

Oslo 1. september 2018

Styret Helse Sør Øst
postmotttak@helse-sorost.no
Sendes bare elektronisk

Vi ber om at denne henvendelsen legges ved saksdokumentene til neste styremøte i HSØ om Oslo universitetssykehus planer for sykehusutbygging

BEKYMNINGSMELDING MHT TIL OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS PLANER FOR UTBYGGING PÅ GAUSTAD OG AKER OG NEDLEGGING AV ULLEVÅL SYKEHUS

Vi som undertegner dette brevet har alle erfaring fra store utbyggingsprosjekter. DH og TW som arkitekter og RK som spesialist i kirurgi og sjeflege ved Ullevål sykehus 1994-2007. RK var i den perioden byggherreansvarlig (tiltakshaver) for flere store byggeprosjekter på sykehuset. TW har arbeidet med overordnet planlegging og byggesaker ved bl.a. Oslosykehusene og var idéutvikler for Nytt Rikshospital. DH har erfaring fra prosjektledelse av større forretningsbygg. Vi er pensjonister uten næringsmessige eller politiske bindinger som er foruroliget over de planene Oslo universitetssykehus (OUS) har for sykehusutbyggingen. Vi ønsker å gjøre styrets medlemmer oppmerksomme på en del risikoelementer. Våre bekymringer kan grovt deles i fire:

- Manglende lokalsykehuskapasitet i Oslo og Akershus frem mot 2030/40 og urealistiske effektiviseringstiltak
- Trang og uhensiktsmessig tomt på Gaustad med betydelige bygge- og reguleringsproblemer mens det på Ullevål sykehus er god plass og godkjent reguleringsplan for å utvikle et fremtidig regionssykehus
- Betydelig økonomisk innsparingspotensial ved å satse på utbygging på Ullevål og Aker som store akuttsykehus mens en lar Rikshospitalet forbli uendret som et høyspesialisert sykehus frem til at bygningene der må fases ut. Da overfører man gradvis de høyspesialiserte funksjonene til nye bygg på Ullevål
- Dårlig risikovurdert forslag om å utsette oppstart av byggeprosjektet på Aker til 2027 for å prioritere bygging på Gaustad

Manglende lokalsykehuskapasitet i Oslo og Akershus frem mot 2030/40 og urealistiske effektiviseringstiltak

Helse Sør Øst RHF (HSØ) har det overordnede «sørge for» ansvar for at befolkningen har et forsvarlig sykehusstilbud. Da kan man ikke bare se på OUS sykehusområde når man legger planer, men for hele området planen vil berøre. Etter vår oppfatning må man da som et minimum se på Oslo og Akershus sammen. På lengre sikt bør nok også befolkningsutviklingen i Oslo sørøst og Østfold nordvest trekkes inn.

Men holder man seg til Oslo og Akershus befolkning, og den sykehusdekning man får etter Statistisk Sentralbyrås (SSB) middeltall fra juni 2018 for befolkningsframskriving, får en følgende tabell:

Årstall	Oslo befolkning	Akershus befolkning	Sum A + O	Planlagt sykehus kapasitet*	Manko
2015	658 390	594 799	1 253 189		
2030	788 928	704 109	1 453 335	1 256 000	200 000**
2040	853 931	768 436	1 564 282	? samme	308 000

Den planlagte sykehuskapasiteten* fremkommer ved at de plantall som per dags dato finnes for utbygging på Gaustad og Aker legges sammen med det A-hus, Lovisenberg, Diakonhjemmet og Asker og Bærum dekker i 2018. Ullevål som i dag dekker 240 000 for generell indremedisin o.a. og 400 000 for kirurgi (Lovisenberg har ikke kirurgisk akuttfunksjon), får men altså en underdekning på 200 000 personer i 2030 og 300 000 ** i 2040 når Ullevål legges ned. Enkelt sagt krever det da bygging av minst et nytt Aker sykehus (planlagt for 240 000 innbyggere når det er ferdig) før en kan få lagt ned Ullevål. Denne problemstillingen er ikke synliggjort i de planer som så langt er lagt frem. De representerer etter vår vurdering en betydelig risiko for liv og helse på sikt.

