elastisitet, alternativets robusthet	
5. Kvalitative samfunnsøkonomiske effekter	Evaluering av gjennomførbarhet og risiko
6. Gjennomførbarhet	
7. Alternativets risiko, muligheter og trusler	Evaluering av økonomi
8. Økonomi	

Tabell 44  
Oversikt over  
evalueringkriterier og  
hvilken prosess de er  
behandlet i.

### 9.3 Grovsortering av fysiske alternativer

Basert på idésøket og mulighetsstudiene ble det tidlig utarbeidet en rekke varianter av fysiske løsninger innenfor hvert scenario. Disse ble så grovsortert basert på tomtefor-

hold, reguleringsforhold, vernebestemmelser, generell gjennomførbarhet og risiko. Grovsorteringen er fremlagt og vedtatt i styringsgruppen. Status etter grovsortering, før videre bearbeiding og sluttevalueringen, er illustrert nedenfor.

Tabell 45  
Grovsortering av fysiske løsninger. Røde felt angir forhold som gjør at alternativet ikke tas med videre.

Scenarier	Mulighetsrommet studerte fysiske varianter	Fysiske løsninger	
		Tomteforhold	Regulering og myndighetskrav
<i>0-Alternativet</i>	<i>0-alternativ</i>		
Scenario 1A Full samling på Gaustad	1A.1 "Nord, øst og sør"	Mye bygg under bakken. Tar i bruk kolonihagen - ikke realistisk	Usikker
	1A.2 "Rambla"	Sogn Videregående skole - usikker tilgjengelighet	Krever godkj. Av sykehus i "rød sone" mhp støv og støy
	1A.3 "Høyhus"	Kan løses på liten tomt	Høyhus lite realistisk grunnet arbeidsmiljø / lys- og regulering
	1A.4 "Ring"	Store inngrep i boligstrøk erverv av Sogn VGS - usikker tilgjengelighet	Krever godkj. Av sykehus i "rød sone" mhp støv og støy
	1A.5 "Torg"	Sogn Videregående skole - usikker tilgjengelighet	Ingen spesielle utfordringer
	1A.6 "Lokk"	For liten tomt dersom man ikke nedskalrer arealet	Ingen spesielle utfordringer
	1A.7 "Tunnel"	Forutsetter tunnel for Ring 3	Ingen spesielle utfordringer - ut over tunnel
Scenario 1B Full samling på Ullevål	1B.1 "uten hensyn til fredning"	Full utnyttelse av tomt - ingen reserve	Usikker mhp volum bygg og trafikk
	1B.2 "med hensyn til fredning"	Full utnyttelse av tomt - ingen reserve	Usikker mhp volum bygg og trafikk
Scenario 2 Delt løsning mellom Ullevål og Gaustad	2.1 "Nord" på Ullevål + "Lokk" på Gaustad	OK	OK
	2.2 "Sør" på Ullevål + "Lokk" på Gaustad	OK	OK
	2.3 Ullevål (hele) + "Lokk" på Gaustad	OK	OK

Etter grovsorteringen er seks gjenstående fysiske alternativer, i tillegg til 0-alternativet, bearbeidet videre sammen med hensiktsmessige virksomhetsmodeller.

Fysiske løsninger				
Verne-bestemmelser	Kriterier grovsortering		Utvalg i Grov-sortering	Utredede fysiske løsninger
	Generell gjennomførbarhet	Risiko		
				<b>0-alternativ</b>
akseptabel	Ingen spesielle utfordringer.	Tomteerverv	Forlatt	
akseptabel	Ingen spesielle utfordringer.	Tomteerverv	Forlatt	
OK	Ingen spesielle utfordringer.	Arbeidsmiljøforhold og regulering for høyhus	Forlatt	
akseptabel	Ingen spesielle utfordringer.	Tomteerverv	Forlatt	
akseptabel	Mulighet for tidlig byggestart	Tomteerverv	<b>Bearbeidet videre</b>	<b>Gaustad øst</b>
OK	Ingen spesielle utfordringer	Tomtestørrelse	Forlatt pt. - Er aktuell med betydelig redusert arealbehov (annen oppgavedeling / deler plass. andre steder)	
OK	Forutsetter tunnel for ferdigstillelse	Tunnel	<b>Bearbeidet videre</b> (Kan være aktuell med "lokk" dersom areal-behov reduseres ved annen oppgavedeling / deler plasseres andre steder)	<b>Gaustad sør</b>
Vern henstyntas ikke - lite realistisk	Svært komplisert	Stor	Forlatt	
Utfordrende - hensyn til vern gir dårligere funksjonalitet	Svært komplisert	Stor	<b>Bearbeidet videre</b> (med begrunnelse i prosjektets mandat)	<b>Samling Ullevål</b>
Noe mer utfordrende enn Ullevål sør	Ingen spesielle utfordringer	Liten	<b>Bearbeidet videre</b>	<b>Ullevål nord og Gaustad</b>
akseptabel	Komplisert	Betydelig	<b>Bearbeidet videre</b>	<b>Ullevål sør og Gaustad</b>
OK	Noe komplisert	Middels	<b>Bearbeidet videre</b>	<b>Ullevål hele og Gaustad</b>

Pasientperspektivet skal være førende for valg av modell.

## 9.4 Vurderingen av virksomhetsmodeller

I arbeidet med virksomhetsmodeller utarbeidet prosjektets faglige rådgivningsgruppe et sett prinsipper som skulle legges til grunn. De seks prinsippene hadde også betydning for utformingen av kvalitative vurderingskriterier knyttet til pasientbehandling, forskning og utdanning i sykehuset.

1. Pasientperspektivet skal være førende for valg av modell.
2. Av hensyn til forskning, utdanning og opprettholdelse av kompetanse, bør OUS ha ansvar for virksomhet som spenner fra det høyspesialiserte til det alminnelige.
3. Forskning og utdanning skal være tett integrert med både den høyt spesialiserte og den alminnelige delen av virksomheten.
4. Akutt og elektiv virksomhet bør skilles for å oppnå god drift.
5. Oslos befolkning skal sikres likeverdige helsetjenester. Dette gjelder både pasienter med behov for høyspesialiserte tjenester og pasienter som behøver behandling for vanlige, sammensatte og kroniske tilstander.
6. Samling av virksomhet er et gode, men enheter må av drifts- og ledelsesmessige hensyn ikke bli uhensiktsmessig store.

Etter et bredt idéøk konsentrerte prosjektet

seg om tre virksomhetsmodeller som er utførlig beskrevet i kapittel 4:

- Videreføring av dagens virksomhetsmodell
- En nivådelt virksomhetsmodell
- Klyngemodell

De tre modellene er prinsipielt forskjellige og oppfyller i litt ulik grad prinsippene. Som en første evaluering ble modellene vurdert innbyrdes med hensyn til dette.

Modellene er kvalitativt vurdert i ulike fora, inkludert faglig rådgivningsgruppe, ledergruppe, N3-lederforum, prosjektgruppe, forskningsutvalget, forskningslederforum, brukerutvalg, ungdomsråd, Scientific Advisory Board og i ulike tematiske møter. Alle de kvalitative vurderingene gikk i favør av klyngemodellen, og denne modellen har også fått tilslutning fra styringsgruppen og ledelsen ved OUS samt gjennom høringsprosessen.

Hensiktsmessige kombinasjoner av virksomhetsmodell og scenario er som vist i tabell 46.

Avhengighetsanalyser har vist at det ville være vanskelig å dele dagens virksomhetsmodell i to uten at dette går betydelig ut over et stort antall pasientforløp. Den nivådelte virksomhetsmodellen med deling etter funksjonsnivå ville først og fremst være aktuell å utvikle i et fysisk todelt sykehus (scenario 2). Klyngemodellen kan utvikles med sentrene samlet på en lokalitet eller som delt løsning der sentre som ikke behøver tilgang til den tunge infrastrukturen i sykehuset er plassert utenfor campus.

Tabell 46  
Grovsortering av hvilke modeller det er aktuelt å gå videre med for hhv. 0-alternativ, scenario 1 og 2.

Scenario	0-alternativ	Scenario 1 Samlet ett sted	Scenario 2 Delt virksomhet
Virksomhetsmodell			
1 - Dagens virksomhetsmodell	X	X	-
2 - Nivådelt virksomhetsmodell	-	-	X
3 - Klyngemodell	-	X	X

MÅL	EVALUERINGSKRITERIE
<b>1 Mål for sykehusets kjernevirksomhet</b>	
Et sykehus som tar utgangspunkt i pasientens perspektiv.	Tilrettelagt for å ivareta prinsippene som er lagt til grunn for utforming av virksomhetsmodellene.
Arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt.	Tilrettelagt for helsefremmende, godt og sikkert arbeidsmiljø.
Et fremragende universitetssykehus, en lærende og skapende organisasjon.	Tilrettelagt for god tilgang til et bredt virksomhets-spekter for forskning, utdanning og kompetanse-utvikling.
En god samarbeidspartner og engasjert samfunnsaktør.	Tilrettelagt for etablering og utvikling av nye sam-handlingsarenaer/-områder mellom spesialist- og primærhelsetjenesten, til beste for pasienten. Løsningen skal bidra til god oppgavefordeling og likeverdige helsetjenester i regionen og innenfor Oslo sykehusområde.
<b>2 Mål for bygg- og eiendomsutvikling</b>	
Tilfredsstillende kapasitetsbehov samt funksjonelle og tekniske krav. Lukking av myndighetspålegg.	Tilfredsstillende kapasitetsbehov samt funksjonelle og tekniske krav, inkl. lukking av myndighets-pålegg.
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.
<b>3 Mål for byutvikling og innovasjon</b>	
Høy alternativ nytte av tomter som avhendes.	Bidrag til ivaretagelse av Oslos behov for byutvikling i et samfunnsøkonomisk perspektiv.
God utnyttelse av sykehusets randsone.	Bidrag til å løfte Oslo som kunnskapsby og nasjonal verdiskapning særlig innen livsvitenskap.
	Tilrettelegging for næringsutvikling med tilknytning til sykehusets virksomhet.
Gode vei- og infrastrukturløsninger.	Bygge opp under Oslos satsning som miljøhovedstad.
	Tilgjengelighet og transport.

Tabell 47  
Sammenhengen mellom mål og evalueringskriterier – kvalitativ evaluering.

For sykehusets kjernevirksomhet er effektmålene en videreføring av den strategiske utviklingsretningen til sykehuset. Evalueringskriteriene knytter seg til strategiens hovedpunkter.

## 9.5 Kvalitativ evaluering

### 9.5.1 Evalueringskriterier

Hovedkriteriene som er beskrevet har flere delkriterier som er utarbeidet med utgangspunkt i effektmålene, ref. figur 47:

- 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.

Vekting av hovedkriteriene for den kvalitative evalueringen er som følger:

Pasientbehandling, forskning og utdanning	50%
Bygg- og eiendomsutvikling inkludert vurdering av generalitet, fleksibilitet og elastisitet	20%
Byutvikling og innovasjon	20%
Øvrige samfunnsøkonomiske effekter	10%
Sum totalt	100%

### 9.5.2 Oppsummering av den kvalitative evalueringen

Tabellen på de neste sidene gir en oversikt over de åtte alternativene og 0-alternativet som det er gjennomført en kvalitativ evaluering av. Tabellen oppsummerer evalueringen av alternativenes evne til å oppfylle de definerte kriteriene. Fargene indikerer grad av måloppfyllelse som vist i nedre kant av tabellen.

I tabellen er det lagt inn en rad øverst som viser de virksomhetsmodellene som den fysiske løsningen er egnet for. Antall alternativer er således redusert fra 9 til 7 i denne fremstillingen. Det er kun Gaustad sør som scorer ulikt avhengig av virksomhetsmodell. Dette er vist ved en todeling av fargecellen.

På de neste to sider følger oppsummering av den kvalitative evalueringen:

### 9.5.3 Oppsummering av alternativene

**Gaustad Sør-alternativet med Ring 3 i tunnel**, kommer best ut i den kvalitative rangeringen. Alternativet rangeres bedre med klyngemodellen enn med dagens virksomhetsmodell, fordi klyngemodellen legger bedre til rette for å etablere autonome sentre. En slik organisering innfrir målene for klinisk virksomhet i en samlet løsning. Det er mulig å legge noen av sentrene på et annet sted enn på campus uten at konseptet eller alternativet forringes.

*Samling av OUS virksomhet for å oppnå god kvalitet og effektiv pasientbehandling, støttes i hovedtyngden av høringsuttalelsene fra inviterte høringsinstanser. Både klyngemodellen og Gaustad sør alternativet får tydelig støtte, men mange påpeker at det er behov for å redusere omfanget av bygg/aktivitet som samles. Kombinasjonen av en Gaustad Sør-løsning og et lokalsykehus sør eller øst i Oslo beskrives av flere som ønskelig.*

**Gaustad-Øst alternativet** kommer nest best ut i den kvalitative evalueringen. Samling av sykehuset utfordres her av avstand og topografi, og alternativet innebærer at den somatiske delen av sykehuset deles i to, med «gamle Gaustad» liggende som et skille imellom. Klyngemodellens styrke med en gjenomgående eller sentral infrastruktur blir vanskelig å holde samlet og det blir nødvendig med en deling i dette alternativet. Det er tidligere skrevet at en deling av klyngemodellen kan være mulig. Omfanget av virksomheten som her plasseres øst på tomten er imidlertid vesentlig større enn det som er pekt på kan være egnede enheter for plassering med avstand til den sentrale infrastrukturen i klyngemodellen. Delingen i Gaustad Øst-alternativet er således heller ikke gunstig for klyngemodellen, og det er derfor ikke skilt poeng-/fargemessig mellom alternativene dagens modell og klyngemodell. Det ansees likevel best å organisere et fremtidig sykehus etter pasientflyt, og en

variant av klyngemodellen vil være mest egnet også i Gaustad Øst-alternativet. Det vurderes også som sannsynlig at man i en videre bearbeiding av et alternativ på Gaustad Øst kan finne løsninger som er bedre egnet for virksomheten.

*Både Oslo kommune og UiO vurderer Gaustad Øst-alternativet som mulig, men svakere enn Gaustad Sør. Oslo kommune sier i sitt høringsinnspill at det ikke anbefales å gå videre med Gaustad Øst-løsningen. For øvrig er det få høringsinnspill som adresserer dette alternativet spesifikt, mens mange peker på fordelene med nærhet til universitetet som Sør-alternativet gir i større grad.*

**Samlet løsning på Ullevål** kommer i den kvalitative evalueringen vesentlig svakere ut enn Gaustad Sør-alternativet, og bare litt bedre enn de delte løsningene med bruk av både Ullevål og Gaustad. Løsningen samler virksomheten, men på en særdeles utfordrende kompakt måte uten grønt- eller reserveareal. Løsningen gir heller ingen mulighet for ønsket samarbeid med universitet og byutvikling i tilknytning til sykehuset. En samling på Ullevål vil også gi betydelige trafikale utfordringer.

*Verken Oslo kommune eller UiO anbefaler at dette alternativet tas med videre. Oslo kommune vurderer alternativet som sårbart og lite fleksibelt samt peker på trafikale utfordringer. Kun et fåtall høringsinnspill fra naboer på Gaustad har innsigelser til rapportens konklusjon om ikke å utrede dette alternativet videre.*

**De delte løsningene mellom Ullevål og Gaustad** kommer relativt likt ut i evalueringen, men vesentlig svakere enn Gaustad Sør og Øst. Utfordringene knyttet til delt løsning er i hovedsak knyttet til avstand mellom sykehusene og utfordringer med deling av mange pasientforløp og funksjoner i sykehuset. Det forventes at en nivådelt løs-

**Gaustad Sør-alternativet med Ring 3 i tunnel, kommer best ut i den kvalitative rangeringen.**

**Samling av virksomheten for å oppnå god kvalitet og effektiv pasientbehandling, støttes i hovedtyngden av høringsuttalelsene.**



Lokalisering	Gaustad Øst	Gaustad Sør	Ullevål nord + Gaustad "Lokk"
Egnede virksomhetsmodeller	Videreføring av dagens modell og klyngemodellen	Videreføring av dagens modell og klyngemodellen	Nivådelt modell
Mål for sykehusets kjernevirksomhet	<p>Mulighet for samling og utvikling av fagmiljø til beste for pasienten. Topografi vanskeliggjør ivaretagelse av flere av prinsippene, noe som kan være uheldig for både driftseffektivitet og kvalitet på pasientbehandlingen.</p> <p>Ingen vesentlige utfordringer knyttet til arbeidsmiljøforhold.</p> <p>Mulighet for videreutvikling av samarbeid med UiO.</p> <p>Begrenset mulighet for å forme nye fysiske samarbeidsarenaer med primærhelsetjenesten</p>	<p>God mulighet for samling og utvikling av fagmiljø til beste for pasienten. Godt tilrettelagt for ivaretagelse av prinsippene, men samling kan være uheldig for skjerming av hhv skjeldne vs alminnelige sykdomer.</p> <p>Tilrettelagt for godt arbeidsmiljø.</p> <p>God tilrettelagt for videreutvikling av samarbeid med UiO.</p> <p>Godt tilrettelagt for å forme nye fysiske samarbeidsarenaer med primærhelsetjenesten.</p> <p>Klyngemodellen vurdert bedre enn dagens virksomhetsmodell (derfor tofarget rute).</p>	<p>Utfordrende deling av funksjonsnivå og to akuttmottak kan medføre uhensiktsmessig dublering og forflytning av pasienter. Generelt utfordrende å ivareta prinsippene, med unntak av skjerming allminnelige/skjeldne lidelser. Noe bedre mht. samhandling somatikk - psykiatri enn Ullevål sør.</p> <p>Kan gi større mulighet for tilhørighet, men vil kunne medføre uhensiktsmessig dublering og konkurranse.</p> <p>Deling av virksomheten kan være mer utfordrende for forskning.</p> <p>Kan være lettere å etablere en tydelig samhandlingsprofil med primærhelsetjenesten om pasienter med alminnelige lidelser.</p>
Mål for bygg- og eiendomsutvikling	<p>Løsningen tilfredstiller kapasitetsbehov, funksjonelle og tekniske krav.</p> <p>Mange nye bygg og samling på ett sted, men likevel relativt stor intern transportavstand og utfordringer mhp logistikk.</p> <p>Mye frigjort areal.</p> <p>Mye nybygg og godt med ute-/ grøntareal, men nærhet til Ring 3 gir støy- og støvutfordringer.</p>	<p>Løsningen tilfredstiller kapasitetsbehov, funksjonelle og tekniske krav for OUS samt ivareta utbyggingsmuligheter for UiO.</p> <p>Mange nye bygg og samling på ett sted. Tilrettelagt for god logistikk, men langstrakt bygningsmasse.</p> <p>Mye frigjort areal.</p> <p>Mye nybygg og godt med ute-/ grøntareal.</p>	<p>Løsningen tilfredstiller kapasitetsbehov, funksjonelle og tekniske krav.</p> <p>Delt på to tomter. Utfordrende for effektiv logistikk.</p> <p>Kun delvis avhending av eiendom.</p> <p>Mye nye bygg. Mindre god løsning for klimavenlig logistikk/intern transp.</p>
Vurdering av alternativets robusthet; generalitet, fleksibilitet og elastisitet	<p>Mange nye bygg med god generalitet. Topografi og avstand reduserer fleksibilitet. Senere utvidelse vil forutsette riving av boliger.</p>	<p>Mange nye bygg med god generalitet og sammenhengende bygningsmasse. Robust løsning med god tilgang på reserveareal.</p>	<p>Mange nye bygg med god generalitet. Deling reduserer fleksibiliteten noe, samt vil kunne være krevende mht. internt transport mellom sykehusene. Tilgang på reserveareal både på Ullevål og Gaustad.</p>
Mål for byutvikling og innovasjon	<p>Frigjør areal for byutvikling bl.a. på Ullevål.</p> <p>Stor avstand til UiO, lite disponibelt areal til UiO, næring og bydelen på sykehusområdet.</p> <p>Ikke tilfredsstillende T-bane. Åpner ikke blå-grønn korridor eller øst-vest forbindelse.</p>	<p>Frigjør areal for byutvikling bl.a. på Ullevål.</p> <p>Tilrettelegger for utviklende samhandling med UiO, Oslo kommune og næringsliv.</p> <p>God off. komm. forbindelse. Åpner blå-grønn korridor og øst-vest forbindelse.</p>	<p>Frigjør kun deler av Ullevål.</p> <p>Større avstand mellom UiO og deler av sykehuset. Gir begrenset mulighet for næringsutvikling og innovasjon på Ullevål og Gaustad.</p> <p>Svak tilgang til offentlig transport på Ullevål</p>
Vurdering av kvalitative samfunns-økonomiske effekter	<p>Samler fagmiljø i nye bygg. Alt på ett sted utfordrer beredskap og fordelingsvirkning. God tilgang på alle spes. for akutt/traume.</p>	<p>Samler fagmiljø i nye bygg. Alt på ett sted utfordrer beredskap og fordelingsvirkning. God tilgang på alle spes. for akutt/traume.</p>	<p>Delt løsning er positivt mhp beredskap og fordelingsvirkninger, men kan gi svakere tilgang på spes. for akutt/traume.</p>

## Fargeforklaring:

Svært bra
bra

middels
dårlig

svært dårlig
--------------

Ullevål sør + Gaustad "Lokk"	Ullevål Hele + Gaustad "Lokk"	Samlet Ullevål	0-alternativet
Nivådelte modell	Nivådelte modell	Videreføring av dagens modell	Videreføring av dagens modell
<p>Utfordrende deling av funksjonsnivå og to akuttmottak kan medføre uhensiktsmessig dublering og forflytning av pasienter. Generelt utfordrende å ivareta prinsippene, med unntak av skjerming allminnelige/skjeldne lidelser.</p> <p>Kan gi større mulighet for tilhørighet, men vil kunne medføre uhensiktsmessig dublering og konkurranse.</p> <p>Deling av virksomheten kan være mer utfordrende for forskning.</p> <p>Kan være lettere å etablere en tydelig samhandlingsprofil med primærhelsetjenesten om pasienter med alminnelige lidelser.</p>	<p>Utfordrende deling av funksjonsnivå og to akuttmottak kan medføre uhensiktsmessig dublering og forflytning av pasienter. Generelt utfordrende å ivareta prinsippene, med unntak av skjerming allminnelige / skjeldne lidelser. Utstrakt grad av bruk av gamle bygg som ligger spredt på Ullevål vil gjøre sykehuset her mindre funksjonelt.</p> <p>Kan gi større mulighet for tilhørighet, men vil kunne medføre uhensiktsmessig dublering og konkurranse.</p> <p>Deling av virksomheten kan være mer utfordrende for forskning.</p> <p>Kan være lettere å etablere en tydelig samhandlingsprofil med primærhelsetjenesten om pasienter med alminnelige lidelser.</p>	<p>Kan være utfordrende å ivareta prinsippene i en slik kompakt bygningsmasse. God mulighet for samling og utvikling av fagmiljø til beste for pasienten, men svakere enn klyngemod. m/tverrfaglige enheter.</p> <p>Kan gi lite lys og grønt-areal.</p> <p>Større avstand til UiO og mindre tilgjengelig areal vanskeliggjør integrering av OUS og UiO.</p> <p>Kan være utfordrende for utvikling av samhandling med primærhelsetjenesten.</p>	<p>Oppstykket pasientforløp. Svært utfordrende å ivareta prinsippene som legges til grunn for utvikling av virksomheten.</p> <p>Dårlige bygg. Svakt på HMS.</p> <p>Fysisk oppdelte/ spredte miljøer og svakest på kopling mot UiO.</p> <p>Tilrettelegger ikke for utvikling av nye samhandlingsarenaer.</p>
<p>Løsningen tilfredstiller kapasitetsbehov, funksjonelle og tekniske krav.</p> <p>Delt på to tomter. Utfordrende for effektiv logistikk.</p> <p>Kun delvis avhending av eiendom.</p> <p>En del nye bygg. Mindre god løsning for klimavenlig logistikk/intern transp. Stort omfang av riving.</p>	<p>Løsningen tilfredstiller kapasitetsbehov og tekniske krav. Funksjonelle krav er mer utfordrende.</p> <p>Delt på to tomter. Utfordrende for effektiv logistikk.</p> <p>Kun delvis avhending av eiendom. Ullevål frigjøres ikke.</p> <p>En del nye bygg. Mindre god løsning for klimavenlig logistikk/intern transp.</p>	<p>Krevende å oppnå tilstrekkelig kapasitet/areal med god funksjonalitet. Kompakt løsning uten reserveareal.</p> <p>Samlet og mange nye bygg - god generalitet og effektivitet.</p> <p>Godt tilrettelagt for arealeffektivisering, inkl. salg av Gaustad.</p> <p>Kompakt bygg kan gi lite lys og grønt-areal. Stort omfang av riving.</p>	<p>Kapasitet og tekniske krav kan løses, funksjonelle krav er vanskelig å oppfylle. Få muligheter for tilpasning</p> <p>Spredt og ineffektiv logistikk.</p> <p>Liten mulighet for avhending.</p> <p>Gamle bygg bidrar ikke til å nå klimamålsetninger.</p> <p>Tilpassning til funksjonelle standarder vil være utfordrende. Krevende arbeidsmiljø i</p>
<p>Mange nye bygg med god generalitet. Deling reduserer fleksibiliteten noe, samt vil kunne være krevende mht. internt transport mellom sykehusene. Tilgang på reserveareal både på Ullevål og Gaustad.</p>	<p>Endel nye bygg med god generalitet, men vesentlig mer gjenbruk av gamle bygg enn i de to andre delte løsningene. Deling reduserer fleksibiliteten noe, samt vil kunne være krevende mht. internt transport mellom sykehusene. Tilgang på reserveareal både på Ullevål og Gaustad.</p>	<p>Mye nybygg med god generalitet og fleksibilitet, men uten tilgang på reserveareal.</p>	<p>Generalitet utfordres idet arealstandarder i gamle bygg ikke tilpasses. Lav tilpassningsdyktighet/ fleksibilitet. Mye tilgjengelig tomt samlet sett, men ikke nødvendigvis nær funksjoner som har behov for økt areal</p>
<p>Frigjør kun deler av Ullevål.</p> <p>Noe avstand mellom UiO og deler av sykehuset. Gir begrenset mulighet for næringsutvikling og innovasjon på Ullevål og Gaustad.</p> <p>Akseptabel avstand til offentlig transport.</p>	<p>Frigjør ikke Ullevål.</p> <p>Noe avstand mellom UiO og deler av sykehuset. Gir begrenset mulighet for næringsutvikling og innovasjon på Ullevål og Gaustad.</p> <p>Akseptabel avstand til offentlig transport.</p>	<p>Åpner ikke for by- og næringsutvikling på Ullevål, men frigjør Gaustad.</p> <p>Avstand og lite disponibelt areal til UiO bidrar ikke til utvikling av Oslo som kunnskapsby. Ikke areal til næringsutvikling i tilknytning til sykehuset.</p> <p>Ikke tilfredsstillende trafikale kommunikasjonsforhold.</p>	<p>Bidrar ikke til byutvikling eller frigjøring av areal.</p> <p>Tilrettelegger ikke for nærere fysisk samarbeid mellom UiO og OUS, eller mhp innovasjon og samarbeid med næringsliv.</p> <p>Lite kollektivvennlig lokalisering (med unntak av RH). Lite miljøvennlige bygg som bidrar til å bygge opp under satsingen som miljøhovedstad.</p>
<p>Delt løsning er positivt mhp beredskap og fordelingsvirkninger, men kan gi svakere tilgang på spes. for akutt/traume.</p>	<p>Delt løsning er positivt mhp beredskap og fordelingsvirkninger, men kan gi svakere tilgang på spes. for akutt/traume.</p>	<p>Kompakt løsning med alt på ett sted utfordrer beredskap og fordelingsvirkning. God tilgang på alle spes. for akutt/traume.</p>	<p>Intet aktivum for rekruttering. Spredt løsning kan være positivt mhp beredskap og fordelingsvirkninger, men kan gi svakere tilgang på spes. for akutt/traume.</p>

## Fargeforklaring:

Svært bra	middels	svært dårlig
bra	dårlig	

Oslo kommune er tydelig i sin høringsuttalelse når de sier at det er ønskelig å se på en løsning der det etableres et lokalsykehus sør/øst i Oslo.

I alle de fysiske løsningsalternativene i idéfasen er det tatt hensyn til muligheten for plassering av storbylegevakt, uten at det er gjort noe stedsvalg.

ning fører til at pasientforløp som går på tvers av funksjonsnivå gir oppstykke pasientforløp. Drift av akuttmottak på to steder er utfordrende med hensyn til å kunne sikre rask tilgang til riktig kompetanse i alle akuttsituasjoner.

Ullevål Nord og Sør-alternativene har større andel av nybygg med god funksjonalitet som teller positivt. Sør er best rangert med hensyn til offentlig kommunikasjon. Nord vurderes mest robust på grunn av graden av nybygg på tomt som er lettere å fristille.

Alternativet med Ullevål hele og Gaustad er tegnet ut, beregnet og vurdert parallelt med høringsperioden etter innspill fra den eksterne kvalitetssikringen. I dette alternativet benyttes eksisterende bygg på Ullevål i større grad. Funksjonaliteten vurderes imidlertid svakere i dette alternativet fordi det i løsningen inngår mange gamle bygg som ligger spredt på tomten. Alternativet muliggjør heller ikke avhending av tomt på Ullevål.

*Oslo kommune vurderer delt løsning (spesielt ved bruk av tomten sør på Ullevål) til å ha noen fordeler, bl.a. knyttet til mer skånsom utvikling på Gaustad og samordnet areal- og transportutvikling. UiO påpeker størrelsesutfordringen på Gaustad i en samlet løsning, men tar ikke stilling til hvor resten av virksomheten burde legges ved en eventuelt delt løsning. Begge instanser peker på det delte alternativets begrensning for byutvikling på Ullevål. Få andre adresserer de delte alternativene spesifikt, men enkelte kommenterer at OUS bør dele sin virksomhet av beredskapshensyn.*

#### 9.5.4 Løsning med lokalsykehus

Idéfase OUS – Campus Oslo har ikke vurdert nytt lokalsykehus i Oslo som et selvstendig alternativ, da dette lå utenfor idéfasens mandat. Oslo kommune er tydelig i sin høringsuttalelse når de sier at det er ønskelig å se på en løsning der det etableres et lo-

kalsykehus syd/øst i Oslo. Dette begrunnes både i hvor befolkningsveksten forventes å bli størst, og i behovet for å redusere arealet som skal bygges ut på Gaustad. Synspunktet støttes av flere.

Oslo universitetssykehus har videre merket seg at både Oslo kommune og naboer er bekymret for tyngre utbygging på den nordre delen av Gaustad. En omfordeling av oppgaver i hovedstadsområdet og rehabilitering av deler av Gaustad sykehus til virksomheten innenfor psykisk helsevern ville imidlertid kunne bidra til å redusere omfanget av nybygg nord for Gaustad. Det samme ville en utvikling av et sykehus etter klyngemodell der egnede sentre (f.eks lokalsykehus og sikkerhetspsykiatri) blir plassert utenfor campus. Muligheten for å plassere regional sikkerhetspsykiatri, som krever stor grad av perimetersikkerhet, i den nordre delen av Gaustad, vurderes som lite aktuelt etter høringsrunden.

#### 9.5.5 Vurdering knyttet til plassering av storbylegevakten

Oslo kommune har vedtatt utbygging av ny legevakt som skal erstatte Storgata 40 og har en pågående idéfase som skal identifisere ulike lokaliseringmuligheter. Helseetatens representanter i faglig rådgivningsgruppe har pekt på at en ønsker plassering nær akuttmottaket ved OUS. I alle de fysiske løsningsalternativene i idéfasen er det tatt hensyn til muligheten for plassering av storbylegevakt, uten at det er gjort noe stedsvalg. I dagens legevakt i Storgata inngår en stor del akuttaktivitet fra OUS (skadelegevakt og psykiatrisk legevakt) som er tenkt videreført og videreutviklet i storbylegevakten.

## 9.6 Vurdering av gjennomførbarhet og risiko (ROS analyse)

ROS-analyse av aktuelle alternativer er gjennomført i sluttfasen av prosjektet og oppdatert etter høringsperioden og innspill fra eksterne kvalitetssikrer. På dette stadiet av planleggingen er vurderingene på et overordnet nivå, og mer detaljerte ROS-analyser må utarbeides i senere faser av planleggingen.

Det vurderes å være høy risiko knyttet til alternativene som legger opp til lange perioder med klinisk drift tett inntil omfattende rehabilitering og oppgradering av bygg. Dette gjelder spesielt for 0-alternativet, samlet Ullevål og Ullevål Sør/Gaustad. For disse alternativene er det mange risikoelementer som sannsynlig eller svært sannsynlig inntré, og som vil ha alvorlig konsekvens.

For samlet løsning på Ullevål er det som

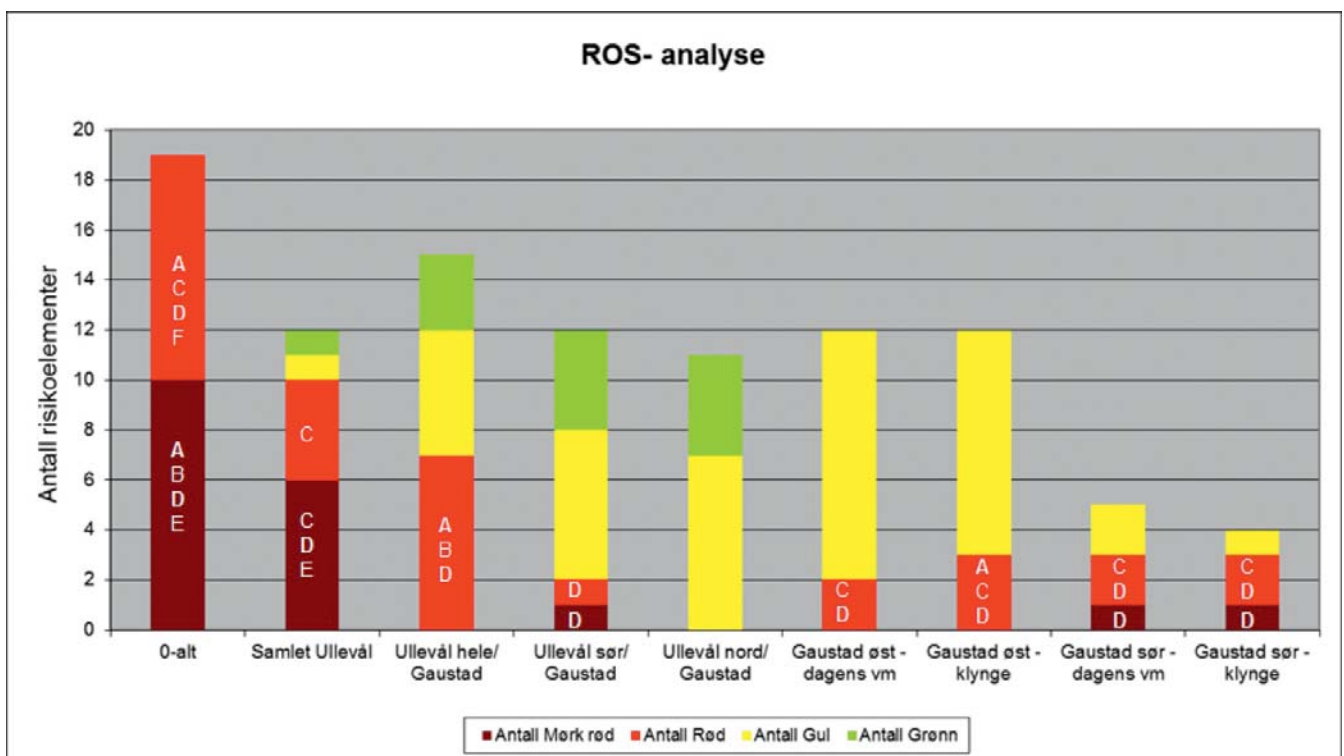
nevnt før, knyttet høy risiko til gjennomføringen, men også til alternativets robusthet samt til mulighetene for å nå ønskede mål om byutvikling og innovasjon.

For Gaustad Øst er det eiendomsforhold og erverv av Sogn videregående skole som vurderes å ha høyest risiko. Risikoen for at tomteervertet ikke vil være mulig vurderes imidlertid som mindre sannsynlig. Samling på Gaustad, men med deling av sykehuset i to, slik topografien i dette alternativet tilsier at løsningen blir, er vurdert som en risikofaktor for mål knyttet til sykehusets virksomhet og effektiv og kvalitativ god pasientbehandling.

Nedenfor vises en vektet grafisk oversikt over antall risikoelementer, hhv. rød, gul og grønn sone. Det er i ROS-analysen lagt vekt på å identifisere risikoelementer i rød og gul sone, dvs. høy eller middels risiko som et

Det vurderes å være høy risiko knyttet til alternativene som legger opp til lange perioder med klinisk drift tett inntil omfattende rehabilitering og oppgradering av bygg.

Figur 72  
Vurdering av risiko og sårbarhet for de ulike alternativene.



I figuren over vises bokstaver på de røde og mørke røde søylene som representerer hvilket område risikoelementene er knyttet til:

- A – Mål for sykehusets kjernevirksomhet
- B – Mål for bygg og eiendomsutvikling
- C – Mål for byutvikling og innovasjon

- D – Gjennomføring
- E – Robusthet
- F – Øvrige samfunnsmessige effekter

resultat av sannsynlighet og konsekvens. Høy risiko knyttet til mål for sykehusets kjernevirksomhet (pasientbehandling, forskning, utdanning og pasientinformasjon) og gjennomføringsperioden vektlegges, fordi disse områdene har stor betydning for pasientbehandling i perioden frem til nye bygg er ferdigstilt og etter ferdigstillelse.

0-alternativet, Gaustad Øst med klynge-modell og delt løsning Ullevål hele/Gaustad har alle risikoelementer knyttet til mål for sykehusets kjernevirksomhet. Det vil si at disse alternativene innebærer stor risiko for at virksomheten ikke vil oppnå de mål som er satt for kjernevirksomheten med betydning for pasienter og ansatte.

Delt løsning mellom Ullevål Nord/Gaustad vurderes best med hensyn til gjennomførbarhet. Gaustad Øst-løsningene vurderes som middels gode i denne sammenheng.

Det er få risikoer knyttet til Gaustad Sør-løsningene, men samtidig er det en relativt høy risiko knyttet til de få tilfellene som er identifisert. Samling av 630 000 kvm i Gaustad Sør forutsetter i utgangspunktet både tunnel og omlegging av T-bane. For T-banen er hele kostnaden vist som investeringsbehov, men det er forutsatt at også andre enn sykehuset bidrar til finansieringen og til å bære denne prosjektkostnaden. Dersom tunnel og/eller T-baneomlegging blir forsinket eller uteblir vil dette forsinke og eventuelt fordyre prosjektet, og kan i verste fall stanse det. Etablering av tunnel er vesentlig for samlokalisering og samhandling med UiO, for arealer til nærings- og boligutvikling, og for å oppnå tilgjengelige arealreserver i området.

For sykehuset isolert sett er imidlertid ikke tunnel en like entydig forutsetning. Dersom oppgavedelingen endres og det etableres et lokalsykehus som senter i klyngemodellen utenfor campus-området, vil sykehusets

arealbehov på Gaustad reduseres betraktelig. Dermed vil sykehuset kunne klare seg med en «lokk»-løsning knyttet til Gaustad Sør-alternativet. Med «lokk»-løsning vil man fortsatt kunne oppnå samfunnsmessige gevinster, som å opprettholde en blågrønn korridor som er vesentlig for området. Dersom en skal kunne etablere tunnel er det en fysisk nødvendighet å legge om T-banen. Risiko knyttet til gjennomføringen vurderes som høy i alle alternativer som inkluderer bruk av Ullevål. Spesielt gjelder dette med tanke på konflikter mellom drift og bygging i en lang byggeperiode. Full samling på Ullevål (scenario 1B), er særdeles utfordrende med hensyn til gjennomføring og risiko. Det å drive klinisk virksomhet og bygging på samme område i det omfang det her er snakk om, vil være ekstremt utfordrende. Kombinasjonen av risiko og den kvalitative vurderingen med vurderingen dårlig/svært dårlig på flere punkter, gjør at alternativet allerede nå ikke ansees som «liv laga», og det inngår derfor ikke i den videre økonomiske evalueringen.

0-alternativet fremstår som meget krevende, særlig på grunn av konflikter med infrastruktur og drift i rehabiliteringsperioden som vil bli meget lang.

## 9.7 Økonomisk evaluering

Den økonomiske evalueringen omfatter syv alternativer i tillegg til 0-alternativet. Alternativet med samling på Ullevål falt, som nevnt ovenfor, ut etter den kvalitative vurderingen og ROS-analysen, og er derfor ikke inkludert i den økonomiske evalueringen.

I de økonomiske vurderingene inngår:

- Investeringsbehov (nybygg, ombygging, teknisk oppgradering, eiendommer som innløses, infrastruktur, riving).

**0-alternativet fremstår som meget krevende, særlig på grunn av konflikter med infrastruktur og drift i rehabiliteringsperioden.**

- Driftsgevinster (effekt på kjernedrift og FDVU-kostnader samt bortfall av leie-kostnader).
- Egenfinansiering (avhending av eiendom).
- Annen finansiering (delfinansiering fra Universitet i Oslo/Kunnskapsdepartementet av arealene til forskning og utdanning).

Det er gjennomført en usikkerhetsanalyse av investeringsbehovet. Analysen har ikke hatt som formål å fastsette kostnadsramme, men å synliggjøre forskjeller mellom alternativene. Kostnadsramme blir ikke fastlagt før etter forprosjektet. Usikkerheten er vurdert som høyere i alternativer med mye rehabilitering/ombygginger og ved bygging i eller tett ved sykehus i drift. Det vil si at usikkerheten er størst i alternativene med bruk av Ullevål og i 0-alternativet.

Videre er det gjennomført beregning av nåverdier, kontantstrømmer og økonomisk bæreevne for å vise hvilken effekt prosjektet har på helseforetakets økonomi når byggene tas i bruk og over dets levetid. Nåverdianalysen viser at alternativene på Gaustad Øst kommer best ut. Disse alternativene er noe bedre enn Ullevål Nord/Gaustad og Ullevål hele/Gaustad. Gaustad Sør gir størst driftsgevinster, men har lavere nåverdi pga. tunnel, transportløsninger og riving. Når det gjelder kontantstrøm, kommer Gaustad Øst alternativene mest fordelaktig ut, deretter Ullevål Nord/Gaustad og alternativ Gaustad Sør – klyngemodell.

Bæreevnevurdering er gjort basert på en bearbeiding av modellen for økonomisk langtidsplan (ØLP), der investeringene er sett i sammenheng med forventet utvikling for hele foretaket. Analysen er gjennomført for fire alternativer: Gaustad Sør – klyngemodell, Gaustad Øst – klyngemodell, Ullevål hele/-Gaustad og 0-alternativet.

0-alternativet har ikke bæreevne på lang sikt (negativ bæreevne). For Gaustad Sør - klyngemodell vil det være et positivt driftsresultat fra ca. 2030 og framover. Beregninger basert på rimelige forutsetninger, viser at OUS for de kommende ti-år, har økonomisk bæreevne til å håndtere kostnadene forbundet med investeringene i alternativene Gaustad Øst – klyngemodell og Gaustad Sør - klyngemodell. Dette forutsetter produktivitetsvekst fra 2015-2018 slik styret har lagt til grunn i økonomisk langtidsplan, samt ytterligere store effektiviseringsgevinster når de nye sykehusbygningene tas i bruk.

## 9.8 Samlet økonomisk og kvalitativ evaluering og vurdering av «liv laga»

### 9.8.1 Samlet evaluering

Etter en samlet økonomisk og kvalitativ evaluering, inkludert risikovurdering, kommer alle alternativer med utbygging på Gaustadområdet bedre ut enn alternativene med delt løsning mellom Gaustad og Ullevål. Samlet løsning på Ullevål blir ikke vurdert «liv laga» og er derfor tatt ut. I sitt høringsinnspill sier Oslo kommune at de ikke vil anbefale at alternativet med samling på Ullevål tas med i den videre prosess. UiO sier i sitt høringsinnspill at de, på generelt grunnlag, er positive til at sykehusvirksomheten flyttes helt ut av Ullevål.

I den kvalitative vurderingen kommer alternativene med delt løsning mellom Gaustad og Ullevål noe svakere ut enn Gaustad Øst-alternativene. Det gjør de også i den økonomiske evalueringen.

Krav til de alternativene som skal videreføres etter idéfase, er at de skal være "relevante", "gjennomførbare" og "levedyktige". Gjennom prosessen er de løsningsmulighetene som ikke er vurdert som relevante, det vil si ikke oppfyller de overordnede målene for helse-

0-alternativet har ikke bæreevne på lang sikt.

For Gaustad Sør - klyngemodell vil det være et positivt driftsresultat fra ca. 2030 og framover.

Etter en samlet økonomisk og kvalitativ evaluering, kommer alle alternativer med utbygging på Gaustad bedre ut enn alternativene med delt løsning mellom Gaustad og Ullevål.

Verken 0-alternativet eller delt løsning mellom Ullevål Hele og Gaustad viser økonomisk bæreevne.

foretaket, sortert ut. Dette gjelder blant annet samling av all virksomhet på Ullevål. Med unntak av 0-alternativet, er de gjenstående alternativene som nå fremmes, vurdert som relevante. Graden av relevans, reflektert gjennom kombinasjonen av den kvalitative vurderingen og risikovurderingen, er vist i tabell 49.

At alternativene skal være gjennomførbare betyr at de skal kunne gjennomføres innenfor helseforetakets finansielle handlingsrom. Denne vurderingen er vanskelig å gjøre, siden det finansielle handlingsrom på dette tidspunkt ikke fullt ut er kjent. En slik vurdering må derfor gjøres senere.

Alternativ Gaustad Øst – klyngemodell og Gaustad Sør - klyngemodell, viser økonomisk bæreevne med de forutsetninger som er lagt til grunn. Verken 0-alternativet eller delt løs-

ning mellom Ullevål hele og Gaustad viser økonomisk bæreevne. Bæreevne er kun regnet på for fire av alternativene.

De alternativene som etter en samlet evaluering vurderes «liv laga» inneholder alle et element av samling på Gaustad:

- Gaustad Sør – klyngemodell eller dagens virksomhetsmodell
- Gaustad Øst - klyngemodell eller dagens virksomhetsmodell
- Ullevål Nord og Gaustad – nivådelt virksomhetsmodell
- Ullevål Sør og Gaustad - nivådelt virksomhetsmodell

Tabell 49  
Samlet oppsummering av evalueringen.

Lokalisering	Virksomhetsmodell	Oppsummert kvalitativ evaluering	Risiko og gjennomførbarhet	Økonomi: Investeringsbehov (farge viser bæreevne)
Gaustad Øst	Videreføring av dagens modell			41 000
	Klyngemodellen			41 100
Gaustad Sør	Videreføring av dagens modell			46 000
	Klyngemodellen			46 000
Ullevål nord + Gaustad "Lokk"	Nivådelt modell			40 000
Ullevål sør + Gaustad "Lokk"	Nivådelt modell			41 000
Ullevål Hele + Gaustad "Lokk"	Nivådelt modell			36 000
Samlet Ullevål	Videreføring av dagens modell			
0-alternativet	Videreføring av dagens modell			29 000
Fargeforklaring:				
Svært bra	bra	middels	Dårlig	svært dårlig

Alternativet Ullevål Sør og Gaustad kommer svakt ut både i den kvalitative evalueringen og i risikovurderingen. Dette alternativet er lavest rangert av de ovenfor listede, og vurderes på samme måte som Ullevål hele og Gaustad, lite hensiktsmessig å arbeide videre med.

Den foretrukne virksomhetsmodellen for de samlede alternativene er klyngemodellen. Denne vurderes i en så stor sykehusstruktur til å gi bedre mulighet for å tilrettelegge for et godt pasienttilbud. Den gir også bedre ledelses- og arbeidsforhold, og er også vurdert som mest driftseffektiv med hensyn til økonomi. Høringsuttalelser fra sentrale samarbeidspartnere som UiO og Oslo kommune støtter i stor grad opp om klyngemodellen. Det samme gjør både fagfolk og brukere. NITO og sykepleierforbundet støtter klyngemodellen. Oslo legeforening mener tematisk organisering er nyttig og Fagforbundet at pasientforløpet må være førende for valg av virksomhetsmodell. Brukerutvalg og ungdomsråd skriver at klyngemodellen gir de beste pasientforløpene, Barneombudet og fagmiljøene i Kvinne og barnklinikken støtter etableringen av et tematisk senter for syke barn, fødsler og kvinnesykdommer, Kreftforbundet ønsker etablering av et kreftsenter med tilgang til intensivavdeling.

Alternativ Gaustad Øst - klyngemodell, gir i realiteten en fysisk todeling med begrensede forutsetninger for å utvikle en funksjonell klyngemodell slik løsningen nå er tegnet ut. I denne løsningen deles Gaustad-området i to ved at nåværende Gaustad sykehus blir liggende i midten. Gaustad Øst - klyngemodell, har derfor et noe lavere potensial for effektiv drift enn alternativ Gaustad Sør - klyngemodell. I tillegg bidrar denne løsningen lite til ønskede samfunnsøkonomiske effekter. På den annen side vurderes Gaustad Sør-alternativene å ha vesentlig høyere risiko knyttet til mulighet for realisering innfor tid og kostnadsramme, først og fremst på grunn

av nødvendige T-baneomlegging som følge av tunnelen.

Delt løsning mellom Ullevål Nord og Gaustad fremstår som mindre gunstig for virksomheten og med utfordringer knyttet til infrastruktur og trafikale forhold. Samtidig er dette den løsningen med lavest risiko. Etter oppsummering av høringsuttalelsene kan det imidlertid være riktig å stille spørsmål om delt løsning med bruk av Ullevål til lokal- og områdefunksjoner kan være hensiktsmessig. Dette med bakgrunn i befolkningsutviklingen som først og fremst vil skje syd og øst i Oslo, samtidig som Ullevål, Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet ligger innenfor en radius på snaue to kilometer. Så vel Oslo kommune som Legeforeningen peker med tyngde på behovet for at det etableres et lokalsykehus syd/øst i Oslo.

0-alternativet fremstår som meget krevende, særlig på grunn av konflikter med drift og infrastruktur i rehabiliteringsperioden. I tillegg har alternativet dårligst økonomisk bæreevne på tross av lavest investeringskostnad.

Den foretrukne virksomhetsmodellen for de samlede alternativene er klyngemodellen. Denne vurderes til å gi det beste pasienttilbudet.

Så vel Oslo kommune som Legeforeningen peker på behovet for at det etableres et lokalsykehus sør/øst i Oslo.





## Sammendrag

**E**n etappevis utbygging er lagt som forutsetning for Idéfase Oslo universitetssykehus HF – Campus Oslo, gitt det omfattende utviklingsbehovet som sykehuset har. Et byggeprosjekt på Rikshospitalet vil kunne utgjøre en start på den første utbyggingsetappen i en trinnvis prosess sammensatt av flere enkeltprosjekter. Innenfor gjeldende reguleringsbestemmelser er det rom for å oppføre 10 000 – 20 000 kvm i tilknytning til eksisterende bygningsmasse på Rikshospitalet. Et slik tidlig etappe må nøye samordnes med neste etappe. En andre etappe vil kunne omfatte utbygging på området mellom Ringveien og Rikshospitalet og gi rom for 70 000-100 000 kvm sykehusbygg. Etappen forutsetter omregulering av området, men krever ikke beslutning om lokk eller tunnel.

Planlegging krever avklaringer med hensyn til oppgavedeling i hovedstadsområdet og eventuell etablering av et lokalsykehus for befolkningen som bor øst/sørøver i byen, samt etablering av storbylegevakt. Høringsrunden taler for å redusere den samlede størrelsen på sykehusbebyggingen på Gaustad og legge noe til et lokalsykehus. Dersom arealet av sykehusbygg på Gaustad, inklusive nåværende Rikshospital, ikke overstiger 450 000 - 500 000 kvm, kan planene for Gaustad Sør gjennomføres enten med lokk eller tunnel, eller først med lokk og senere med tunnel. Idéfaseutredningen videreføres nå i prosjektet Idéfase OUS, konkretisering etter høring. Arbeidet omfatter fire alternativer som det er anbefalt å gå videre med:

- 1 0-alternativet (alternativet er utredet tilstrekkelig på idefasenivå, men skal være med videre til konseptfase).
- 2 Delt løsning Gaustad sør kombinert med videre drift på Ullevål (prinsipielt tre varianter: Ullevål Nord, Ullevål Sør eller hele Ullevål). Alternativene er utredet tilstrekkelig på idefasenivå.
- 3 Delvis samling på Gaustad kombinert med etablering av lokalsykehusfunksjoner utenfor hovedsykehuset (nytt alternativ etter høring).
- 4 Samling på Gaustad (fysiske løsninger bearbejdes).

Prosjektet arbeider videre med konkrete planer for hvert løsningsalternativ sett i lys av lokalsykehusfunksjoner, etappeinnhold, fysiske løsninger og konsekvenser for areal og økonomi. Målet for prosjektet er sluttbehandling i styret i Oslo universitetssykehus HF i desember 2015 og påfølgende behandling i Helse Sør-Øst RHF. Det legges til grunn at styret vil fatte vedtak om videre konseptfaser.

### 10.1 Etappevis utvikling

#### 10.1.1 Etappevis utvikling – en forutsetning, men også en utfordring

Idéfase for Oslo universitetssykehus HF – Campus Oslo er et omfattende prosjekt som skal peke ut alternative, langsiktige løsninger for utviklingen av et stort sykehus som har aktivitet ved mer enn 40 lokaliteter. Det dreier seg om en omfattende utskifting av gammel og nedslitt bygningsmasse som vil komme til å pågå i etapper over mange år. Samlet og/eller samtidig utbygging av hele behovet ville være

en for stor prosjektutfordring med hensyn til organisering, styring og finansieringsevne. Å opprettholde kapasitet og kvalitet i pasientbehandlingen underveis vil også være en utfordring ved en omfattende samlet utbygging. Noen av byggene på Ullevål og Rikshospitalet er per i dag nye og moderne. Disse vil kunne brukes i en lang periode framover, om ønskelig lenger enn tidsperspektivet til ca. 2030. For å kunne utnytte disse byggene på en formålstjenlig måte, er det viktig å oppgradere annen nødvendig bygningsmasse for driften på disse lokalisasjonene (se også kap. 7.4).

Samtidig utbygging av hele behovet er en for stor prosjektutfordring med hensyn til organisering, styring og finansieringsevne.

Med etappevis utbygging menes i denne sammenheng utbygging i trinn som er atskilt fysisk eller fremdriftsmessig.

Disse utfordringene kan bli håndterbare dersom utbyggingen deles inn i hensiktsmessige etapper som blir organisert og styrt som sidestilte prosjekter, noen samtidige og noen i sekvens. Samtidig må helheten være tydelig, slik at sluttresultatet gir en god og sammenhengende løsning.

Tiden vil, om etappene blir for mange og trekker ut, kunne bli en økende utfordring pga. gradvis dårligere bygningsmessige forutsetninger i eksisterende bygg. En slik situasjon kan gi lengre tid med svekket drift i forhold til pasientbehandling, og vil kunne kreve ytterligere investeringer i bygg man ikke senere har til hensikt å drive sykehusvirksomhet i.

Da styret i HSØ ga sin tilslutning til idéfasemandatet for OUS- Campus Oslo (HSØ styrevedtak 020-2013) påpekte styret at: *"Det fremlagte mandatet for idéfase beskriver en utvikling som er svært omfattende, med et innhold som omfatter byutvikling, utvikling relatert til Universitetet i Oslo og omfattende samferdselsrelaterte problemstillinger. Både planens omfang og tidshorisont er av en slik art at den må kunne sies å ligge på grensen av det som normalt vil være omfattet av en ordinær idéfase. Styret legger til grunn at realisering og videre utvikling av Oslo universitetssykehus HF uansett vil kreve en trinnvis prosess med flere enkeltprosjekter som må planlegges innenfor en helhetlig ramme og retning. Det forutsettes at idéfasemandater for enkeltprosjekter som foreslås på basis av dette arbeidet forelegges Helse Sør-Øst RHF før videre arbeid med slike prosjekter igangsettes, og at prosjektene tilpasses de økonomiske rammebetingelser."*

På dette grunnlag er etappevis utbygging innenfor en helhetlig ramme og retning lagt som en forutsetning for idéfase OUS. Med etappevis utbygging menes i denne sammenheng utbygging i trinn som er atskilt fysisk eller fremdriftsmessig. Etappevis utbygging gir ønsket fleksibilitet med mulighet til å justere

planene underveis og til å gjenbruke generiske løsninger. Dette kan gjøre planlegging og bygging i de etterfølgende etappene raskere.

### 10.1.2 Hva bestemmer innholdet i og rekkefølgen på etappene?

Det er behov for en overordnet etappe-plan som skal ivareta tverrgående forhold og interesser ved den fremtidige utvikling av OUS. En slik plan skal sikre gode og tidlige løsninger for prioriterte områder, og bidra til at sykehuset oppnår de ønskede effektene av utbyggingen. Anbefaling om innhold i og rekkefølge av utbyggingsetapper, må basere seg på en samlet vurdering av virksomhetsmessige, fysiske og økonomiske forhold. Prosesser som leder fram til myndighetsbeslutninger og beslutninger hos eksterne aktører kan ta lang tid, og vil ha avgjørende betydning for når de ulike etappene kan komme i gang.

Fysiske forhold har avgjørende betydning for på hvilket tidspunkt de ulike etappene kan starte opp. Erverv og frigjøring av tomteareal gjennom kjøp, ekspropriasjon og riving tar tid.

Virksomhetsmessige forhold har vesentlig betydning når innholdet i etappene skal defineres. 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.
- Gjøre det mulig å samle dupliserte funksjoner.
- Skjerme pågående klinisk virksomhet i byggeperioden.

Økonomiske forhold i vid forstand er vesentlig ved planlegging av etappevis utbygging. Tilgang på finansiering legger rammer for hvor mye som kan investeres i de enkelte tidsrom. Dette skaper behov for inndeling av utbyggingen i etapper. Det vil være fornuftig å prioritere utbyggingsetapper som gir mulighet til å realisere verdier av friggitt eiendomsmasse. Dette har betydning for finansieringsmulighetene. De mest lønnsomme utbyggingsetappene bør dessuten prioriteres. Med lønnsomhet i denne forbindelse menes utbyggingens betydning for klinisk virksomhet samt effekt på FDV-kostnader.

### Beslutningsprosesser utenfor OUS

Mange av etappene vil måtte vente til det foreligger nødvendige beslutninger eller fysiske tilrettelegginger i regi av eksterne aktører. Noen av løsningsforslagene vil kreve statlig utredning (konseptvalgutredning) i regi av Samferdselsdepartementet før endelig beslutning om lokk eller tunnel, kommunal planlegging etter Plan- og bygningsloven, beslutning i Oslo kommune-/Sporveien knyttet til ny t-banetrasé, samt utbygging av nye veier/tunnel og t-bane i regi av vegmyndighetene og Sporveien. Andre avhengigheter knytter seg til bl.a. løsning av Storbylegevakt og erstatningsbygg for UiO der det er aktuelt samt koordinering med UiOs sin utviklingsplan.

### 10.1.3 Tidlige etapper

#### 10.1.3.1 Kan noe starte før «hovedutbyggingen»?

Behovsanalysen i kapittel 3 viser tre prosjektutløsende faktorer:

- 1 Gamle, dårlige og uhensiktsmessige bygg, som har resultert i et høyt antall myndighetspålegg.
- 2 Behov for å samle pasientforløp som i tillegg gir anledning til å redusere antall vaktlag og dubleringen av kostbart medisinsk teknisk utstyr.
- 3 Økende kapasitetsbehov grunnet befolkningsvekst.

Disse faktorene utløser til sammen behov for nybygg i OUS. Behovet for kapasitetsøkning i Osloområdet kan i et mellomlangt tidsperspektiv avhjelpe ved at de private ideelle sykehusene i Oslo realiserer sine planer om nybygg.

Vedlikeholdsetterslep over lang tid har ført til at sykehuset har pådratt seg et stort antall myndighetspålegg med betydning for sikkerheten for pasienter og ansatte. Hvis ikke disse avvikene blir lukket vil sykehuset komme i en ytterst vanskelig driftsmessig situasjon. Lukking av tilsynsavvik er en kostbar, men absolutt forutsetning for å kunne drive virksomhet i de dårlige byggene. Omfattende oppgradering av bygg som er i dårlig stand, og skal avhendes i løpet av noen år, har liten langsiktig verdi. Investeringer i permanente nybygg er det som vil gi mest igjen for investeringsmidlene, og er dessuten det som skal til for å komme ut av den dårligste delen av bygningsmassen. Det haster derfor for sykehuset å komme i gang med første utbyggingsetappe.

#### 10.1.3.2 En innledende utbygging på Gaustad

Med unntak av 0-alternativet er full samling på Ullevål det av løsningsalternativene som kommer dårligst ut av evalueringen både før og etter høring og ekstern kvalitetssikring (kapittel 9). Dette alternativet ble lagt til side gjennom OUS styrebehandling i desember 2014 (sak 69/2014). De øvrige løsningsalternativene innebærer alle en videreføring

Lukking av tilsynsavvik er kostbart, men en absolutt forutsetning for å kunne drive virksomhet i de dårlige byggene.

Med unntak av 0-alternativet, er full samling på Ullevål det løsningsalternativet som kommer dårligst ut av evalueringen både før og etter høring og ekstern kvalitetssikring.

Et byggeprosjekt ved Rikshospitalet kan utgjøre den innledende utbyggingen i en trinnvis prosess sammensatt av flere enkeltprosjekter.

av virksomheten ved Rikshospitalet i kombinasjon med større eller mindre utbygging samme sted. Dette gjelder også dersom man skulle velge å gå videre med 0-alternativet. I 0-alternativet blir det foreslått å etablere 120 000 kvm nybygg; somatikk 90 000 kvm, frittstående FoU-bygg 20 000 kvm og bygg til RSA/PPU 9 000 kvm (kapittel 7.4.9).

Innenfor gjeldende reguleringsbestemmelser er det rom for å oppføre 10 000 – 20 000 kvm i tilknytning til eksisterende bygningsmasse på Rikshospitalet. En slik utbygging kan komme i gang før det foreligger ny reguleringsplan for området. En slik utbygging vil bidra til å:

- styrke pasientsikkerhet og kvalitet innenfor kritisk viktige områder
- redusere behovet for kostbare investeringer i bygg som kommer til å bli fraflyttet
- bidra til gode, helhetlige pasientforløp internt i sykehuset og samling av tverrfaglig miljø som behandler én sykdom
- samle dupliserte funksjoner
- møte kapasitetsutfordringer innenfor kritiske, somatiske virksomhetsområder
- gi rokademuligheter i forbindelse med større vedlikeholdsprosjekter

Et byggeprosjekt ved Rikshospitalet kan, i tråd med føringene i styrevedtak 020-2013 i HSØ, utgjøre den innledende utbyggingen i en trinnvis prosess sammensatt av flere enkeltprosjekter (se figur 73). Et mandat for idè/konseptfase for dette må forelegges HSØ før videre arbeid kan igangsettes, og behandles derfor som en egen sak, men likevel tett koordinert med videreføringen av den samlede idéfaseutredningen.

### 10.1.3.3 Nytt bygg til RSA/PPU

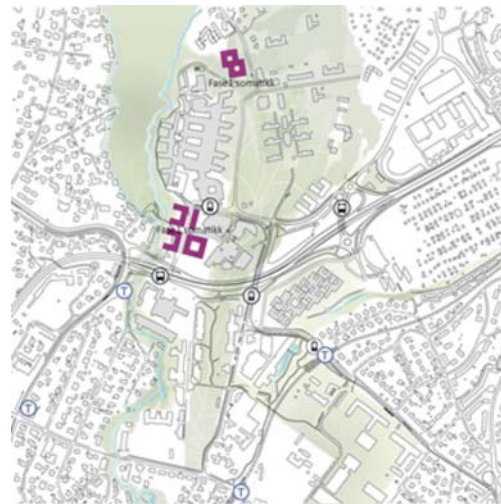
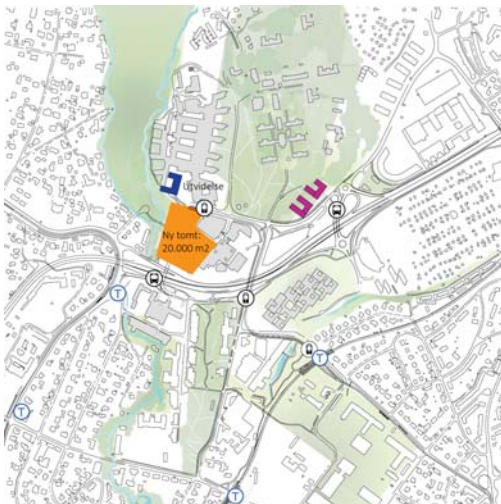
Høringsrunden viste at utbyggingsmulighetene nord for Rikshospitalet og Gaustad sykehus er mer begrenset enn antatt. Oslo kommune peker i sin høringsuttalelse på at en tung utbygging nord for Gaustad sykehus er problematisk av hensyn til grøntområder, kulturminner og fredningsbestemmelser. Dette taler mot å gå videre med planlegging av en stor utvidelse av psykiatrien i dette området. En bør se etter andre lokaliseringmuligheter for regional avdeling for sikkerhetspsykiatri (RSA) og psykiatrisk avdeling for personer med utviklingshemming/-autisme (PPU). De to avdelingene har en vanskelig driftsmessig situasjon i gamle bygg i dag og er tiltenkt nybygg i alle løsningsalternativene, inkludert 0-alternativet. Ila, Sognsvannveien 53-67 og Dikemark har vært pekt på som mulige lokaliteter, men søket bør utvides. En frikobling fra utbyggingsplanene på Gaustad med tilhørende omfattende reguleringsprosess, kan bidra til å fremskynde realisering av nytt bygg for en sårbar pasientgruppe, og vil dessuten gjøre det mulig for OUS å komme ut av bygningsmassen på Dikemark.

Arbeidet med lokaliseringsspørsmål og tomteavklaring for nybygg til RSA/PPU kan starte opp uavhengig av hvilke alternativ fra Idéfase OUS som tas med i den videre utredning. Oppstart av videre arbeid (egen idéfase) avventes inntil konsekvensene av NOU 2014: 10 Skyldevne, sakkyndighet og samfunnsvern («Tilregnelighetsutvalget») er blitt mer avklart.

### 10.1.4 Avklaringsbehov før de neste etappene kan planlegges

Ytterligere avklaringer må til før man kan identifisere og planlegge de neste enkeltprosjektene eller etappene.

Oslo kommune peker i sin høringsuttalelse på at en tung utbygging nord for Gaustad sykehus er problematisk av hensyn til grøntområder, kulturminner og fredningsbestemmelser.



Figur 73  
Løsning «Gaustad Sør»  
etappe 1 trinn 1 + 2.

Til venstre vises trinn 1 med blått påbygg, samt forberedelser til trinn 2 inkl. mulige nybygg sør-øst på tomten.

Til høyre vises mulig utbygging i trinn 2.

#### 10.1.4.1 Utvikling av OUS på Gaustadområdet – på nordsiden av Ringveien, omregulering og erstatningslokaler

Området mellom Ringveien og Rikshospitalet kan gi rom for 70 000-100 000 kvm sykehusbygg uavhengig av om det velges tunnel eller lokk over Ringveien. Etappen forutsetter omregulering av området og løsningene ville bli best dersom man river dagens hotell og den eldste delen av Domus Medica. Fullgode erstatningsarealer må i så fall skaffes før riving.

#### 10.1.4.2 Lokalsykehusfunksjonen

Spørsmålet om det bør etableres et lokalsykehus øst eller sørøst i Oslo adresseres i rapportens kapittel 3.7, og i kapittel 4.5.1. Det kan være hensiktsmessig både for Oslos befolkning, samhandlingen med primærhelsetjenesten og OUS egen utvikling, å etablere et lokalsykehus et annet sted i byen. Ønsket om lokalsykehus er også kommet tydelig fram i høringsen. Gaustad, Ullevål, Lovisenberg og Diakonhjemmet ligger alle innenfor en radius på knappe 2 km, i sentrum/vest av Oslo. Kommunen påpeker i sitt høringssvar at etablering av et nytt lokalsykehus på Aker eller øst/sør i byen gjerne kunne vært kombinert med en samling av andre sykehusfunksjoner på Gaustad.

Lokalsykehusfunksjoner plassert utenfor hovedsykehuset ville være en egnet arena for

samhandling med primærhelsetjenesten, og ville styrke tilbudet til pasienter med hyppige, kroniske og ofte sammensatte tilstander. Det kan være aktuelt å bygge opp et tilbud innen generell indremedisin kombinert med tilbud innen elektiv kirurgi (minimum gastrokirurgi og ortopedi), dialyse, forebyggende medisin, enklere medikamentell og palliativ onkologisk behandling, samt psykisk helsevern og TSB på lokal/områdesykehusnivå. Lokalsykehuset bør ha medisinsk mottak, men akutte kirurgiske tilstander vil fortsatt utredes og behandles sentralt i OUS (for nærmere forslag om innholdet i lokalsykehuset, se kapittel 3.7).

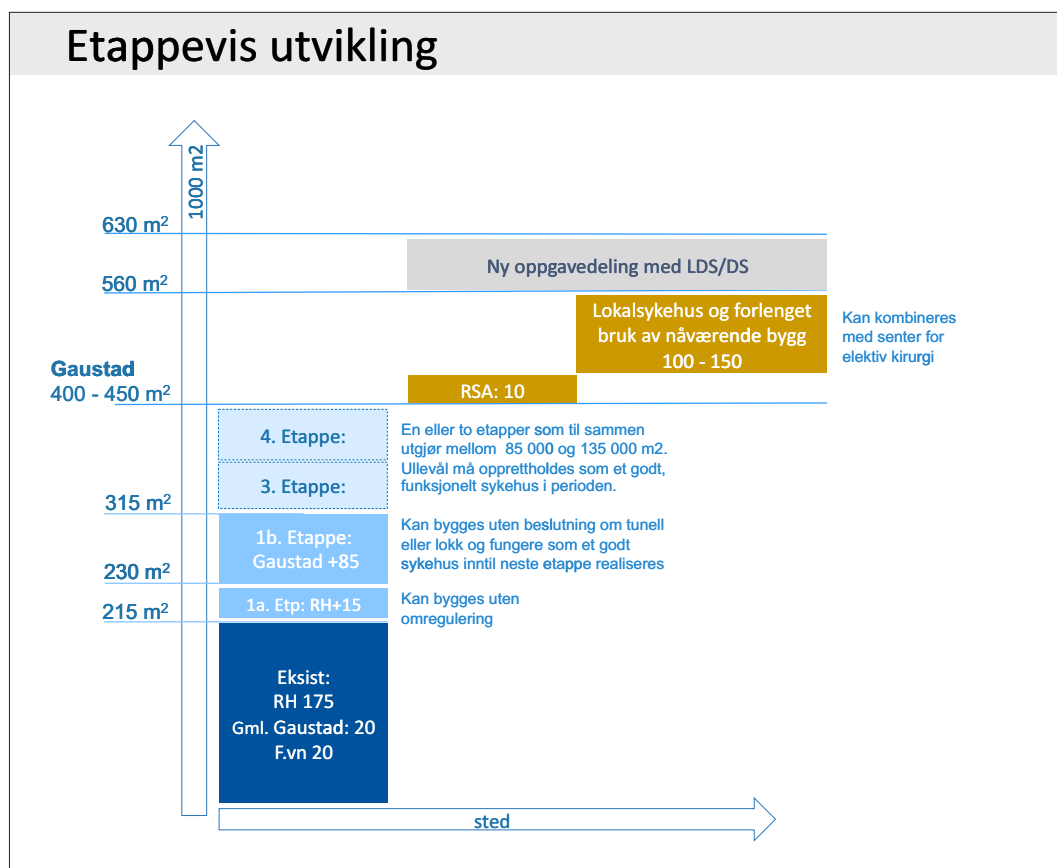
Det kan være hensiktsmessig å møte den første befolkningsveksten i Oslo sykehusområde gjennom ny oppgavedeling mellom helseforetakene, kombinert med realisering av mulige utbygginger ved Lovisenberg og Diakonhjemmet. Dette vil avhjelpe kapasitetsutfordringene for en periode.

Det er i høringstilbakemeldingene skepsis knyttet til å samle hele OUS' virksomhet på et område. Skepsisen begrunnes med fysiske, virksomhetsmessige, effektivitetsmessige og beredskapsmessige forhold. Ved å etablere lokalsykehusfunksjoner utenfor hovedsykehuset og forlenge utnyttelsen av enkelte eksisterende gode bygg, vil utbyggingen på

En OUS-lokalitet med lokalsykehusfunksjon ville styrket tilbudet til pasienter med hyppige, kroniske og ofte sammensatte tilstander.

Figur 74

Figuren viser hvordan ny oppgavedeling i hovedstadsområdet, etablering av Sikkerhetspsykiatri (RSA), forlenget bruk av noen bygg utenfor Gaustadområdet og lokalsykehus med elektiv kirurgi utenfor Gaustadområdet, vil kunne redusere omfanget av en utbygging på Gaustad med 160-210 000 kvm til 420-470 000 kvm. Etappe 1a og 1b utgjør til sammen etappe 1.



**Utvikling av Gaustad i etapper åpner for muligheten til å bygge ut området med lokk over Ringveien i første omgang, for senere eventuelt å etablere tunnel.**

Gaustad kunne reduseres med 100 000 - 150 000 kvm. Først når beslutninger vedrørende ny oppgavedeling og lokalsykehusspørsmålet er på plass, kan man gå videre med planleggingen av de siste utbyggingsetappene.

#### 10.1.4.3 Forlenget bruk av nåværende bygg

Noen av byggene på Ullevål og Radiumhospitalet er per i dag nye og moderne. Disse vil kunne brukes i en lang periode framover, og om ønskelig lenger enn tidsperspektivet til ca. 2030. For å kunne utnytte disse byggene på en formålstjenlig måte er det viktig å oppgradere annen nødvendig bygningsmasse for driften på disse lokalisasjonene.

#### 10.1.4.4 Tunnel eller lokk?

Mye taler som nevnt ovenfor, for å redusere den samlede størrelsen på sykehusbebyggelsen på Gaustad gjennom ny oppgavedeling og etablering av lokalsykehus for befolkningen som bor øst/sørøver i byen. Dersom

arealet av sykehusbygg på Gaustad, inklusive nåværende Rikshospital, ikke overstiger 450 000 - 500 000 kvm, kan planene for Gaustad Sør gjennomføres enten med lokk eller tunnel, eller først med lokk og senere med tunnel. Et slikt sykehus kan fungere med begge løsninger. Byutviklingsmessig vurderes imidlertid tunnelloøsningen å ha betydelige fordeler sammenliknet med lokkløsningen.

Tidsmessig kan etappene som er beskrevet i figur 74, delvis løses parallelt, dels må de løses i sekvens pga. omfang og kostnader. Utbyggingen på Gaustad kan, ved et redusert omfang, muligens begrenses til to sekvensielle hovedetapper (ved å slå sammen det som her er vist som etappe 2 og 3). Parallell etappe kan utgjøres av f.eks. RSA. En begrenset utvidelse ved Rikshospitalet innenfor reguleringsplanen betraktes som en del av den samlede første etappe.



Figur 75  
Om lag 450 000 kvm til OUS, hvorav ca. halvparten nybygg, på Gaustad med lokk over Ringveien. Nybygg til sykehusformål er vist sørover i forlengelsen av Rikshospitalet. Nybygg vist til høyre er UiO sitt livsvitenskapsbygg, samt mulighet for erstatningsarealer nord for Ringveien.



Figur 76  
Om lag 450 000 kvm til OUS, hvorav ca. halvparten nybygg, på Gaustad med Ringveien i tunnel. Nybygg til sykehusformål er vist sørover i forlengelsen av Rikshospitalet. Nybygg vist til høyre i bildet er UiO sitt livsvitenskapsbygg, samt at det er vist potensial for videre utbygging som kan være undervisning, forskning, næringslokaler eller bolig.

Ved redusert omfang av utbyggingen på Gaustad til et samlet areal på under 500 000 kvm, hvorav vel halvparten i nybygg, kan Gaustad Sør løsningen med henholdsvis lokk og tunnel-løsningen se ut om lag som på figur 75 og 76 (mer konkret bygningsmessig konsept utarbeides i skisseprosjektet).

Utvikling av Gaustad i etapper åpner for muligheten til å bygge ut området med lokk over Ringveien i første omgang, for så senere eventuelt å etablere tunnel. Skissene ovenfor viser at utviklingsmulighetene på området i sin helhet vinner på etablering av tunnel, ikke minst for universitet og byutvikling/-

bymiljø. For sykehuset vil tunnel først og fremst påvirke mulig bygningsmasse som legges på nyetablert tomt over dagens Ringvei, men som ikke er mulig å legge på et lokk.



En forutsetning for å kunne gå videre med konseptfase i 2016, er at det velges hovedretning for det videre arbeidet.

Mål for videreføringen av idéfasen er å utarbeide tilstrekkelig dokumentasjon for at prosjektet skal kunne videreføres til konseptfase.

## 10.2 Plan for videre arbeid

Formålet med plan for videre arbeid er å ha et felles styringsgrunnlag for de som arbeider med og i prosjektet. Det utarbeides i neste omgang et oppdatert styringsdokument for arbeidet basert på føringene i denne planen.

### 10.2.1 Prosjekt og prosjekteier

Prosjektet med videreføring av idéfaseutredningen etter høring benevnes "Idéfase OUS, konkretisering etter høring." På bakgrunn av høringen omfatter videreføringen fire alternativer. Det er for alle alternativer forutsatt at det korrigeres for eventuell økning av kapasiteten ved Diakonhjemmet sykehus og Lovisenberg Diakonale sykehus og at storbylegevakt ivaretas:

1. 0-alternativet (alternativet er utredet tilstrekkelig på idéfasenivå, men skal være med videre til konseptfase).
2. Delt løsning Gaustad sør kombinert med videre drift på Ullevål (prinsipielt tre varianter: Ullevål Nord, Ullevål Sør eller hele Ullevål). Alternativene er utredet tilstrekkelig på idéfasenivå.
3. Delvis samling på Gaustad kombinert med etablering av lokalsykehusfunksjoner utenfor hovedsykehuset (nytt alternativ etter høring).
4. Samling på Gaustad (fysiske løsninger bearbeides).

Alternativ 3 innebærer etablering av lokalsykehusfunksjoner utenom hovedsykehuset som kommer i tillegg til den eventuelle økning av kapasiteten ved Diakonhjemmet sykehus og Lovisenberg Diakonale sykehus som vil avlaste OUS.

I tillegg vil det bli utarbeidet en plan for innholdet i en første etappe for hvert alternativ (virksomhetsmessig, arealmessig og øko-

nomisk), som danner grunnlag for å kunne igangsette konseptfase. En forutsetning for å kunne gå videre med konseptfase i 2016 er at det på grunnlag av "Idéfase OUS konkretisert etter høring", velges hovedretning for det videre arbeidet, dvs. om det skal planlegges videre med utgangspunkt i alternativ 2, 3 eller 4 ovenfor, i tillegg til 0-alternativet. Det videre arbeidet tar utgangspunkt i «klyngemodellen». Samtidig legges det vekt på å arbeide med bygningsmessige tilnærminger som gir handlingsrom for ulike virksomhetsmessige løsninger.

Videre vil det på grunnlag av det foreliggende idéfasedokumentet kunne utløses idéfasemandater for prioriterte enkeltprosjekter, for eksempel for en begrenset utvidelse ved Rikshospitalet innenfor gjeldende regulering, og for RSA (Regional sikkerhetsavdeling).

Prosjekteier vil være Oslo universitetssykehus HF representert ved foretakets styre og administrerende direktør.

### 10.2.2. Hensikt – mål og rammer

Overordnet målsetning for videreføringen av idéfasen vil være:

*Å utarbeide tilstrekkelig dokumentasjon for at besluttede myndigheter skal kunne avgjøre om prosjektet skal videreføres til konseptfase.*

Hensikten med prosjektet i denne fasen er å få fram en rapport, dvs. et beslutningsgrunnlag som sammen med foreliggende idéfaserapport, gir OUS HF og Helse Sør-Øst RHF grunnlag for beslutning om man skal gå videre med konseptfase, og hvilke alternativer og etapper som i første omgang skal inngå i konseptfasen.

De overordnede målene er de samme som i idéfasen så langt (jf. kapittel 9).

Prosjektets konkrete resultatmål i denne fasen er at det velges alternativer og defineres etapper som grunnlag for å sette i gang konseptfasen.

- Rapporten skal være ferdig til samlet behandling i styringsgruppen senest i november 2015.
- Arbeidet skal gjennomføres innenfor en økonomisk ramme på 20 mill. kr, inkludert arbeidet med en eventuell idéfaseutredning for utvidelse ved Rikshospitalet. 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 slik som UiO og Oslo kommune.

### 10.2.3 Grensesnitt

De viktigste eksterne grensesnittene er i forhold til:

- UiO (både pga. integrerte bygg og funksjoner, og pga. koordinering med utviklingsplanen for UiO)

- Oslo kommune (både pga. regulering/byplan og samhandling i leveranse av helsetjenester)
- Samarbeidende sykehus  
Statens veivesen og Ruter

Interne grensesnitt:

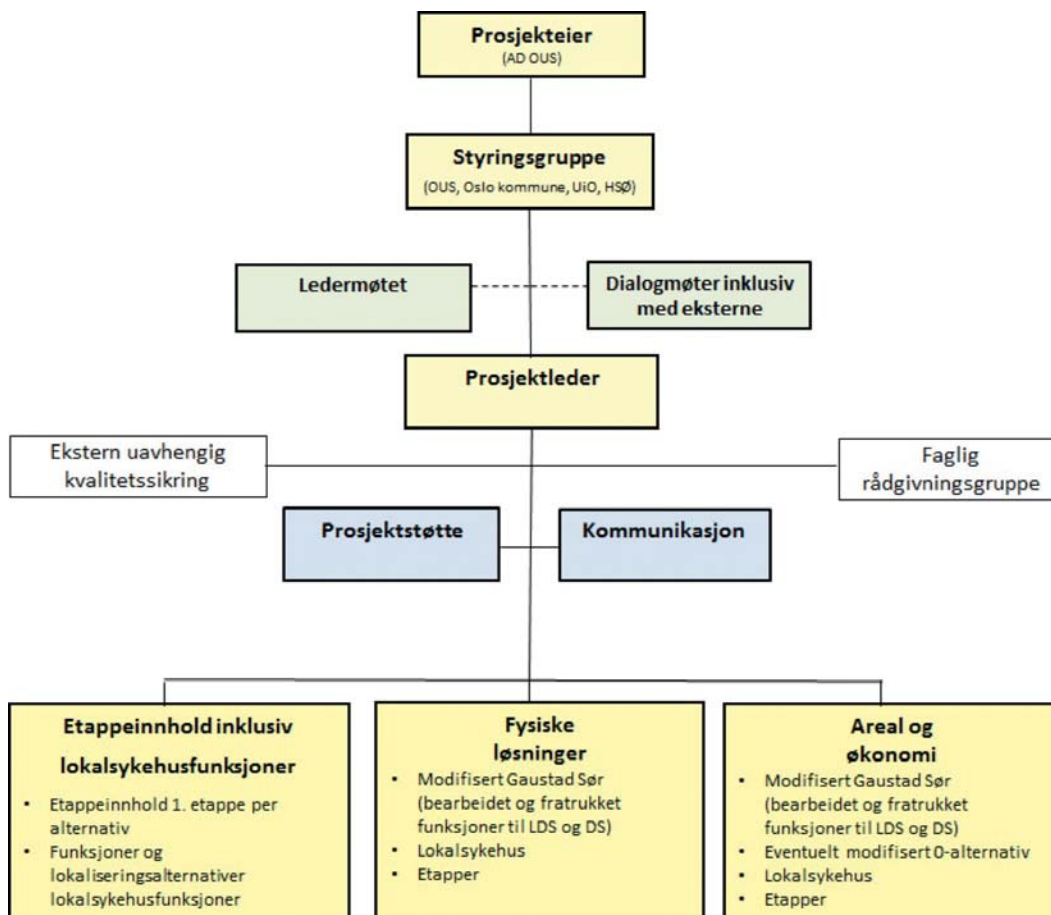
- De ulike klinikkene
- Brukerutvalget
- De ansattes organisasjoner

### 10.2.4 Suksesskriterier og kritiske suksessfaktorer

#### Suksesskriterier

Når idéfasens tilleggsrapport er ferdig, skal situasjonen være som følger:

- Rapporten svarer på mandatet, slik at saken er tilstrekkelig opplyst til at en konseptfase kan igangsettes
- Tidsplanen er overholdt
- Kostnadsrammen er overholdt



Figur 77  
Prosjektets organisering  
for videreføring av  
idéfasen.

Medvirkning fra ansatte og brukere er av stor betydning for sluttresultatet.

### Kritiske suksessfaktorer

Kritiske suksessfaktorer som har innvirkning på måloppnåelsen:

- Alle involverte har felles målforståelse
- Klare ansvarsområder og tydelige mandater (klar organisering)
- Åpen og transparent prosess
- Tilstrekkelig tid og ressurser for nøkkelpersoner til å arbeide med prosjektet
- Solid forankring av prosjektet i organisasjonen
- Avklaring av interessentbildet, oppfølging av kritiske aktører og miljøer

### 10.2.5 Datagrunnlag for videre arbeid

I forbindelse med utarbeidelsen av idéfasen ble det gjort beregninger av kapasitet og arealbehov for et nytt sykehus tilpasset innhold, demografiske endringer i regionen og funksjoner for framtiden. Datagrunnlaget og de forutsetningene som ligger til grunn idéfaserapporten av februar 2015 legges til grunn i det videre arbeidet (men vil bli revidert når konseptfase igangsettes).

### 10.2.6 Organisering, styring og ansvarsdeling

Prosjektets organisering for videreføring av idéfasen er vist i figur 77, og bygger på den samme organiseringen som har vært hittil når det gjelder den overordnede styringen av prosjektet.

### 10.2.7 Styringsgruppe

Styringsgruppen fra 2013-2014 for idéfasearbeidet foreslås å fortsette.

I denne fasen drives prosjektet i det løpende av en prosjektgruppe bestående av helseforetakets prosjektansvarlige og innleide rådgivere. Ansatte og tillitsvalgte i sykehusene involveres i arbeidet og ellers i et omfang som er hensiktsmessig i forhold til planarbeidet. Arbeidet konsentreres om suppleringene etter høringsrunden, og tilstrekkelig grunnlag for å kunne iverksette konseptfase:

- Lokalsykehusfunksjoner lagt utenfor hovedsykehuset og dermed begrenset utbygging på Gaustad (funksjoner, areal og lokalisering)
- Etappeinnhold
- Fysiske løsninger – modifisert og
- konkretisert ut fra de to foregående punktene
- Konsekvenser for areal og økonomi

### 10.2.8 Dialogmøter og medvirkning

Interne dialogmøter forutsettes opprettholdt etter tidligere praksis i idéfasearbeidet. Medvirkning fra ansatte og brukere er av stor betydning for sluttresultatet. I tillegg til deltakelsen i styringsgruppen, opprettholdes løpende kontakt gjennom orienteringer og dialog i brukerutvalgets møter og i de aktuelle fora med tillitsvalgte og vernetjeneste. Den faglige rådgivningsgruppen videreføres. Det tas stilling til eventuelle justeringer i sammensetningen i forbindelse med utarbeidelse og godkjenning av styringsdokumentet for tilleggsutredningen.

### 10.2.9 OUS' ledermøte

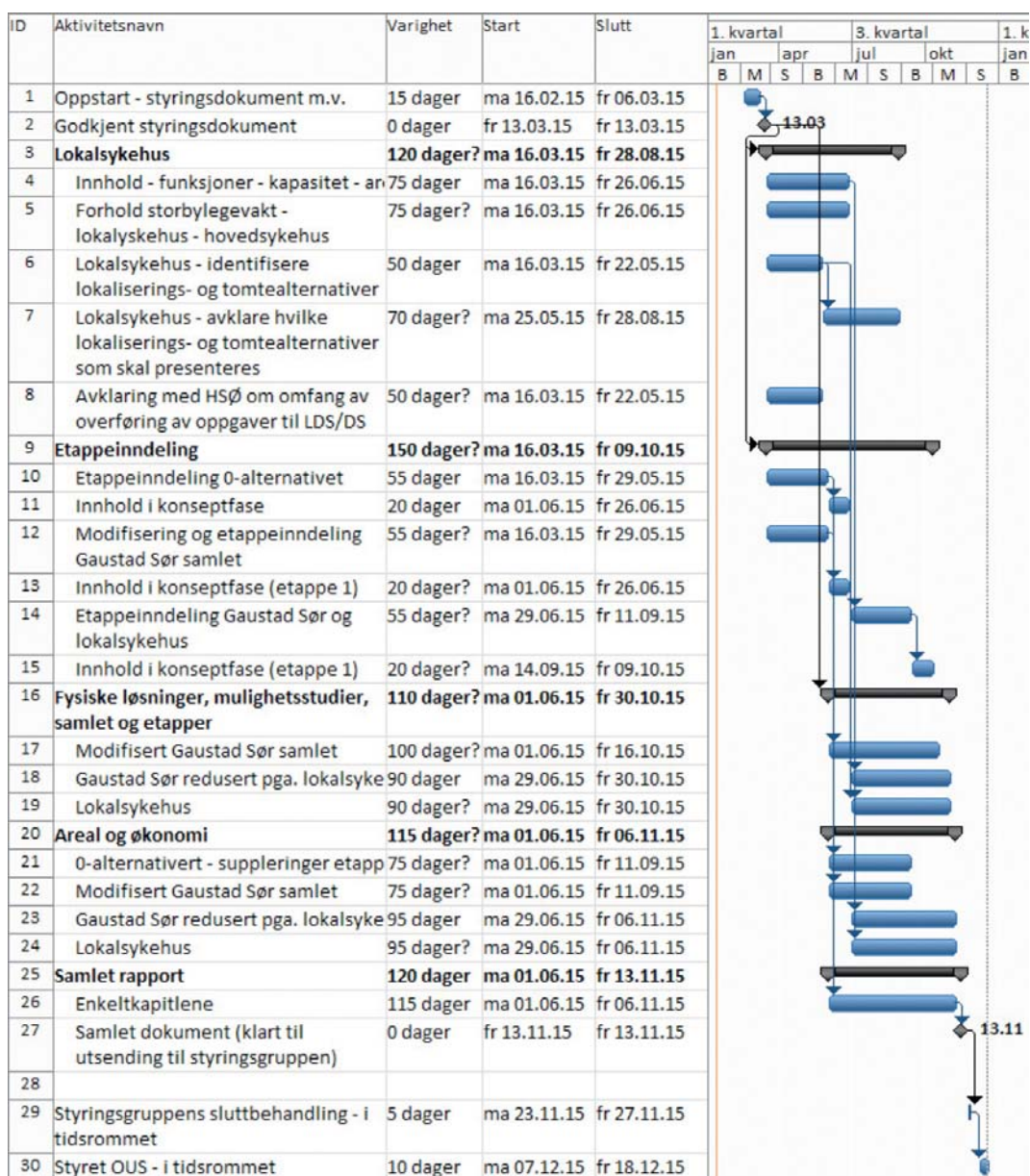
OUS' ledermøte vil bli holdt løpende orientert og utgjør på ordinært vis administrerende direktørs linjelederforum for håndtering av saken i egen organisasjon.

### 10.2.10 Samarbeid med de nærmeste interessentene

Samspeillet med Oslo kommune intensiveres gjennom en utredningsgruppe knyttet til arbeidet med lokalsykehusfunksjoner og mulige lokaliseringalternativer, samt gjennom mulighet for egne dialogmøter.

Samspeillet med UiO intensiveres gjennom en utredningsgruppe knyttet til arbeidet med lokalsykehusfunksjoner, samt gjennom mulighet for egne dialogmøter. Den faglige rådgivningsgruppen som er etablert videreføres, med hovedfokus på innholdet i den videre planleggingen av første etappe (hva

Samspeillet med Oslo kommune intensiveres gjennom en utredningsgruppe knyttet til arbeidet med lokalsykehusfunksjoner.



Figur 78  
Hovedelementene i tidsplanen for tilleggsutredningen.

som skal inngå i alternativene for konseptfaseutredning og for første etappe spesielt).

### 10.2.11 Tidsplan

Figuren til venstre viser hovedelementene i tidsplanen for tilleggsutredningen.

Hovedbildet er at styringsdokumentet for dette arbeidet godkjennes av styringsgruppa i mars 2015, innenfor rammen av styret i OUS sin behandling i februar. Videreføringen av idfasearbeidet gjennomføres med slutt-

behandling i styringsgruppen i november og i styret i OUS i desember 2015.

Styringsgruppen etablerer en møteplan som leder fram til sluttbehandlingen i november. Styret i OUS orienteres om status og progresjon i arbeidet minst en gang per kvartal, som forberedelse til endelig behandling i desember, med påfølgende oversendelse til Helse Sør-Øst RHF med forslag til hva som bør inngå i videre konseptfase.



**Trykte vedlegg**

Vedlegg 1	Mandat for Idéfasen, styresak 085/2012
Vedlegg 2	Virksomhetsløsninger, Idéfase OUS– Campus Oslo, Leveranse 28.2.14
Vedlegg 3	Fysiske løsninger og byutvikling
Vedlegg 4	Økonomiske analyser – investeringer, driftsøkonomi og bæreevne. Usikkerhetsanalyse. Øvrige samfunns effekter
Vedlegg 5	Aktivitet, kapasitet og arealbehov
Vedlegg 6	Evaluering av alternativ
Vedlegg 7	Innovasjon og næringsutvikling
Vedlegg 8	Demografi
Vedlegg 9	Risiko og sårbarsanalyse (ROS)
Vedlegg 10	Trafikkanalyse
Vedlegg 11	Kvalitetssikringsrapport

**Uttrykte vedlegg**

Vedlegg 12	Arealutviklingsplan 2025
Vedlegg 13	Oslo universitetssykehus - Strategi 2013-18
Vedlegg 14	Virksomhetsmodeller 2030 – første skisse, Delprosjekt virksomhetsløsninger leveranse 15.11.13
Vedlegg 15	Framskrivning, avhengigheter og utdypning av hovedtrekk ved virksomhetsmodeller 2030, Delprosjekt virksomhetsløsninger, Leveranse 13.12.13
Vedlegg 16	Arealbehov 2030, beregninger
Vedlegg 17	Økonomiske beregninger
Vedlegg 18	Verdiestimat av portefølje av sykehuseiendommer – utvikling
Vedlegg 19	Verdiestimat portefølje av eiendommer – erverv
Vedlegg 20	Verdivurdering av Dikemark
Vedlegg 21	Byutviklingspotensial av frigjorte tomter
Vedlegg 22	Oversikt over deltakere i prosjektet
Vedlegg 23	Katalog hørings svar

EKSPERTISE  
KVALITET  
MENNESKER  
2050 LIV  
TRYGGHET

BARN&UNGE  
2040

OMTANKE  
ERFARING

ANSVAR

MENNESKER

HELBREDELSE

TRIVSEL

VARME

TRYGGHET  
FRAMTID

2020

PAPPA  
TRYGG

HJELP

2040

LEGE  
VARME

TRYGG  
KURERE

MAMMA

ÅPENT

BROR  
PLEIE

KROPP

VARME  
TRYGGE  
OMGIVELSER  
KVALITET  
SIKKERHET  
2030

FRORSKNING

BARN&UNGE

PASIENTERFARINGER  
TRYGGHET

BEHANDLE

BARN  
LIVSKVALITET  
FRAMTID

UTVIKLING

OPPMERKSOMHET  
FRAMTID

DIAGNOSE

FREDELIGHET  
EKSPERTISE  
FRED

OMTANKE

LIV

2025

PLEIE

TRIVSEL

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 13. februar 2015

Saksbehandler: Viseadministrerende direktør medisin, helsefag og utvikling

Vedlegg:

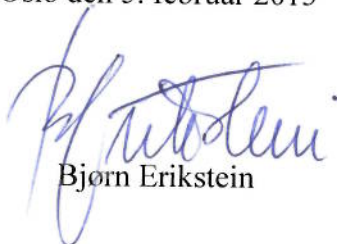
---

### SAK 10/2015 NY STORBYLEGEVAKT I OSLO

#### Forslag til vedtak:

- 1. Styret ber administrerende direktør ta kontakt med Oslo kommune for i fellesskap å fullføre konseptvalgutredning for et Storbylegevaktbygg som skal plasseres i nærheten av sykehusets akuttmottak.*
- 2. Styret ber administrerende direktør ta initiativ til å forberede etablering av et tettere samarbeid med Oslo kommune om pasienter på allmennt medisinsk legevakt i Storgaten.*
- 3. Styret ber om at endelig vedtak om plassering av ny Storbylegevakt samordnes med vedtak om fremtidig plassering av hovedsykehus og akuttmottak ved fullføring av idéfase for Oslo universitetssykehus planlagt styrebehandlet i desember 2015.*

Oslo den 5. februar 2015

  
Bjørn Erikstein



**Bakgrunn**

Det har i over 50 år vært et samarbeid mellom Oslo kommune og Ullevål sykehus (senere Oslo universitetssykehus HF) om driften av legevakten i Storgata. Dagens legevakt er nedslitt og svært trangbodd med utstrakt grad av uheldige provisorier. Det har derfor presset seg fram et behov for opprusting og utvidelse. Tomtearealet gir lite rom for utvidelse, og et nybygg på annen lokalisasjon er derfor eneste mulighet for en større og bedre storbylegevakt.

Kommunens oppgaver i legevakten omfatter blant annet allmennlegevakt, sykebesøk og sosialvakt. Oslo universitetssykehus HF (OUS) driver skadelegevakt, ortopedi (operasjonsstuer, poliklinikk og sengepost), psykiatrisk legevakt, radiologi og ambulanser. Det er relativt liten kontakt i det daglige arbeidet på tvers mellom kommunens og helseforetakets drift spesielt i forhold til skadedelen. Samlet er det om lag 200 000 konsultasjoner årlig, som fordeler seg med omtrent halvparten hver på kommunen og OUS.

Prosjektet "Ny storbylegevakt" ble startet opp i 2008 som et samarbeid mellom Oslo kommune og Helse Sør-Øst RHF. Rapporten "Fremtidens Storbylegevakt i Oslo" anbefalte å samlokalisere Storbylegevakten med "områdesykehus med akuttfunksjon". I 2010 ble dette prinsippet vedtatt som et ønske fra kommunens side. Kommunen ønsket også å fortsette det tette samarbeidet med Oslo Universitetssykehus HF i en ny storbylegevakt. I juli 2011 ble det ferdigstilt en utvidet rapport med tittelen "Innhold i Storbylegevakten". Etter dette er det Oslo kommune som har videreført prosjektet. Oslo universitetssykehus HF har deltatt i arbeidet.

Prosjektarbeidet stoppet opp i 2012 på grunn av uklarhet rundt finansiering fra kommunen. I tillegg vedtok styret i Oslo universitetssykehus HF den 17. desember 2012 (sak 85/2012) oppstart av samlet idéfase for somatikk, psykisk helse og avhengighet i Oslo universitetssykehus HF.

**Sentrale vedtak i saken**

Styret i Oslo universitetssykehus HF ble i desember 2011 (sak 152/2011) orientert om saken, og at det ble vurdert en løsning med plassering på Ullevåltomten bak Barnesenteret, men at en slik løsning forutsatte flytting eller reetablering av kjøkken, sentrallager, kontorbygg og parkering som i dag er plassert på denne tomten på Ullevål.

I januar 2012 leverte Oslo kommune en videreutviklet rapport, "Konseptvalgutredning for Storbylegevakt". Det var lagt opp til at bystyret skulle behandle saken i oktober 2012.

Styret i Oslo universitetssykehus HF behandlet Storbylegevakt i møte 20. juni 2012 (sak 51/2012). På gitte vilkår ga styret administrerende direktør fullmakt til å inngå en intensjonsavtale med Oslo kommune vedrørende bygging av ny storbylegevakt på Ullevål sykehus. Intensjonsavtale om Storbylegevakt ble aldri forelagt Oslo universitetssykehus HF.

I mars 2013 måtte operasjonsstuen i Storgt 40 stenges etter en gjennomgang utført av Norconsult som avdekket elendige tekniske forhold og ortopedisk aktivitet ble i all hovedsak flyttet til Aker sykehus.

Oslo kommune etablerte en prosjektgruppe hvor Oslo universitetssykehus HF deltok for å se på hva som kunne gjøres i et kortere perspektiv. Flere alternativer ble utredet, blant annet flytting av store deler av virksomheten i Storgt 40 til Aker sykehus. Alternativene er beskrevet i rapporten *Prosjekt legevakt 2015*. Felles konklusjon ble imidlertid at legevakten i Storgt 40 oppgraderes, og at operasjonsstuene reetableres sammen med en sengepost for ortopedi. Arbeidet er igangsatt, men ikke fullført og ortopedisk operasjonsvirksomhet som planlegges tilbakeført til Storgt 40 er fortsatt i all hovedsak på Aker sykehus.

#### **Administrerende direktørs vurdering og anbefaling**

Administrerende direktør ser at et godt samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten gir den beste behandling og største trygghet for pasientene. Samarbeidet om legevaktfunksjonen har lang tradisjon i Oslo og har spesielt utviklet seg godt når det gjelder skade, ortopedi og psykisk helse. Dette er et samarbeid sykehuset vil beholde og søke å utvide til å gjelde de mer medisinske tilstander innen barnemedisin, indremedisin og nevrologi. Lokalisering av legevaktfunksjonen i tilknytning til akutt sykehuset er godt utredet, og det er gode argumenter for at etableringen skal være nær slik at samarbeidet kan utvikles til beste for pasientene. Oslo kommune har siste halvår gjennomført et prosjekt med hovedfokus på tomtealternativer og mange tomter er vurdert. Så langt er trekanttomten på Ullevål den eneste som tilfredsstillende kriteriet K0 i rapporten; *Storbylegevakten skal lokaliseres i tilknytning til akuttfunksjonene ved Oslo universitetssykehus*.

Administrerende direktør ser det som viktig å fullføre konseptvalgutredningen for et Storbylegevaktbygg for å avklare innholdet slik at ny storbylegevakt kan plasseres i nærhet til akutt mottaket. Dette arbeidet må gjøres av Oslo kommune og sykehuset i fellesskap. I tillegg bør det tas et initiativ for å forberede etablering av et tettere samarbeid med Oslo kommune om pasienter på allmennmedisinsk legevakt i Storgaten kanskje allerede fra neste budsjettår slik at samarbeidet utvikles i tråd med forslagene som er utredet tidligere.

Det er viktig at plassering av ny storbylegevakt blir riktig i forhold til sykehusstrukturen i hovedstadsområdet også på lenger sikt. Det er derfor en fordel for Oslo universitetssykehus om endelig vedtak om plassering av ny Storbylegevakt samordnes med vedtak om fremtidig plassering av hovedsykehus og akutt mottak ved fullføring av idéfase for Oslo universitetssykehus. Etter planen skal sak om dette legges frem for behandling i styret i desember 2015.

#### **Legevaktprosjektet og Oslo universitetssykehus**

Prosjekt Storbylegevakt ble restartet i august 2014 og i all hovedsak har arbeidet konsentrert seg om å utrede alternative tomter for plassering av ny storbylegevakt. Det er i tillegg satt i gang arbeid i Storgaten 40 for å legge til rette for mulig drift i dagens legevakt i ytterligere 10 år. Planlagt fremdrift i prosjektet er vel fortsatt ikke avklart, men det vil nok ta opp til 7 til 8 år før ny Storbylegevakt tas i bruk.

Prosjektgruppen har gjennomført vurdering av et 40-talls forskjellige tomter og flere av disse kunne vært aktuelle hvis man så bort fra kriterium K0 som sier at *Storbylegevakten skal lokaliseres i tilknytning til akuttfunksjonene ved Oslo universitetssykehus*. Trekanttomten på Ullevål er nærmest den eneste som i dag

oppfyller dette kriterium, og Oslo kommune fastholder derfor sitt ønske om å utrede dette alternativet med en konseptutredning. Når prosjektet ble startet opp la prosjektgruppen opp til bygging av legevakt uten å rive kjøkken og lager, men prosjektet har senere kommet frem til at hele trekanttomten må benyttes hvis legevakt skal etableres på denne tomten. Det er nødvendig å få fullstendig klarhet i hvordan Oslo kommune planlegger å erstatte kjøkken, lager, kontorer og parkering på trekanttomten.

I arbeidet ble det også etablert en faglig rådgivningsgruppe som i sin konklusjon fastholder innholdet i tidligere rapporter om at Storbylegevakten bør lokaliseres i nærhet til akuttsykehuset. Erfaringene med et tett samarbeid i dagens legevakt om skade, ortopedi, psykisk helse og rus, er gode. Det er imidlertid ikke etablert et formelt samarbeid i allmennlegevakten om triagering av medisinske pasienter og som også er en begrunnelse for lokalisering i tilknytning til sykehusets akuttfunksjoner. Dette må utredes nærmere med tanke på om det lar seg gjøre å etablere en slik funksjon kanskje allerede fra neste budsjettår.

Det er viktig å se på pasientstrømmer i Oslo spesielt innefor de medisinske fagene, og i tillegg se pasientstrømmene i sammenheng med den triagering som gjøres av AMK og prehospitale tjenester. Det er også viktig at pasientstrømmene vurderes ikke minst i forhold til prosjektet Helse Sør-Øst har igangsatt om oppgavedeling og kapasitet i Oslo og Akershus.

#### **Andre momenter i saken**

Rapporten har også blitt vurdert av de andre sykehusene i hovedstaden og av Helse Sør-Øst RHF. Diakonhjemmet sykehus har hele tiden vært skeptiske til en storbylegevakt i tilknytning til det store akuttsykehuset og opprettholder dette synet. Diakonhjemmet fremhever i tillegg endrete pasientstrømmer i Oslo de siste to årene og den utredningen Helse Sør-Øst RHF har igangsatt for å se på oppgavedeling og kapasitet i Oslo og Akershus som momenter det må tas hensyn til i videre fremdrift.

Akershus universitetssykehus HF uttrykker også en skepsis til lokalisering i tilknytning til OUS Ullevål og fremhever Aker sykehus som et vel så aktuelt område.

Lovisenberg sykehus mener at både Ullevål og Aker er aktuelle, men hvis akuttfunksjonene i OUS blir værende på Ullevål anses dette som den beste lokalisering av Storbylegevakt. Hvis lokalisering av akuttfunksjoner ikke er avklart, bør videre prosess samordnes og endelig vedtak utsettes i henhold til innspill fra Lovisenberg.

Helse Sør-Øst RHF viser til vedtak i sak 108/2008 pkt 13b om Storbylegevakt. Helse Sør-Øst mener det videre arbeidet bør omfatte både trekanttomten og Aker sykehus og i tillegg se det arbeidet som pågår om oppgavedeling og kapasitet i Oslo og Akershus i tett samarbeid med Oslo kommune og sykehusene, i sammenheng med etablering av ny Storbylegevakt.

I Oslo kommunes høringssvar om idéfasen for Oslo universitetssykehus HF kom det tydelig frem at kommunens anbefaling var at sykehuset på sikt flyttes fra Ullevåltomten.

Oslo universitetssykehus HF er i godt gang en idéfaseutredning der to lokaliseringer av hovedsykehuset inkludert den framtidige akutfunksjonen er aktuelle, på Ullevål eller på Gaustad. Ved utgangen av 2015 vil Oslo universitetssykehus HF etter planen ta stilling til retningsvalg for videre utvikling, og innhold i en første etappe. Da vil det ligge godt til rette for at også lokaliseringen av Storbylegevakt kan samkjøres med lokaliseringen av Oslo universitetssykehus HF sin akutfunksjon.

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 13. februar 2015

Saksbehandler: Direksjonssekretær

Vedlegg: Oversikt over status for tidligere styresaker

---

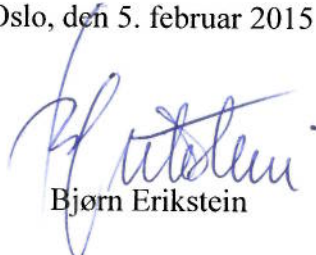
### SAK 11/2015 STATUS OG OPPFØLGING AV STYRESAKER

Hvert halvår legges det fram en oversikt over status og oppfølging av styrets vedtak. Vedlagt følger en oppdatert oversikt over status og oppfølging av styresaker per andre halvår 2014. Orienteringssaker er ikke tatt med i oversikten.

#### Forslag til vedtak:

*Styret tar den fremlagte oversikten over status og oppfølging av styrevedtak fram til og med desember 2014 til orientering.*

Oslo, den 5. februar 2015



Bjørn Erikstein

Vedlegg til sak 11/2015

**Status oppfølging av styrets vedtak**

Nedenfor følger oversikt med status og oppfølging av styrets vedtak til og med andre halvår 2014. Tidligere utkvitterte saker, vedtak uten krav til oppfølging som orienteringssaker, herunder administrerende direktørs driftsorienteringer, tas ikke med i oversikten.

Saksnr	Saksnavn	Vedtak	Oppfølging
71/2014	Virksomhetsoverdragelse av stråleterapienheter fra Oslo universitetssykehus HF til Sørlandet sykehus HF og Sykehuset Innlandet HF	<p>Styret slutter seg til avtale om virksomhetsoverdragelse av stråleterapienhet i Kristiansand fra Oslo universitetssykehus HF til Sørlandet sykehus HF.</p> <p>Styret slutter seg til avtale om virksomhetsoverdragelse av stråleterapienhet på Gjøvik fra Oslo universitetssykehus HF til Sykehuset Innlandet HF.</p> <p>Styret gir administrerende direktør fullmakt til å slutføre og signere avtalene om virksomhetsoverdragelse</p>	Under oppfølging.
70/2014	Salg av Josefinegate 30 og Pilestredet 77/79	<p>Styret anbefaler salg av eiendommen Josefinegate 30, gnr 214 bnr 176 i Oslo kommune.</p> <p>Styret anbefaler salg av eiendommen Pilestredet 77/79, gnr 216 bnr 126 i Oslo kommune.</p> <p>Styret ber administrerende direktør formidle salgsanbefalingene til Helse Sør-Øst RHF for vedtak i foretaksmøtet.</p>	Sendt HSØ for behandling i foretaksmøtet
69/2014	Idefase OUS – Campus Oslo	<p>Styret tar redegjørelsen om Idefase OUS-Campus Oslo til orientering.</p> <p>Styret ber om at det i idefaserapporten innarbeides en plan for det videre arbeid med en fremtidsrettet løsning for utviklingen av Oslo universitetssykehus. Planen skal ta hensyn til resultatene av eksterne kvalitetssikring og høring, med spesiell vektlegging av lokalsykehusfunksjonen. Alternativene "Full samling på Ullevål" og</p>	Under oppfølging

	<p>”Gaustad Øst” utredes ikke videre nå. Bearbeidet rapport, inkludert plan for det videre arbeid, herunder for virksomheten, legges fram i neste styremøte.</p>		
67/2014	<p>Styret gir administrerende direktør fullmakt til å søke et lån på inntil 1 265 millioner kroner for å understøtte investeringer i bygningsmassen for å lukke myndighetspålegg og sikre oppgraderinger slik at sikker drift kan opprettholdes.</p> <p>Styret legger til grunn at egenandelen på 542 millioner kroner finansieres av Oslo universitetssykehus HF's egne midler.</p> <p>Styret ber om at lånesøknaden fremmes til Helse- og omsorgsdepartementet via Helse Sør-Øst RHF.</p>	<p>Søknad sendt HSØ</p>	
66/2014	<p>Budsjett 2015</p> <p>Styret konstaterer at budsjettforutsetningene er endret og mer krevende med økt resultatrisiko. Styret ber administrerende direktør arbeide med å tilpasse driften til budsjettforutsetningene og komme tilbake med en nærmere redegjørelse til styret i neste møte.</p> <p>Styret vedtar budsjett for Oslo universitetssykehus HF for 2015 slik det fremgår av tabellene 1, 2 og 3 i styresak 66/2014. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å disponere budsjettet i samsvar med beslutninger i foretaksmøte for Oslo universitetssykehus HF, vedtak i styret i Oslo universitetssykehus HF og gitte fullmakter.</p> <p>Styret ber administrerende direktør legge områdeplanen for IKT til grunn for videre arbeid på IKT-området.</p> <p>Administrerende direktør gis fullmakt til å ta opp langsiktige lån fra Helse</p>	<p>Styresak 8/2015</p>	

		<p>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.</p> <p>Styret ber om en nærmere redegjørelse av konsekvensen av leieavtalene for sykehusets drift.</p> <p>Administrerende direktør gis sammen med styreleder fullmakt til å reinvestere pensjonsmidler i Statens pensjonskasse.</p> <p>Styret påpeker viktigheten av at det videre arbeidet med budsjett 2015 er gjenstand for en bred prosess med god involvering av fagmiljø og tillitsvalgte helt ut i organisasjonen.</p>	
58/2014	Virksomhetsoverdragelse av Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging, region øst	<p>Styret slutter seg til avtale om virksomhetsoverdragelse av Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging, region øst fra Oslo universitetssykehus HF til Regionsenter for barn og unges psykiske helse, helseregion Øst og Sør.</p> <p>Styret gir administrerende direktør fullmakt til å signere avtalen om virksomhetsoverdragelse på vegne av Oslo universitetssykehus HF.</p>	<p>Avtale undertegnet og overdragelse gjennomført.</p>
55/2014	Ledelsens gjennomgang 1. tertial 2014	Styret tar ledelsens gjennomgang fra 1. tertial 2014 til etterretning.	OK
46/2014	Revisjon av intern styring og kontroll i Hjerte-, lunge- og karklinikken	<p>Styret tar Konsernrevisjonens rapport 1/2014 til etterretning.</p> <p>Styret ber om å bli orientert om hvordan revisjonsfunnene i Hjerte-, lunge- og karklinikken følges opp.</p> <p>Styret ber om å bli forelagt en plan for hvordan funnene i revisjonen kan benyttes i forbedringsarbeidet i øvrige klinikker i helseforetaket.</p>	<p>Følges opp i ledelsens gjennomgang</p> <p>Under oppfølging</p>



45/2014	Felles akuttmedisinsk kommunikasjons-sentral for Østfold og Oslo-Akershus	<p>Styret slutter seg til avtale om virksomhetsoverdragelse av akuttmedisinsk kommunikasjonsentral for Østfold fra Sykehuset Østfold HF til Oslo universitetssykehus HF.</p> <p>Styret ber om at arbeidet med overdragelsen starter umiddelbart og iverksettes så snart det er forsvarlig og praktisk mulig. Tidspunkt for iverksettelse 1. oktober 2015.</p> <p>Styret gir administrerende direktør fullmakt til å slutføre og signere avtalen om virksomhetsoverdragelse med Sykehuset Østfold HF.</p>	Avtale undertegnet.
40/2014	Leie av arealer i Storgaten 40	<p>Styret tar til orientering at administrerende direktør inngår en 4-årig leieavtale (fremleieavtale) i Storgata 40 med Oslo kommune v/Helseetaten.</p> <p>Styret gir administrerende direktør fullmakt til å forhandle frem en avtale om lenger leie og sende den til Helse Sør-Øst RHF for godkjenning.</p> <p>Styret gir administrerende direktør fullmakt til å inngå en langsiktig leieavtale i Storgata 40 forutsatt godkjenning fra Helse Sør-Øst RHF.</p>	<p>En 4-årig avtale er inngått. OUS er i dialog med OK om en avtale for lenger leie.</p> <p>Status uendret. Skal nå i dialog om forslag til FDV avtale.</p>
39/2014	Budsjett 2015	<p>Styret ber administrerende direktør fortsette en dialog med Helse Sør-Øst RHF om å sikre tilstrekkelig finansiering av investeringer i 2015.</p> <p>Styret konstaterer at det fortsatt er en betydelig utfordring å gjennomføre driften slik at det oppnås en resultatforbedring med overskudd i 2015, men at dette er nødvendig for å sikre finansiering av investeringer.</p>	<p>Under oppfølging</p> <p>Sak 8/2015</p>
35/2014	Idefaserapport Oslo universitetssykehus HF	<p>Styret tar rapport fra Idéfase OUS – Campus Oslo med de merknader som fremkom i møtet til orientering.</p> <p>Styret ber om at rapporten sendes ut på høring som angitt i saksfremlegget.</p>	Fulgt opp i sak 69/2014

			Styret ber om at bearbeidet rapport med høringsuttalelser og en plan for videre arbeid legges frem for styret etter at høringsrunden er avsluttet.	
28/2014	Revisjonsplan internrevisjon		Styret tar forslag til revisjonsplan for 2014-2015 for Oslo universitetssykehus til etterretning.	Under oppfølging
24/2014	Investeringsbudsjett 2015		Styret gir administrerende direktør fullmakt til å inngå avtaler om investeringer i medisinskteknisk utstyr for 200 millioner kroner av investeringsrammen for 2015.	Under oppfølging
72/2013	Overdragelse av Medisinsk bibliotek til UiO		Styret anbefaler at Oslo universitetssykehus medisinske bibliotekjeneste virksomhetsoverdras til Universitetet i Oslo i henhold til vedlagte avtaleutkast.  Styret ber administrerende direktør oversende saken til Helse Sør-Øst RHF for avklaring av overføring på statsbudsjettet og vedtak i foretaks møte.  Styret gir administrerende direktør fullmakt til å undertegne avtalen om virksomhetsoverdragelse etter vedtak i foretaks møte.	Overdragelse gjennomført.  Styresak 75/2014
28/2013	Revisjonsplan internrevisjon		Styret tar forslag til revisjonsplan for Oslo universitetssykehus til etterretning.	Under oppfølging
82/2012	Rapport per august		Styret gir administrerende direktør fullmakt til å gjennomføre delprosjekt som omfatter etablering av mammografiscreening på Aker innenfor en ramme på 15 millioner kroner finansiert av ramme til omstillingsinvesteringer.  Styret gir administrerende direktør fullmakt til å anskaffe nytt trykkammer innenfor en ramme på 16 millioner kroner, under forutsetning av godkjenning fra Helse Sør-Øst RHF.	Prosjekt er gjennomført.  Investeringsmidler er godkjent og byggarbeidene er igang.

		<p>Styret gir administrerende direktør fullmakt til å anskaffe nytt angiografilaboratorium innenfor en ramme på 11,1 millioner kroner, under forutsetning av godkjenning fra Helse Sør-Øst RHF.</p> <p>Styret gir administrerende direktør fullmakt til å gjennomføre prosjekt for utvidelse av kapasitet ved Regional avdeling for spiseforstyrrelser innenfor en foreløpig ramme på 20 millioner kroner finansiert av driftsmidler i 2012/2013.</p>	<p>Godkjent og anskaffet.</p> <p>Prosjekt er gjennomført.</p>
74/2012	Budsjett 2013	<p>Styret ber administrerende direktør forberede en plan for å gjennomføre årlige investeringer i medisinsk teknisk utstyr i størrelsen 350 millioner kroner per år i perioden 2013-2015 i samsvar med omtalen i denne styresaken (avsnitt 4.h). Anskaffelsene forutsettes gjennomført i samsvar med de årlige investeringsbudsjettene og innenfor gjeldende fullmaktsregime.</p>	<p>Under arbeid.</p> <p>Fulgt opp i investeringsbudsjettet for 2015</p>

**Vedlegg til sak 11/2015**
**Status oppfølging av styrets vedtak**

Nedenfor følger oversikt med status og oppfølging av styrets vedtak til og med andre halvår 2014. Tidligere utkvitterte saker, vedtak uten krav til oppfølging som orienteringssaker, herunder administrerende direktørs driftsorienteringer, tas ikke med i oversikten.

Saksnr	Saksnavn	Vedtak	Oppfølging
71/2014	Virksomhetsoverdragelse av stråleterapienter fra Oslo universitets-sykehus HF til Sørlandet sykehus HF og Sykehuset Innlandet HF	<p>Styret slutter seg til avtale om virksomhetsoverdragelse av stråleterapienter i Kristiansand fra Oslo universitetssykehus HF til Sørlandet sykehus HF.</p> <p>Styret slutter seg til avtale om virksomhetsoverdragelse av stråleterapienter på Gjøvik fra Oslo universitetssykehus HF til Sykehuset Innlandet HF.</p> <p>Styret gir administrerende direktør fullmakt til å slutføre og signere avtalene om virksomhetsoverdragelse</p>	Under oppfølging.
70/2014	Salg av Josefinesgate 30 og Pilestredet 77/79	<p>Styret anbefaler salg av eiendommen Josefinesgate 30, gnr 214 bnr 176 i Oslo kommune.</p> <p>Styret anbefaler salg av eiendommen Pilestredet 77/79, gnr 216 bnr 126 i Oslo kommune.</p> <p>Styret ber administrerende direktør formidle salgsanbefalingene til Helse Sør-Øst RHF for vedtak i foretaksmøtet.</p>	Sendt HSØ for behandling i foretaksmøtet
69/2014	Idefase OUS – Campus Oslo	<p>Styret tar redegjørelsen om Idefase OUS-Campus Oslo til orientering.</p> <p>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</p>	Under oppfølging

		”Gaustad Øst” utredes ikke videre nå. Bearbeidet rapport, inkludert plan for det videre arbeid, herunder for virksomheten, legges fram i neste styremøte.	
67/2014	Investeringstiltak i bygningsmassen til Oslo universitetssykehus	<p>Styret gir administrerende direktør fullmakt til å søke et lån på inntil 1 265 millioner kroner for å understøtte investeringer i bygningsmassen for å lukke myndighetspålegg og sikre oppgraderinger slik at sikker drift kan opprettholdes.</p> <p>Styret legger til grunn at egenandelen på 542 millioner kroner finansieres av Oslo universitetssykehus HFs egne midler.</p> <p>Styret ber om at lånesøknaden fremmes til Helse- og omsorgsdepartementet via Helse Sør-Øst RHF.</p>	Søknad sendt HSØ
66/2014	Budsjett 2015	<p>Styret legger til grunn et positivt økonomisk resultat på 175 millioner kroner som økonomisk styringsmål for 2015.</p> <p>Styret konstaterer at budsjettforutsetningene er endret og mer krevende med økt resultatrisiko. Styret ber administrerende direktør arbeide med å tilpasse driften til budsjettforutsetningene og komme tilbake med en nærmere redegjørelse til styret i neste møte.</p> <p>Styret vedtar budsjett for Oslo universitetssykehus HF for 2015 slik det fremgår av tabellene 1, 2 og 3 i styresak 66/2014. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å disponere budsjettet i samsvar med beslutninger i foretaksmøte for Oslo universitetssykehus HF, vedtak i styret i Oslo universitetssykehus HF og gitte fullmakter.</p> <p>Styret ber administrerende direktør legge områdeplanen for IKT til grunn for videre arbeid på IKT-området.</p> <p>Administrerende direktør gis fullmakt til å ta opp langsiktige lån fra Helse</p>	Styresak 8/2015

		<p>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.</p> <p>Styret ber om en nærmere redegjørelse av konsekvensen av leieavtalene for sykehusets drift.</p> <p>Administrerende direktør gis sammen med styreleder fullmakt til å reinvestere pensjonsmidler i Statens pensjonskasse.</p> <p>Styret påpeker viktigheten av at det videre arbeidet med budsjett 2015 er gjenstand for en bred prosess med god involvering av fagmiljø og tillitsvalgte helt ut i organisasjonen.</p>	
58/2014	Virksomhetsoverdragelse av Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging, region øst	<p>Styret slutter seg til avtale om virksomhetsoverdragelse av Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging, region øst fra Oslo universitetssykehus HF til Regionsenter for barn og unges psykiske helse, helseregion Øst og Sør.</p> <p>Styret gir administrerende direktør fullmakt til å signere avtalen om virksomhetsoverdragelse på vegne av Oslo universitetssykehus HF.</p>	Avtale undertegnet og overdragelse gjennomført.
55/2014	Ledelsens gjennomgang 1. tertial 2014	Styret tar ledelsens gjennomgang fra 1. tertial 2014 til etterretning.	OK
46/2014	Revisjon av intern styring og kontroll i Hjerte-, lunge- og karklinikken	<p>Styret tar Konsernrevisjonens rapport 1/2014 til etterretning.</p> <p>Styret ber om å bli orientert om hvordan revisjonsfunnene i Hjerte-, lunge- og karklinikken følges opp.</p> <p>Styret ber om å bli forelagt en plan for hvordan funnene i revisjonen kan benyttes i forbedringsarbeidet i øvrige klinikker i helseforetaket.</p>	<p>Følges opp i ledelsens gjennomgang</p> <p>Under oppfølging</p>

45/2014	Felles akuttmedisinsk kommunikasjons-sentral for Østfold og Oslo-Akershus	<p>Styret slutter seg til avtale om virksomhetsoverdragelse av akuttmedisinsk kommunikasjonsentral for Østfold fra Sykehuset Østfold HF til Oslo universitetssykehus HF.</p> <p>Styret ber om at arbeidet med overdragelsen starter umiddelbart og iverksettes så snart det er forsvarlig og praktisk mulig. Tidspunkt for iverksettelse 1. oktober 2015.</p> <p>Styret gir administrerende direktør fullmakt til å slutføre og signere avtalen om virksomhetsoverdragelse med Sykehuset Østfold HF.</p>	Avtale undertegnet.
40/2014	Leie av arealer i Storgaten 40	<p>Styret tar til orientering at administrerende direktør inngår en 4-årig leieavtale (fremleieavtale) i Storgata 40 med Oslo kommune v/Helseetaten.</p> <p>Styret gir administrerende direktør fullmakt til å forhandle frem en avtale om lenger leie og sende den til Helse Sør-Øst RHF for godkjenning.</p> <p>Styret gir administrerende direktør fullmakt til å inngå en langsiktig leieavtale i Storgata 40 forutsatt godkjenning fra Helse Sør-Øst RHF.</p>	<p>En 4-årig avtale er inngått. OUS er i dialog med OK om en avtale for lenger leie.</p> <p>Status uendret. Skal nå i dialog om forslag til FDV avtale.</p>
39/2014	Budsjett 2015	<p>Styret ber administrerende direktør fortsette en dialog med Helse Sør-Øst RHF om å sikre tilstrekkelig finansiering av investeringer i 2015.</p> <p>Styret konstaterer at det fortsatt er en betydelig utfordring å gjennomføre driften slik at det oppnås en resultatforbedring med overskudd i 2015, men at dette er nødvendig for å sikre finansiering av investeringer.</p>	<p>Under oppfølging</p> <p>Sak 8/2015</p>
35/2014	Idefaserapport Oslo universitetssykehus HF	<p>Styret tar rapport fra Idéfase OUS – Campus Oslo med de merknader som fremkom i møtet til orientering.</p> <p>Styret ber om at rapporten sendes ut på høring som angitt i saksfremlegget.</p>	Fulgt opp i sak 69/2014

		Styret ber om at bearbejdet rapport med høringsuttalelser og en plan for videre arbeid legges frem for styret etter at høringsrunden er avsluttet.	
28/2014	Revisjonsplan internrevisjon	Styret tar forslag til revisjonsplan for 2014-2015 for Oslo universitetssykehus til etterretning.	Under oppfølging
24/2014	Investeringsbudsjett 2015	Styret gir administrerende direktør fullmakt til å inngå avtaler om investeringer i medisinsk teknisk utstyr for 200 millioner kroner av investeringsrammen for 2015.	Under oppfølging
72/2013	Overdragelse av Medisinsk bibliotek til UiO	Styret anbefaler at Oslo universitetssykehus medisinske bibliotekjeneste virksomhetsoverdras til Universitetet i Oslo i henhold til vedlagte avtaleutkast.  Styret ber administrerende direktør oversende saken til Helse Sør-Øst RHF for avklaring av overføring på statsbudsjettet og vedtak i foretaksmøte.  Styret gir administrerende direktør fullmakt til å undertegne avtalen om virksomhetsoverdragelse etter vedtak i foretaksmøte.	Overdragelse gjennomført.  Styresak 75/2014
28/2013	Revisjonsplan internrevisjon	Styret tar forslag til revisjonsplan for Oslo universitetssykehus til etterretning.	Under oppfølging
82/2012	Rapport per august	Styret gir administrerende direktør fullmakt til å gjennomføre delprosjekt som omfatter etablering av mammografiscreening på Aker innenfor en ramme på 15 millioner kroner finansiert av ramme til omstillingsinvesteringer.  Styret gir administrerende direktør fullmakt til å anskaffe nytt trykkammer innenfor en ramme på 16 millioner kroner, under forutsetning av godkjenning fra Helse Sør-Øst RHF.	Prosjekt er gjennomført.  Investeringsmidler er godkjent og byggarbeidene er igang.



		<p>Styret gir administrerende direktør fullmakt til å anskaffe nytt angiografilaboratorium innenfor en ramme på 11,1 millioner kroner, under forutsetning av godkjenning fra Helse Sør-Øst RHF.</p> <p>Styret gir administrerende direktør fullmakt til å gjennomføre prosjekt for utvidelse av kapasitet ved Regional avdeling for spiseforstyrrelser innenfor en foreløpig ramme på 20 millioner kroner finansiert av driftsmidler i 2012/2013.</p>	<p>Godkjent og anskaffet.</p> <p>Prosjekt er gjennomført.</p>
74/2012	Budsjett 2013	<p>Styret ber administrerende direktør forberede en plan for å gjennomføre årlige investeringer i medisinsk teknisk utstyr i størrelsen 350 millioner kroner per år i perioden 2013-2015 i samsvar med omtalen i denne styresaken (avsnitt 4.h). Anskaffelsene forutsettes gjennomført i samsvar med de årlige investeringsbudsjettene og innenfor gjeldende fullmaktsregime.</p>	<p>Under arbeid.</p> <p>Fulgt opp i investeringsbudsjettet for 2015</p>

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

---

Dato møte: 13. februar 2015

Saksbehandler: Direksjonssekretær

Vedlegg:

---

### SAK 12/2015 PLAN FOR STYRET I OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS

#### Forslag til vedtak:

*Styret tar saken til orientering.*

Oslo, den 5. februar 2015

  
Bjørn Erikstein

**Årsplan for styret i Oslo universitetssykehus HF**

<b>Møte</b>	<b>Vedtaksaker</b>	<b>Orienteringssaker</b>
9. april 2015 kl 10-12	Årsoppgjør 2014  Områdeplan investeringer i MTU	Rapportering Årsplan for styret Avsluttet prosjekt Akuttbygget
30. april 2015 kl 8-14	Økonomisk langtidsplan 2016-2019 Status oppfølging av konsernrevisjonen HLK	Rapportering Årsplan for styret Årsplan arbeidsmiljø 2014 Finansiell leasing
Reservetid 28. mai 2015 kl 8 – ca 14		
25. juni 2015 kl 8-14	Ledelsens gjennomgang 1. tertial Prosess budsjett 2016	Rapportering Årsplan for styret
25. september 2015 kl 8-14	Rapportering Budsjett 2016 Eierskap i selskaper	Rapportering Årsplan for styret Oppfølging styresaker
25. september 2015 kl 14-19	Styreseminar	Rapportering Årsplan for styret
28. oktober 2015 kl 8-14	Ledelsens gjennomgang 2. tertial Budsjett 2016	Rapportering Årsplan for styret
Reservetid 25. november 2015 kl 8 – ca 14		
17. desember 2015 kl 8-14	Budsjett 2016 Områdeplan for anskaffelse av medisinskteknisk utstyr 2016-19	Rapportering Årsplan for styret

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte.: 13. februar 2015

Saksbehandler: Leder Direktørens kontor

Vedlegg: Protokoll fra Brukerutvalget 15.12.2014  
Protokoll fra styremøte HSØ 18.12.2014

---

### **SAK 13/2015 ADMINISTRERENDE DIREKTØRS ORIENTERINGER**

Følgende legges frem til orientering:

1. Tilsyn
2. Informasjon om sentrale lov- og forskriftsendringer
3. Rettstvister og straffesaker
4. Samhandling
5. Mediesaker
6. Referater

### **Forslag til vedtak**

*Styret tar saken til orientering.*

Oslo, 5. februar 2015



Bjørn Erikstein

## Innledning

Godt nytt styreår!

Januar er måneden for å gjøre opp status for 2014. Det er derfor en travel måned med Ledelsens gjennomgang 3. tertial og utvidede møter med alle klinikkene og Årlig melding. Samtidig gir det stor stolthet i å få stadig økt innsikt i den jobben som gjøres ved sykehuset. Det er svært nyttig og interessant, og fremstilles i egne styresaker til dere.

I mine orienteringer er det denne gangen en omtale av nye lover og forskrifter som har særlig betydning for virksomheten.

## 1. TILSYN

### **Avgjørelse fra Helsetilsynet, forskningsstudie vedrørende pasienter med "voksenvannhode"**

Saken gjelder studien "*Molekylærgenetiske mekanismer for vanntransport i hjernen ved hydrocephalus og idiopatisk intrakranial hypertensjon: Informasjon fra hjernebiopsi og prøver fra blod og cerebrospinalvæske*", som styret ble orientert om i forbindelse med at det ble åpnet tilsynssak november 2012. Tre pasienter som deltok i studien fikk komplikasjoner i forbindelse med ICP-måling (planlagt inngrep i forbindelse med ordinær behandling) og biopsitaking (ekstra prøve knyttet til forskningen). Det kan ikke fastslås med sikkerhet om komplikasjonene skyldes ordinært inngrep eller den ekstra biopsien.

Statens helsetilsyn har kommet til at det er vitenskapelig indikasjon for forskningsprosjektet, og at det ved oppstart av prosjektet var gjort forsvarlige risikovurderinger, jf. helseforskningsloven § 5. Forskningsprosjektet var godkjent av regional etisk komité og gjennomført i tråd med godkjenningen. Helsetilsynet har imidlertid konkludert med at Oslo universitetssykehus har brutt kravet til *samtykke* i helseforskningsloven § 13 og *meldeplikten* i samme lovs § 23 i forbindelse med forskningsprosjektet. Det foreligger skriftlig samtykke fra deltakerne i studien, og samtykkeskjemaet er godkjent av regional etisk komité, men den skriftlige informasjonen vurderes av Statens helsetilsyn som mangelfull med hensyn til beskrivelse av eventuelle komplikasjoner og hvor alvorlige disse kan være. Det er heller ikke dokumentert at den muntlige tilleggsinformasjonen som ble gitt, var tilstrekkelig. Etter Statens helsetilsyns vurdering foreligger derfor brudd på kravet til innhenting av informert samtykke fra deltakerne. Tilsynet har ikke funnet holdepunkter for at pasientene manglet samtykkekompetanse.

Vedrørende brudd på meldeplikten: De medisinske hendelsene ble av prosjektleder meldt internt gjennom sykehusets avvikssystem, men det ble ikke i tillegg meldt fra til Statens helsetilsyn, slik det skulle vært gjort i henhold til helseforskningsloven. Helsetilsynet har merket seg at sykehuset tidligere har beklaget dette. Det er i etterkant innført tydelige prosedyrer i sykehuset for melding til Statens helsetilsyn i forbindelse med hendelser i forskning (eHåndboksprosedyre), der man - etter avkrysning for at avviket antas å ha sammenheng med forskning - blir rutet videre til Statens helsetilsyn gjennom en link fra avvikssystemet. Løsningen er utviklet i samarbeid med klinikkens forskningsledere. Like viktig som forbedret prosedyre og teknisk løsning er det at løsningen blir godt nok kjent og tatt i bruk av sykehusets forskere og ledere. Dette jobbes det systematisk med. Det har også vært interesse for

sykehusets nye løsning fra andre sykehus, som heller ikke har hatt faste rutiner for melding i forbindelse med hendelser i forskning. Sykehuset er bedt om å redegjøre nærmere til Statens helsetilsyn for hvilke rutiner som er utarbeidet for å ivareta meldeplikten.

Statens helsetilsyn har kommet til at forskningsprosjektet med tilhørende forskningsbiobank kan videreføres. Dette forutsetter at helseforetaket informerer deltakerne om hvilken konkret risiko som er forbundet med å delta i forskningsprosjektet. Sykehusledelsen vil nå, sammen med klinikken, gjøre en vurdering av hvordan dette viktige prosjektet for en sårbar pasientgruppe skal videreføres og hvordan informasjon om risiko og komplikasjoner kan formidles til deltakerne på en bedre måte. Dette vil også bli forelagt regional etisk komité.

## **2. INFORMASJON OM SENTRALE LOV- OG FORSKRIFTSENDRINGER INNEN HELSERETTEN PER. 30. JANUAR 2015**

Denne orienteringen tar kort for seg følgende sentrale lov- og forskriftsendringer:

1. Vedtatte endringer i pasient- og brukerrettighetsloven
2. Nye regler om behandling av helseopplysninger
3. Endringer i forskrift om stønad til helsetjenester mottatt i et annet EØS-land (Pasientrettighetsdirektivet)
4. Ny lov om rituell omskjæring av gutter

### 1. Vedtatte endringer i pasient- og brukerrettighetsloven

*Endringene planlegges å tre i kraft siste halvdel av 2015. Endelig dato for ikrafttredelse er per 28. januar 2015 ikke kunngjort.*

Hovedelementer i de vedtatte endringene er:

- Vurderingsfristen endres fra 30 virkedager fra henvisningen er mottatt (10 virkedager for enkelte pasientgrupper) til 10 virkedager for alle
- Pasienten skal innen vurderingsfristen gis informasjon om tidspunktet for når utredningen eller behandlingen skal starte (timeinnkalling eventuelt tidspunkt)
- Dagens skille mellom å ha behov for helsehjelp og rett til helsehjelp oppheves. Alle som etter en helsefaglig vurdering vurderes å ha behov for spesialisthelsetjeneste skal gis rettighet og en juridisk frist for når utredningen (ved uavklart tilstand) og/eller behandlingen (ved avklart tilstand) skal starte
- Helseforetaket (spesialisthelsetjenesten) får ansvar for å kontakte HELFO ved fristbrudd

### *Konsekvenser for virksomheten:*

Ovennevnte endringer vil få store konsekvenser for sykehusets arbeidsprosesser. Kort vurderingsfrist betyr at henvisninger til sykehuset må håndteres raskt og korrekt både når det gjelder dokumentasjon og fordeling til riktig mottager i sykehuset.

Endringene vil blant annet også medføre prosesser i forhold til informasjon til pasienter og samarbeid med HELFO.

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å forberede iverksettelse av disse endringene i samarbeid med sentrale aktører (ProsjektPrio2). Dette arbeidet må deretter implementeres i sykehuset.

## 2. Nye regler om behandling av helseopplysninger

*Ny pasientjournallov og ny helseregisterlov er to nye lover som erstatter den tidligere helseregisterloven av 2001. Lovene trådte i kraft 1. januar 2015. Sentralt her er også ny forskrift om tilgang til helseopplysninger mellom virksomheter, som trådte i kraft samme dag.*

### *2.1. Ny pasientjournallov*

Pasientjournalloven gjelder all behandling av helseopplysninger som er nødvendig for å yte, administrere eller kvalitetssikre helsehjelp til enkeltpersoner (primærbruk av helseopplysninger). Loven regulerer virksomhetens plikter i tilknytning til behandling av helseopplysninger, eksempelvis pasientjournalen, spesialistsystem, labsystem, rtg-system og pasientadministrative systemer.

Loven åpner for at nødvendige opplysninger om en pasient kan gjøres tilgjengelige uavhengig av hvor pasienten har fått helsehjelp tidligere og hvordan helsesektoren er organisert. Formålet med dette er å sikre forsvarlig behandling. Økt spesialisering og samhandling i spesialist- og primærhelsetjenesten tilsier større grad av dokumentasjon og informasjonsdeling mellom ulike virksomheter.

For å gi pasienten best mulig behandling åpner loven for at helsepersonell selv skal kunne hente fram relevante opplysninger fra pasientens journal i andre virksomheter. Det er gitt egen forskrift med nærmere vilkår som må være oppfylt før det kan gis tilgang mellom virksomheter, se nærmere omtale om denne forskriften nedenfor.

Loven åpner også for at to eller flere helseinstitusjoner kan samarbeide om pasientjournaler. Et slikt samarbeid innebærer at virksomhetene har et felles journalsystem som de gjør nedtegnelser i og henter frem opplysninger fra i forbindelse med helsehjelp til den enkelte pasient. Loven krever at samarbeidet baseres på avtale mellom institusjonene, og fastsetter krav til hva avtalen skal inneholde.

### *2.2. Forskrift om tilgang til helseopplysninger mellom virksomheter*

Forskriften omhandler hvilke krav som må være oppfylt i virksomhetene for å kunne gi helsepersonell i andre virksomheter tilgang til pasientjournalen.

Det skal bare gis tilgang til opplysninger som er relevante og nødvendige for å gi helsehjelp til pasienten. Bruk av tilgang skal dokumenteres automatisk og pasienten har rett til å vite hvem som har hatt tilgang. Pasienten kan kreve at helseopplysninger sperres for helsepersonell i andre virksomheter.

Virksomheter som vil gi helsepersonell fra andre virksomheter tilgang, må inngå en særskilt avtale om dette. Virksomhetene skal vurdere risikoen for pasientenes personvern som tilgangen kan føre til. Begge virksomhetene må ha gode organisatoriske og tekniske løsninger for å avgrense og kontrollere tilgangen. Tilgang skal ikke svekke informasjonssikkerheten i noen av virksomhetene.

#### *Konsekvenser for virksomheten:*

Virksomheter som vil dele opplysninger med andre virksomheter må forsikre seg om at løsningene i tilstrekkelig grad ivaretar taushetsplikten og lovens øvrige krav, både i egen virksomhet og i samarbeidende virksomheter.

Mange virksomheter i helse- og omsorgssektoren har ikke gode nok tilgangsstyringer, og/eller tekniske- og organisatoriske løsninger som muliggjør en slik deling. Begrensingene har både vært av teknisk og juridisk art. Å få på plass systemer som gjør slik deling mulig er ressurskrevende. Regelverket pålegger ikke virksomhetene bestemte IKT løsninger, og de kravene som stilles er teknologi nøytrale slik at man ikke kommer i en situasjon hvor gode løsninger forhindres av et utdatert regelverk.

### *2.3 Ny helseregisterlov*

Den nye helseregisterloven gjelder øvrige helseregistre som ikke brukes i forbindelse med helsehjelp, men eksempelvis til statistikk, helseanalyser, forskning, kvalitetsforbedring, planlegging, styring og beredskap (sekundærbruk av helseopplysninger).

Lovens formål er blant annet å legge til rette for innsamling og annen behandling av helseopplysninger, for å fremme helse, forebygge sykdom og skade og gi bedre helse- og omsorgstjenester. Det er en forutsetning at den enkeltes personvern ivaretas. Eksempler på slike registre er Kreftregisteret, Norsk pasientregister og Hjerte- og karregisteret.

Loven har videreført de fleste bestemmelsene i den tidligere helseregisterloven. Nytt er lovfestet rett til innsyn i logg i helseregistre. Dette betyr at de registrerte har rett til innsyn i oversikt over hvem som har hatt tilgang til eller har fått utlevert helseopplysninger knyttet til den registrertes navn eller fødselsnummer fra helseregistre.

#### *Konsekvenser for virksomheten:*

Virksomheten (databehandlingsansvarlig) skal sørge for at det føres oversikt over autorisert og uautorisert tilgang til helseopplysninger i journalen og andre helseregistre.

Det må eksistere en oversikt over hvem som har hatt tilgang til eller fått utlevert helseopplysninger som er knyttet til den registrertes navn eller fødselsnummer i helseregistre slik at den registrerte kan få disse opplysningene.

Enkelte registre av eldre dato har ikke teknisk funksjonalitet som gjør elektronisk innsynslogging mulig. Inntil slike løsninger foreligger vil manuell registrering være en forutsetning slik at den registrerte likevel kan få innsyn i hvem som har hatt tilgang til eller fått utlevert helseopplysninger som er knyttet til den registrertes navn eller fødselsnummer. Helseregisterloven åpner for at det kan gis en tidsbegrenset dispensasjon for dette.

### 3. Endringer i forskrift om stønad til helsetjenester mottatt i et annet EØS-land (Pasientrettighetsdirektivet)

*Endringen er et ledd i gjennomføringen av direktiv 2011/24/EU om anvendelse av pasientrettigheter ved helsetjenester over landegrensene (pasientrettighetsdirektivet). Endringene trer i kraft 1. mars 2015.*



Endringene medfører at pasienter skal få rett til refusjon av utgifter til sykehusbehandling mottatt i andre EØS-land. Dette er en utvidelse av refusjonsordningen som til nå ikke har omfattet sykehusbehandling.

Det er ikke stilt krav til forhåndsgodkjenning for at pasienter skal kunne kreve refusjon av sine utgifter til helsehjelp i et annet EØS-land. Det vil si at pasienter ikke må være vurdert til å ha rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten før de reiser ut for å få utredning/behandling i utlandet.

For at pasienten skal slippe å ta den økonomiske risikoen når det gjelder hvilke utgifter man vil få refundert dersom man reiser ut for å få utredning/behandling i utlandet kan man søke HELFO om forhåndstilsagn. Forhåndstilsagnet skal avklare om pasienten har krav på stønad til slik helsehjelp som pasienten ønsker å motta i et annet EØS-land, og fastsette det høyeste beløpet pasienten vil kunne få utbetalt i refusjon. Retten til å få refundert kostnader ved sykehusbehandling i et annet EØS-land skal ikke medføre at pasienten får refundert utgifter til en behandling pasienten ikke har rett til å få i Norge.

#### *Konsekvenser for virksomheten:*

Det vil bli krevende å håndtere henvisninger, pasientforløp og informasjon, både for pasienter som ønsker å reise ut, og for pasienter fra andre EØS-land som ønsker å få behandling i Norge.

Før HELFO vurderer søknader om forhåndstilsagn skal pasienten være rettighetsvurdert i spesialisthelsetjenesten. Pasienten skal ha fått rett til nødvendig helsehjelp i form av utredning (for uavklarte tilstander) eller behandling (for avklarte tilstander). Dette innebærer videre at spesialisthelsetjenesten må gi pasienten en rettslig bindende frist for når den aktuelle helsehjelp senest skal ytes og pasienten må settes på venteliste.

Sykehuset vil kunne bruke mye ressurser på pasienter som ikke benytter seg av tiltenkt behandlingstilbud, og som kanskje fra starten av ikke har hatt noen planer om det fordi de ønsker å få helsehjelp i utlandet. Ventelisten vil derfor ikke være "reelle" ettersom et ukjent antall pasienter vil ønske utredning/behandling i utlandet. Det vil bli utfordrende å håndtere ventelisten (når skal f eks disse pasientene ventelisteavklares?).

Økt behandling på tvers av landegrensene øker blant annet risikoen for import av resistente bakterier og risiko for uforsvarlig behandling og oppfølging på grunn av ulike behandlingsmetoder (grensedragningen mot non-evidence-based/utprøvende behandling) og språklige utfordringer. Det er også usikkert i hvor stort grad HELFO vil måtte ha bistand fra spesialisthelsetjenesten for å kunne vurdere fremsatte krav om refusjoner.

#### 4. Ny lov om rituell omskjæring av gutter

*Loven trådte i kraft 1. januar 2015.*

I korte trekk innebærer loven:

- Formålet er å sikre at rituell omskjæring av gutter utføres på en forsvarlig måte og å sikre at tilbud om rituell omskjæring er tilgjengelig.

- Helsepersonelloven og pasient- og brukerrettighetsloven skal komme til anvendelse så langt de passer. Det presiseres imidlertid at pasient- og brukerrettighetsloven kap 2 ikke kommer til anvendelse.
- Det regionale helseforetaket skal organisere spesialisthelsetjenesten slik at de som ønsker det innen helseregionen skal få utført rituell omskjæring av gutter på en forsvarlig måte.
- Når inngrepet skjer i regi av spesialisthelsetjenesten skal det kreves egenbetaling. Egenbetaling skal skje uavhengig av om inngrepet skjer i forbindelse med innleggelse i sykehus eller ved poliklinisk behandling. Egenbetaling skal også kreves uavhengig av om inngrepet foretas av helseforetaket selv eller av spesialist med avtale med det regionale helseforetaket om å foreta inngrepet på vegne av helseforetaket. Egenbetalingen er satt til kr 4000,- som dekker omtrent halvparten av de reelle kostnadene som er beregnet til kr 8400,-

#### *Konsekvenser for sykehuset:*

Rituell omskjæring blir en del av den offentlige spesialisthelsetjenesten. Helseforetaket må legge til rette for at de som ønsker rituell omskjæring får et forsvarlig tilbud innen rimelig tid. Helse Sør-Øst har ingen planer om å kjøpe disse tjenestene fra private leverandører.

Ettersom det ikke skal foretas en rettighetsvurdering og settes en juridisk bindende frist for når inngrepet senest skal finne sted må de aktuelle avdelinger med sykehuset ha prosedyrer som sikrer at de som ønsker å få utført en rituell omkjæring faktisk gis et tilbud innen rimelig tid.

### **3. RETTSTVISTER OG STRAFFESAKER**

#### **Rekruttering av spesialsykepleiere til arbeid**

Sykehuset har vært tiltalt for brudd på utlendingsloven (§ 108, tredje ledd bokstav b, jfr. straffeloven § 48 a) for medvirkning til utilbørlig utnyttelse av tre sykepleiere. Dom ble avsagt 6. desember 2013 med frifinnelse for ekteparet (som var kontaktpunktet) og sykehuset. Påtalemyndigheten anket saken og ankeforhandling pågår i tiden 20. januar til 12. februar 2015 for Borgarting lagmannsrett.

Sykehuset er representert ved viseadministrerende direktør Morten Reymert og juridisk direktør Randi Borgen som partsrepresentanter. Advokat Harald Stabell er forsvarer for sykehuset. Det er usikkert når dom vil bli avsagt.

### **4. SAMHANDLING**

#### **Nevrokirurgiprojektet i Malawi**

Utvexlingsprosjektet mellom Queen Elizabeth Hospital i Blantyre, Malawi og Oslo Universitetssykehus er nå inne i runde to. I mai i fjor reiste en sykepleier fra nevrokirurgisk sengepost på Rikshospitalet og en anestesisykepleier fra Ullevål til Blantyre for å hjelpe til med oppstart av den nye nevrokirurgiske avdelingen på Queen Elizabeth Hospital. Prosjektet er finansiert av Fredskorpset.

I mai 2014 startet byggeprosessen i det påbygget som skulle huse nevrokirurgisk "High Dependency Unit". Planer for rehabilitering av en skiftestue i sentraloperasjonskomplekset til nevrokirurgisk operasjonsstue er også under

utarbeidelse. OUS har bidratt mye for at de har åpnet en egen operasjonsstue og en HDU med 6 senger. I oktober 2014 ble byggearbeidene fullført. Byggingen av avdelingen og anskaffelse av utstyr har tatt lengre tid enn forventet, men nå skal det meste være på plass. OUS har sendt anestesilege, nevrokirurg, anestesisykepleier og en ingeniør fra Medisin teknisk avdeling som ressurser i etableringsfasen.

De Malawiske helsearbeiderne får undervisning og hospitering på OUS innen operasjonssykepleie, anestesi, nevrointensivbehandling og postsykepleie for nevrokirurgiske pasienter. En viktig milepæl nå i starten av prosjektet har vært å etablere nødvendig infrastruktur for nevrokirurgi, dvs operasjonsstue og overvåkningsavdeling/sengepost. Det har vært viktig å etablere bolig og bil for de utestasjonerte og et sted hvor ressurspersoner kan bo sammen med de utestasjonerte når de er på besøk i Blantyre Malawi.

Den nye nevrokirurgiske sengeposten er finansiert på prosjektmidler. Oppgraderingen av operasjonsstuen er delfinansiert fra den norske ambassaden i Lilongwe, Malawi.

Første flylast med medisinsk teknisk utstyr ble i mai sendt til Blantyre; utstyr nødvendig for nevrokirurgi og tilhørende anestesi/postoperativ behandling: Anestesiapparat med full monitorering, gassanalyse og ventilator drevet av ekstern medisinsk luftkompressor og oksygenkonsentrator ble installert. Medisinsk teknisk kompetanse fra Rikshospitalet var essensielt i dette arbeidet. Oksygenkonsentratoren kan spare sykehuset for millionkostnader til oksygen i året. Operasjonslampe, bord, kirurgisk sug samt mikroskop var klar til bruk etter 4 dagers montering og rigging. Det samme var sengeavdelingen med 4 monitorerte overvåkningssenger.

Første store nevrokirurgiske inngrep på denne stuen ble gjort første uke i november. Utstyret er donert fra Oslo Universitetssykehus. Tiden framover skal brukes til å komplettere infrastruktur, deretter vil undervisning av alle personellgrupper (anestesi, nevrokirurgi, operasjonssykepleie, postoperativ sykepleie) samt utarbeidelse av rutiner og protokoller. Målet er å ha spesialist innen nevrokirurgi fra OUS kontinuerlig til stede i Malawi fra august 2015. Fra neste høst kan avdelingen da bli godkjent av COSECSA som utdanningsinstitusjon innen nevrokirurgi.

### **Status Tolkesentralen Oslo universitetssykehus**

Tolkesentralen er et samarbeid mellom Oslo universitetssykehus HF, Akershus universitetssykehus HF (Ahus) og Sunnaas sykehus HF, og ledes av Oslo universitetssykehus. Etableringen (investeringer) er lånefinansiert fra Helse Sør-Øst RHF. Hensikten er å legge til rette for bedre tolketjenester ved sykehusene, gjennom å benytte kvalifiserte tolker (dvs med statsautorisasjon og/eller tolkeutdanning), tettere oppfølging av bestillere og opplæring til helsepersonell i kommunikasjon via tolk. Bruk av kvalifiserte tolker og at helsepersonell kjenner til hvordan kommunisere med pasienter og pårørende via tolk, er et viktig element i å ivareta pasientsikkerheten, og studier viser også at det bidrar til redusert liggetid og reduserte reinnleggelser.

24. november 2014 startet Tolkesentralen formidling av tolker på 7 språk til avdelinger med besøksadresse Ullevål/Kirkeveien 166. Antall språk utvides suksessivt i henhold til rekruttering av kvalifiserte tolker. Den 15. januar startet

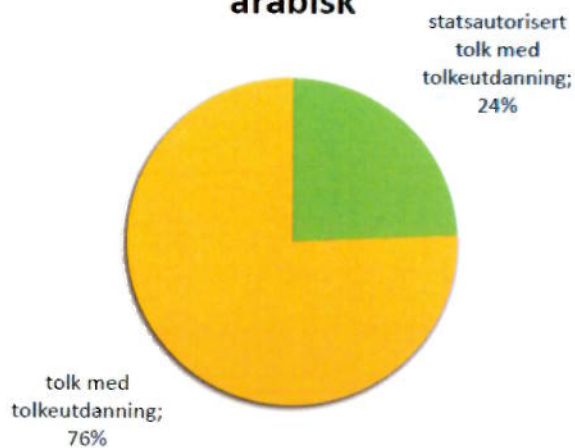
formidling til hele OUS, og fra 15. februar starter formidling til Ahus og Sunnaas. I februar starter også tilbud om skjermtolking.

Det er gledelig å kunne presentere tall fra pilot-/oppstartsperioden til Tolkesentralen. Følgende tall er basert på alle oppdrag formidlet i perioden 24. november 2014 til 27. januar 2015, samlet sett for alle oppdrag/språk, og et par eksempler inndelt per språk.

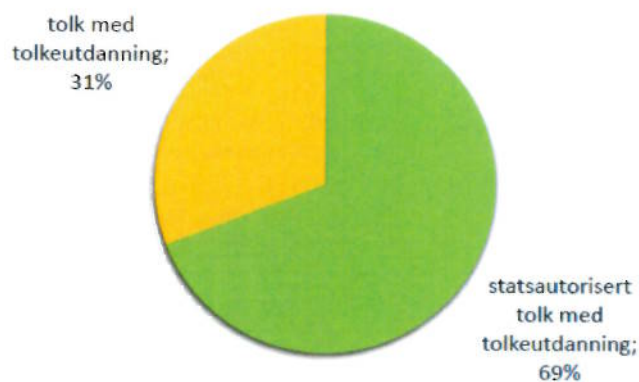
### alle språk totalt

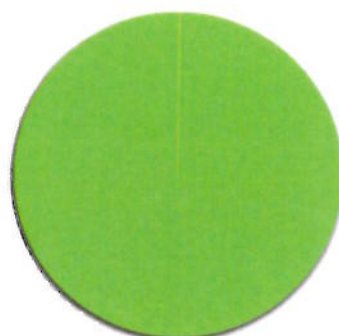


### arabisk

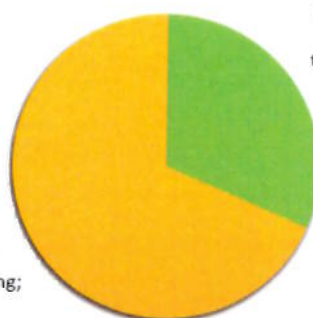


### polsk



**russisk**

statsautorisert  
tolk med  
tolkeutdanning;  
100%

**somali**

statsautorisert  
tolk med  
tolkeutdanning;  
31%




tolk med  
tolkeutdanning;  
69%

I perioden 24. november til 16. januar er det gjennomført 187 oppdrag. Det er et snitt på 5 oppdrag per dag. Vi ser en gradvis økning i antall oppdrag per uke i tråd med at tilbudet gjøres mer kjent, at nye geografiske områder innlemmes, og at Tolkesentralen åpner for formidling på nye språk.

**5. MEDIEOMTALE 1. OKTOBER 2014 – 29. JANUAR 2015**

Antall saker i mediene har sunket fra 2570 i oktober, til 1100 i desember, totalt 6733 for hele perioden. Januar ligger så langt an til å få noe flere mediesaker som tilsvarende måned i fjor. Medieomtalen er i det alt vesentlige vektet nøytralt, noe som har holdt seg stabilt siden forrige periode. Rødt viser andel svært negative/svakt negative saker, grønt viser andel svært positive/svakt positive saker, mens gult viser andel saker som er vektet nøytralt.

Periode	Antall saker	Vekting	Vekting prosent	Kommentar
1.-29.januar 2015	1325		Positiv: 19 Nøytral: 76 Negativ: 5	Perioden ble preget av omtale av skadde pasienter brakt til sykehuset, samt en skyteepisode i slutten av måneden.

Desember 2014	1100		Positiv: 26 Nøytral: 70 Negativ: 4	Perioden har vært preget av ekspertuttalelser og tilstanden til bygningsmassen på Radiumhospitalet
November 2014	1738		Positiv: 23 Nøytral: 74 Negativ: 3	Perioden har vært preget av en del omtale Idéfase OUS og skadde pasienter brakt til sykehuset.
Oktober 2014	2570		Positiv: 37 Nøytral: 61 Negativ: 2	Den store økningen i positive saker er på grunn av mye positiv omtale rundt behandling av ebolapatient.

Mediebildet har i perioden vært preget av omtale av Idéfase OUS, tilstanden til bygningsmassen, egenandel på sykehoteller, skyting på Ullevål, ekspertuttalelser og skadde pasienter brakt til sykehuset.

### Skyting på Ullevål

29.januar ble Ullevål sykehus sentrum for en stor, væpnet politiaksjon da det ble meldt om skyting inne på sykehusområdet. Dette førte til en kort, men massiv mediedekning, da saken ble avklart på uddramatisk vis etter et par timer. Den pågrepne viste seg å være pasient ved sykehuset. Det etterlatte inntrykket ble nøytralt da sykehuset bare var scenen for hendelsen.

### Tilstanden til bygningsmassen

En del saker her kommer i følge med omtale av planene for Campus Oslo. Men spesielt før jul kom det opp flere saker om at tilstanden til deler bygningsmassen på Radiumhospitalet var svært dårlig. Det gjennomgående var at bygg synker og at det haster å gjøre noe.

Det etterlatte inntrykket er at vi ikke klarer å ta vare på byggene våre på god nok måte og er vektet svakt negativt.

Dette temaet ble også koblet til en sak fra styremøtet der sykehuset ønsker å låne penger fra Helse Sør-Øst til nettopp rehabilitering av bygningsmassen. Det etterlatte inntrykket av nettopp denne saken ble nøytralt. Det er ikke positivt å ha en bygningsmasse i en sånn forfatning at vi må låne store summer til å holde dem oppreist, men samtidig er det positivt at vi ønsker å gjøre noe.

**Egenandel på sykehoteller**

Like før jul hadde NRK fått med seg et punkt i styrepapirene om at pasienter fra 1.januar måtte betale egenandel ved opphold på sykehotell, etter pålegg fra Helse Sør-Øst om å følge et vedtak fra flere år tilbake. Dette ble tema en søndagsformiddag på NRK og klinikkleder KKN Olav Røise snakket for pasientene og mente dette var en lite hyggelig julegave til de mange vi har som blir rammet av dette. Saken har blitt fulgt opp også etter jul, men da er sykehuset bare en bi-aktør. Saken har blitt nøytral for sykehuset da det ble klart at sykehuset selv ikke hadde noen påvirkning i saken.

**Idéfase OUS**

1.november gikk høringsfristen ut for rapporten om Idéfase OUS. I tiden etter fulgte en rekke medieoppslag med fokus på hva andre aktører mente om planene for fremtidens sykehus. Det var særlig Dagens Medisin og NRK Østlandssendingen som ledet an i dekningen. Spesielt fra sistnevnte har det vært fokusert mye på de negative høringsinnspillene, og vinklinger som "Blir for stort" og "Vil ikke ha kjempesykehus" har vært gjennomgående. Mange aktører med negativ innstilling til prosjektet har fått komme til orde. Det har også sykehuset i de fleste sakene, uten at det har klart å veie opp for det negative inntrykket.

I tillegg har det i etterkant av høringsrunden også kommet et par positive saker som viser frem planene på en god måte.

Det etterlatte inntrykket av disse sakene er ikke entydig, da det er mange meninger i sprikende retninger som har kommet til.

I midten av januar omtalte VG samme tema på kommentarplass med tittelen "Elefantsykehuset på Gaustad", der tonen er grunnleggende negativ til planene. Det argumenteres med at det blir for stort, og det uttrykkes en redsel for at kreftmiljøet på Radiumhospitalet raseres.

En snau uke senere svarer Bjørn Erikstein på en systematisk og god måte i samme avis på hvorfor planene er som de er og hva status er i dag.

**6. REFERATER**

- Foreløpig protokoll fra styremøte i Helse Sør-Øst RHF 18.12.2014 (vedlegg)
- Protokoll fra Brukerutvalgets møte 15.12.2014 (vedlegg)

## PROTOKOLL

Møtetema: Brukerutvalgsmøte 15. desember 2014

Til: Tove Nakken, Heine Århus, Kim Fangen, Kolbjørn Forfang, Grete Müller, John Bjørnøy, Helga Skåden, Twinkle Dawes, Lilli-Ann Stensdal, Veslemøy Ruud, Tommy Sjøfjell, Ane Ringstad Næss

Kopi: Eva Bjørnsborg, Tove Strand, Anne Margrethe Svanes

Dato dok: 17.12.2014

Dato møte: 15.12.2014

Referent: Ingrid Birgitte Møller Ekne

Tilstede: Tove Nakken, Helga Skåden, Kim Fangen, Kolbjørn Forfang, Twinkle Dawes, Grete Müller, Veslemøy Ruud, Lilli-Ann Stensdal, Tommy Sjøfjell, Ane Ringstad Næss

Fra ledelsen: Tove Strand

Forfall: John Bjørnøy, Heine Århus,  
Fra ledelsen: Eva Bjørnsborg

Saksliste (følgende saker ble drøftet/orientert om):

Sak nr	
Sak 055-14	<p><b>Godkjenning av innkalling</b> Saker til eventuelt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Årsrapport 2014 (koordinator)</li> <li>• Mål 2015 (Nakken)</li> <li>• Helsearena Aker (koordinator)</li> </ul> <p><b>Vedtak</b> Innkalling med saksliste godkjent</p>
Sak 056-14	<p><b>Administrerende direktør sin time</b> Administrerende direktør gjennomgikk styresakene og besvarte spørsmål fra medlemmene. Blant temaene var Idéfase OUS Campus Oslo, budsjett 2015, rusproblematikk som bakenforliggende årsak til innleggelse i somatikken, flytting av tredemøllerom til Barnehjerteseksjonen, og bekymring rundt Radiumhospitalet som behandlingsfasilitet.</p> <p>Brukerutvalget tok sakene til orientering.</p>
Sak 057-14	<p><b>Styresaker</b> Det var ingen uttalelser til styresakene. Leder og nestleder representerer utvalget i styremøte 18.12.15.</p>
Sak 058-14	<p><b>Renhold og vedlikehold på OUS, v Geir Teigstad og Nina Trogstad Nikolaisen, Oslo sykehuservice</b> På bakgrunn av innsendt spørsmål fra brukertutvalget vedrørende renhold på sykehuset, informerte Teigstad og Nikolaisen blant annet om rutiner for renhold og opplæring av ansatte. Utvalget fikk informasjon om "CleanPilot", pilot prosjekt om innføring av nettbrett, som et effektivt og godt digitalt hjelpemiddel for renholdere ved sykehuset.</p> <p>Brukerutvalget tok saken til orientering.</p>
Sak 059-14	<p><b>Brukermedvirkning i Fagråd for klinisk forskning v Hassan Khiabani og Lillian Kramer Johansen, Stab forskning, innovasjon og utdanning</b></p>



	<p>Khiabani orienterte utvalget om sykehusets kliniske forskningspost. Khiabani ønsker et samarbeid mellom forskningsposten og brukerutvalget, gjennom brukerrepresentasjon i Fagrådet for klinisk forskning.</p> <p><b>Vedtak</b> Brukerutvalget ønsker å være representert i fagrådet, ved brukerrepresentant Kim Fangen.</p>
<b>Sak 060-14</b>	<p><b>Informasjon om nytt modulbygg på Ullevål og spørsmål om brukermedvirkning v Per Magnus Mæhle, Stab medisin, helsefag og utvikling</b> Mæhle orienterte om sykehusets planer om å bygge et nytt bygg etter modulbyggprinsipper på Ullevål for å avhjelpe mangel på plass ved innflytting av akuttvirksomhet fra Aker og på grunn av rokkeringsbehov på Ullevål. Bygget skal i utgangspunktet innrettes for nevrologiske pasienter (poliklinikk, dagbehandling og sengepost) og for Slagenheten (sengepost). Mæhle åpnet for diskusjon om hvordan brukere kan involveres i utforming og planlegging. Brukerutvalget ønsker å bidra med brukerstemmen i planlegging av det nye bygget, og ønsker å delta på workshop som skal holdes til våren 2015.</p> <p>Brukerutvalget tok saken til orientering, og venter på invitasjon til workshop våren 2015.</p>
<b>Sak 041-14</b>	<p><b>Pasient- og pakkeforløp v Kjell Magne Tveit, Stab medisin, helsefag og utvikling</b> Tveit orienterte brukerutvalget om arbeidet som er gjort med pakkeforløp, både nasjonalt og på sykehuset, inkludert fremgangsmåte i henvisning og sentrale momenter i utredningen. Fra 01.01.15 vil fire pakkeforløp starte opp. Utvalget vil invitere Tveit til et møte i 2015, for videre orientering om arbeidet med pakkeforløpene, da brukerutvalget har oppfølging av pakkeforløp på listen over mål 2015.</p> <p>Brukerutvalget tok saken til orientering.</p>
<b>Sak 061-14</b>	<p><b>Andre Råd, utvalg, prosjekter</b> Utvalget har mottatt henvendelse fra prosjekt om Gjennomgang og utvikling av Oslo universitetssykehus. Representant fra prosjektet inviteres til brukerutvalgsmøte i februar for å orientere utvalget om prosjektet. På bakgrunn av dette vil utvalget oppnevne en representant til å delta som brukerrepresentant i Delprosjekt 1. Leder av utvalget, Nakken er oppnevnt som brukerrepresentant i prosjektets styringsgruppe.</p> <p><b>Vedtak</b> Koordinator inviterer prosjektledelsen for Gjennomgang og utvikling av OUS til februarmøte.</p>
<b>Sak 062-14</b>	<p><b>Brukerråd i klinikk psykisk helse og avhengighet</b> Brukerrådet i klinikk psykisk helse og avhengighet ved representant i brukerutvalget ved Skåden, som fremmet sak vedrørende oppnevningssprosessen til klinikkens brukerråd. Skåden gjennomgikk saksfremlegg sendt fra brukerrådet.</p> <p><b>Vedtak</b> Brukerutvalget tok den konkrete saken til orientering, og vil arbeide videre med organisering av brukermedvirkning i løpet av 2015, i samarbeid med brukerrådene.</p>
<b>Sak 063-14</b>	<p><b>Eventuelt og orienteringer</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Årsrapport 2014.</i> Brukerutvalgets årsrapport for 2014 vil legges ved sykehusets årlig melding. Koordinator skriver utkast til årsrapport og sender på høring til brukerutvalget, med frist for innspill mandag 5. januar 2015.</li> <li>• <i>Mål 2015.</i> På bakgrunn av sak i utvalgets møte i november, har leder skrevet et notat om mål 2015, som har vært på høring hos brukerutvalget. Notatet legges ved protokollen, samt skal brukes som utgangspunkt for møte med brukerrådene og ungdomsrådet i begynnelsen av 2015.</li> <li>• <i>Helsearena Aker.</i> Representant for Helsearena Aker ønsker å komme til brukerutvalget i februar, for å orientere utvalget om arbeidet som gjøres med brukermedvirkning på Aker og starte et samarbeid med brukerutvalget.</li> </ul>

## Vedlegg 1: Mål 2015

### Mål 2015

#### Brukerutvalget ved Oslo universitetssykehus

Godkjent i brukerutvalget mandag 15.12.14.

Fra 01.01.15 innføres **pakkeforløp** for fire kreftformer, mage/tarm-, lunge-, prostata- og brystkreft. Pakkeforløp må betraktes som en ny og effektiv **arbeidsmetode**. Hensikten er å gi pasientene et forutsigbart og mer effektivt behandlingsforløp. Å følge innføringen av denne nye arbeidsformen - som fortløpende skal gjelde alle pasientforløp ved OUS - blir noe av det viktigste BU bør forholde seg til i 2015.

BU må i 2015 arbeide med:

1. Følge innføring av pakkeforløpene tett og følge andre diagnosegrupper for å se om pakkeforløp får negative konsekvenser for disse.
2. Synliggjøre brukerrollen i alle klinikker og øke bevisstheten om brukervedvirkning gjennom rutiner for og samarbeid med brukerrådene slik at disse bl.a. blir et arbeidsredskap for brukerutvalget.
3. Følge og støtte arbeidet med ungdomshelse videre.
4. Sørge for at brukerundersøkelser videreutvikles og implementeres i alle klinikker.
5. Brukerutvalget er opptatt av alkohol og andre rusmidler som bakenforliggende årsak til somatisk sykdom. Brukerutvalget vil derfor i perioden se på tiltak som kan sette dette problemet på dagsorden.

## Møteprotokoll

---

<b>Styre:</b>	Helse Sør-Øst RHF
<b>Møtested:</b>	Møtesenteret Grev Wedels plass 5, Oslo
<b>Dato:</b>	Styremøte 18. desember 2014
<b>Tidspunkt:</b>	Kl 0800-1700

---

### Følgende medlemmer møtte:

---

Per Anders Oksum	Styreleder	
Sigrun E. Vågang	Nestleder	Ikke til stede kl 10:10-13:30
Eyolf Bakke		
Kirsten Brubakk		
Anne Cathrine Frøstrup	forfall	
Terje Bjørn Keyn		
Irene Kronkvist	forfall	Varamedlem: Karin Solfeldt
Bernadette Kumar		
Peer Jacob Svenkerud		
Truls Velgaard		
Svein Øverland		

---

### Fra brukerutvalget møtte:

---

Øistein Myhre Winje
Rune Kløvtveit

---

### Følgende fra administrasjonen deltok:

---

Administrerende direktør Peder Olsen
Direktør styre- og eieroppfølging Tore Robertsen
Viseadministrerende direktør Steinar Marthinsen, fagdirektør Alice Beathe Andersgaard, konserndirektør Atle Brynestad, kommunikasjonsdirektør Gunn Kristin Sande og konsernrevisor Liv Todnem

---

### Konstituering:

Innkalling og sakliste ble godkjent.

**Saker som ble behandlet:**

<b>087-2014</b>	<b>GODKJENNING AV PROTOKOLL OG B-PROTOKOLL FRA STYREMØTE 20. NOVEMBER 2014 SAMT PROTOKOLL FRA EKSTRAORDINÆRT STYREMØTE 27. NOVEMBER 2014</b>
-----------------	--

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

Protokoll og B-protokoll (unntatt offentlighet) fra styremøtet 20. november 2014 og protokoll fra ekstraordinært styremøte 27. november 2014 godkjennes.

<b>088-2014</b>	<b>AKTIVITETS- OG ØKONOMIRAPPORT PER NOVEMBER 2014</b>
-----------------	--

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

Styret tar aktivitets- og økonomirapport per november 2014 til etterretning.

<b>089-2014</b>	<b>FORDELING AV FORSKNINGSMIDLER FOR 2015</b>
-----------------	---

Styremedlem Kirsten Brubakk fratradte under styrets behandling av innstillingen.

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

1. Styret slutter seg til innstilling vedtatt i Samarbeidsorganet for Helse Sør-Øst RHF og Universitetet i Oslo om fordeling av det øremerkede tilskuddet fra Helse- og omsorgsdepartementet til forskning for 2015.
2. Styret vedtar fordeling og videreføring av strategiske forskningsmidler i regionen slik det fremgår av saksframlegget.

090-2014	<b>ANALYSE AV AKTIVITET OG KAPASITETSBEHOV 2030 HELSE SØR-ØST – GRUNNLAG FOR VIDERE UTVIKLING OG PLANLEGGING</b>
----------	--

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

1. Styret tar redegjørelsen om SINTEFs analyse av fremtidig kapasitetsbehov til orientering.
2. Administrerende direktørs vurderinger og anbefalinger legges til grunn for videre arbeid med helseforetaksgruppens utviklingsplaner, med følgende presiseringer:
  - a. Ved planlegging og godkjenning av utbyggingsprosjekter beholdes høy utnyttelsesgrad som grunnforutsetning.
  - b. Aktiv samhandling med kommunale tjenester skal være en viktig forutsetning for helseforetakenes og sykehusenes arbeid med «pasientens helsetjeneste». Styret legger til grunn at potensialet i samhandlingsreformen realiseres.
  - c. Det gjennomføres en mulighetsstudie for etablering av diagnostiske sentre i Helse Sør-Øst innen utgangen av 2015.
  - d. Det gjøres en samlet vurdering av forslagene i rapportene om videreutvikling og styrking av intensivkapasiteten i Helse Sør-Øst innen utgangen av 2015.
  - e. Helseforetakene må på grunnlag av de store ulikhetene i behandlingstilbudene innen psykisk helsevern og TSB vurdere samlet ressursinnsats, struktur og innhold som grunnlag for den videre utvikling av tjenestetilbudet.
3. Arbeidet for å sikre tilstrekkelig kapasitet i Oslo og Akershus sykehusområder videreføres. Plan for tiltak og gjennomføring fremmes som egen sak for styret. Styret legger til grunn at en utnytter potensialene for utvidelser og utvidet bruk av Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus.
4. Spesialisthelsetjenestetilbudet for befolkningen i Vestby kommune overføres til Sykehuset Østfold HF. Det legges til grunn at overføring skjer fra 1. januar 2017, men endelig vurdering gjøres på grunnlag av driftserfaringene i Sykehuset Østfold i 2015-16.

091-2014	<b>OPPDRAG OG BESTILLING 2015</b>
----------	-----------------------------------

**Styrets**

**V E D T A K**

1. Styret tar utformingen av oppdrag og bestilling 2015 til etterretning.

2. Det fastsettes følgende krav til økonomisk resultat i 2015 (tall i millioner kroner):

Akershus universitetssykehus HF	0
Oslo universitetssykehus HF	175
Sunnaas sykehus HF	14
Sykehusapotekene HF	30
Sykehuset i Vestfold HF	70
Sykehuset Innlandet HF	70
Sykehuset Telemark HF	0
Sykehuset Østfold HF	-100
Sykehuspartner HF	30
Sørlandet sykehus HF	120
Vestre Viken HF	200

3. Styrerleder gis fullmakt til å gjennomføre foretaksmøter med helseforetakene i februar 2015 for å gjøre oppdrag og bestilling bindende for helseforetakenes styrer.
4. Administrerende direktør gis fullmakt til å inngå avtale med de private ideelle sykehusene som yter tjenester innen for Helse Sør-Øst RHF's "sørge for"-ansvar etter samme oppsett som oppdrag og bestilling 2015 til helseforetakene.

<b>092-2014</b>	<b>REGIONAL BEREDSKAPSPLAN – RULLERING</b>
-----------------	--

**Styrets enstemmige**

#### **V E D T A K**

1. Styret tar den regionale beredskapsplanen til etterretning.
2. Planen legges til grunn for arbeidet med beredskapsplanverket i helseforetakene og private sykehus med driftsavtaler med Helse Sør-Øst RHF.

<b>093-2014</b>	<b>STIFTELSE AV SYKEHUSPARTNER HF</b>
-----------------	---------------------------------------

**Styrets enstemmige**

#### **V E D T A K**

1. Styret for Helse Sør-Øst RHF stifter sykehuspartner HF i henhold til fremlagte stiftelsesprotokoll.
2. Styret i Helse Sør-Øst RHF oppnevner følgende eieroppnevnte representanter til styret i Sykehuspartner HF:

Styreleder	Steinar Marthinsen
Nestleder	Bjørn Erikstein
Styremedlem	Marianne Johnsen
Styremedlem	Cathrine Kloumann
Styremedlem	Morten Lang-Ree

3. Sykehuspartner HF får pr 01.01.2015 overført den samlede virksomhet med tilhørende eiendeler, rettigheter, herunder offentlige tillatelser og forpliktelser som inngår i avdelingen Sykehuspartner fra Helse Sør-Øst RHF som nærmere beskrevet i plan for utskilling av virksomhet fra Helse Sør-Øst RHF til Sykehuspartner HF datert 18.12.2014.
4. Styret ber administrerende direktør sørge for at virksomheten som i henhold til stiftelsesprotokollen pkt 4 over føres Sykehuspartner HF blir detaljert i en egen åpningsbalanse for Sykehuspartner HF.

094-2014

**ANTIKORRUPSJONSPROGRAM I HELSE SØR-ØST**

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

1. Styret vedtar vedlagte antikorrupsjonsprogram med implementeringsplan for Helse Sør-Øst med oppstart 1.februar 2015.
2. Antikorrupsjonsprogrammet med tilhørende verktøy oversendes helseforetakene for styrebehandling og videre oppfølging og implementering.

095-2014

**VALG AV ANSATTVALGTE STYREMEDLEMMER –  
OPPNEVNING AV VALGSTYRE**

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

1. Ny valgperiode for ansattvalgte styremedlemmer tas til orientering.
2. Følgende oppnevnes som valgstyre:
  1. Steinar Marthinsen, leder (vara: Erik Thorshaug)
  2. Anne B. Biering (vara: Dag Vatne)
  3. Veronica Kollevåg (vara: Anne Bi Hoffsten)
  4. Cathrin Snare (vara: Thomas Stokkvin Renngård)
  5. Kjetil Kaasin (vara: Morten Sæheim)
  6. Nelly Saasen Henriksen (vara: Ola Yttre)
  7. Bryndhild Asperud (vara: Weronika Råksvaag).
3. Valgstyret konstituerer seg selv med nestleder.
4. Styret legger til grunn at den praktiske valggjennomføringen samordnes innen helseforetaksgruppen.

096-2014

IDEFASERAPPORT - REGIONALE PROTONSENTRER

Styreleder fremmet følgende alternative forslag til vedtak:

1. Styret anbefaler en felles nasjonal prosess for plan, innkjøp og bygg for etablering av protonterapi i Norge. Styret legger til grunn at Sykehusbygg HF blir benyttet.
2. Styret anbefaler at et protonsennter etableres så snart som mulig i Helse Sør-Øst for å ivareta de pasientene som behandles i regionen.
3. Det anbefales at det etableres et nasjonalt kompetansesenter for partikkel/protonterapi ved Oslo universitetssykehus HF, som også skal ivareta en nasjonal koordinerende funksjon.

Administrerende direktør trakk sitt forslag til vedtak.

Styreleders forslag ble deretter enstemmig vedtatt.

097-2014

ORIENTERINGSSAK: KVALITETSHÅNDBOK FOR BYGG- OG EIENDOM I HELSE SØR-ØST

**Styrets enstemmige**

#### V E D T A K

Styret tar saken til orientering.

098-2014

ORIENTERINGSSAK: ÅRSPLAN STYRESAKER 2015

**Styrets enstemmige**

#### V E D T A K

Årsplan styresaker tas til orientering.

#### ANDRE ORIENTERINGER

1. Styreleder orienterer
2. Driftsorienteringer fra administrerende direktør med tilleggsoorientering om arbeidet med å etablere en standardisert og modernisert IKT-infrastruktur.
3. Referat fra møte i brukerutvalget 18. og 19. november 2014, hvor sak om fremtidens medisin ble referert muntlig for styret.
4. Brev fra HOD datert 25.11.14 vedr valg av styrer i RHF og HF – antall ansattvalgte
5. Møteprotokoll datert 17. desember 2014 fra drøftinger mellom Helse Sør-Øst RHF og de konserntillitsvalgte (delt ut i møtet)



6. Muntlig orientering fra Revisjonsutvalget om revisjonsområder 2015

**Temasaker**

- Styreevaluering (i lukket møte)

Møtet hevet kl. 16:00

Oslo, 18. desember 2014

---

Per Anders Oksum  
styreleder

---

Sigrun E. Vågeng  
nestleder

---

Eyolf Bakke

---

Kirsten Brubakk

---

Anne Cathrine Frøstrup

---

Terje Bjørn Keyn

---

Irene Kronkvist

---

Bernadette Kumar

---

Peer Jacob Svenkerud

---

Truls Velgaard

---

Svein Øverland

---

Tore Robertsen  
styresekretær