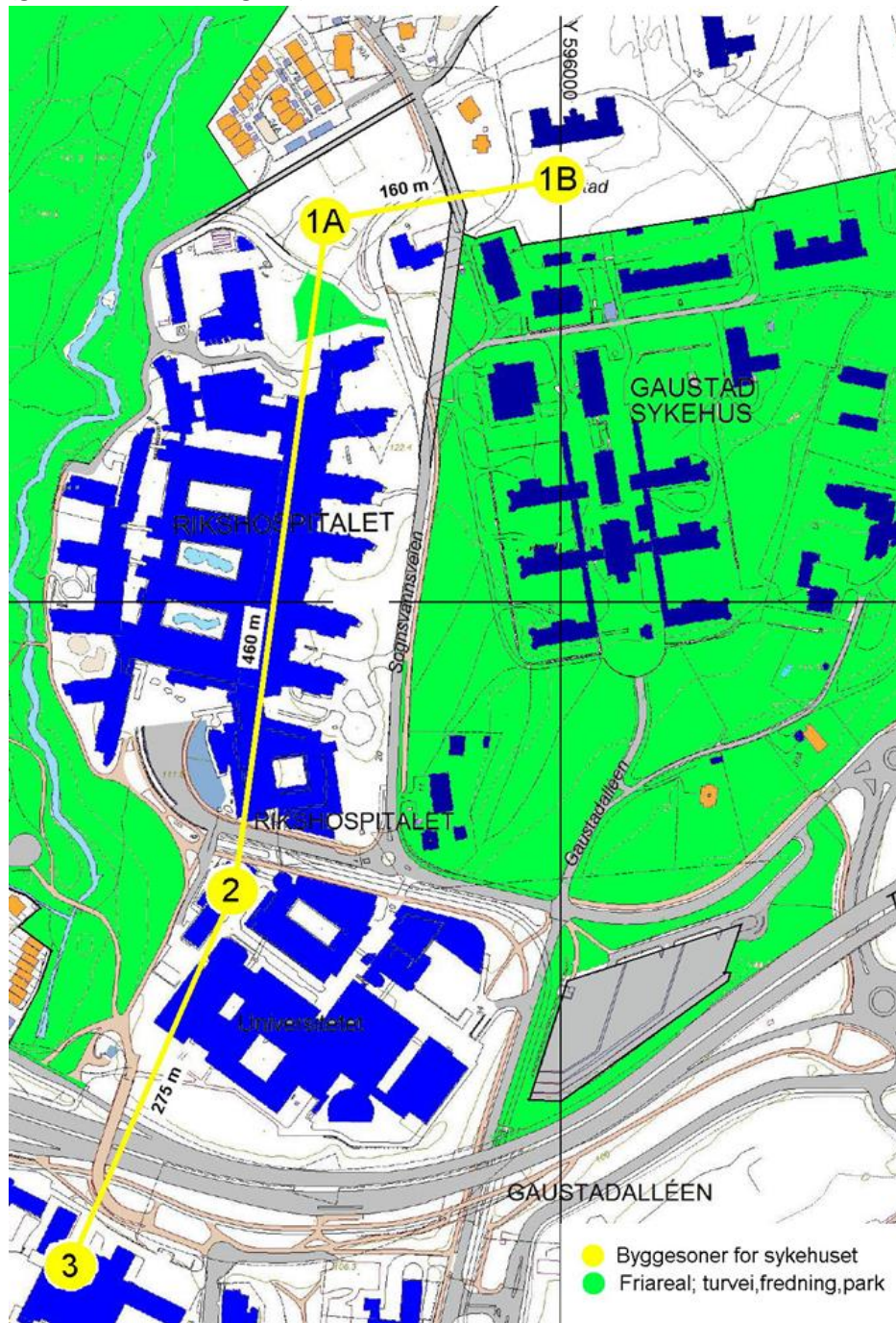
Et annen moment, som forsterker denne bekymringen, er den helt urealistiske forventningen til effektivisering OUS-administrasjonen har lagt inn i sine planer. I sin «Utviklingsplan 2035» (Basert på 90% belegg som pt skal nedjusteres til 85%) viser OUS i figur 13 «Trinnvis framskrivning av liggedøgn somatikk; Kilde: Framskrevet aktivitet 2015 - 2035 somatikk; Kilde: Nasjonal modell for aktivitetsframskrivning tilsendt og utført av Sykehusbygg HF» at rundt 150 000 liggedøgn av en forventet vekst fra 450 000 i 2015 til rundt 700 000 i 2035 skal fjernes ved effektivisering, øket bruk av hotell og overføring av pasienter til Oslo kommune hver med cirka 50 000 liggedøgn. Byråd for helse og omsorg, Oslo kommune har allerede varslet at kommunen ikke uten videre er i stand til å ta sin del, vi tviler også på at man vil være i stand til å nå målene for effektivisering og øket bruk av hotell. Når man så legger til at liggedøgn vil stige ytterligere når man får beregningene for 85% belegg, da er det lite tvil om at vi her har påpekt en betydelig risiko for at sengekapasiteten blir for lav i 2035/40.

Disse problemene vil bli ytterligere forsterket når OUS-administrasjon i styresak 50/2018 datert 31. august 2018, ber styret i møte 5.september, anbefale prosjekteier HSØ å utsette oppstart av bygging av nytt Aker til 2027 med ferdigstillelse i 2037 for å kunne bygge på Gaustad i én fase med oppstart 2022. Anbefalingen er basert på risikoanalyser gjort så sent som 20.august 2018 og viser igjen hvor dårlig saksgrunnlaget har vært for de vedtakene som er gjort. Det er også et solid løftebrudd etter som både administrerende direktør OUS Bjørn Erikstein og helseminister Bent Høie under saksgangen har forsikret at disse to prosjektene skulle startes og avsluttes samtidig. Med tanke på økonomisk bærekraft i foretakene er imidlertid dette høyst forståelig (se siste avsnitt). For sykehusdekningen i Oslo og Akershus 2030-40 kan et slikt vedtak bli meget risikabelt. Dette omfattes ikke av risikoanalysen fra 20.august, den dekker bare flytterrisko innen OUS. At dette også vil kreve at de gamle kliniske bygningene på Ullevål holdes i drift i ytterligere minst 20 år, den eldste da være rundt 135 år, er heller ikke med i risikovurderingen. Risikoanalysen er ufullstendig og må gjøres bredere før beslutningen om faseforskyvning kan vedtas.

Trang og uhensiktsmessig tomt på Gaustad med betydelige bygge- og reguleringsproblemer mens det der Ullevål sykehus er god plass og godkjent reguleringsplan

Fredning og regulering på Gaustad

Tre fjerdedeler av statens eiendom på Gaustad er underlagt frednings- og bevaringsbestemmelser (grønne områder i figur 1).

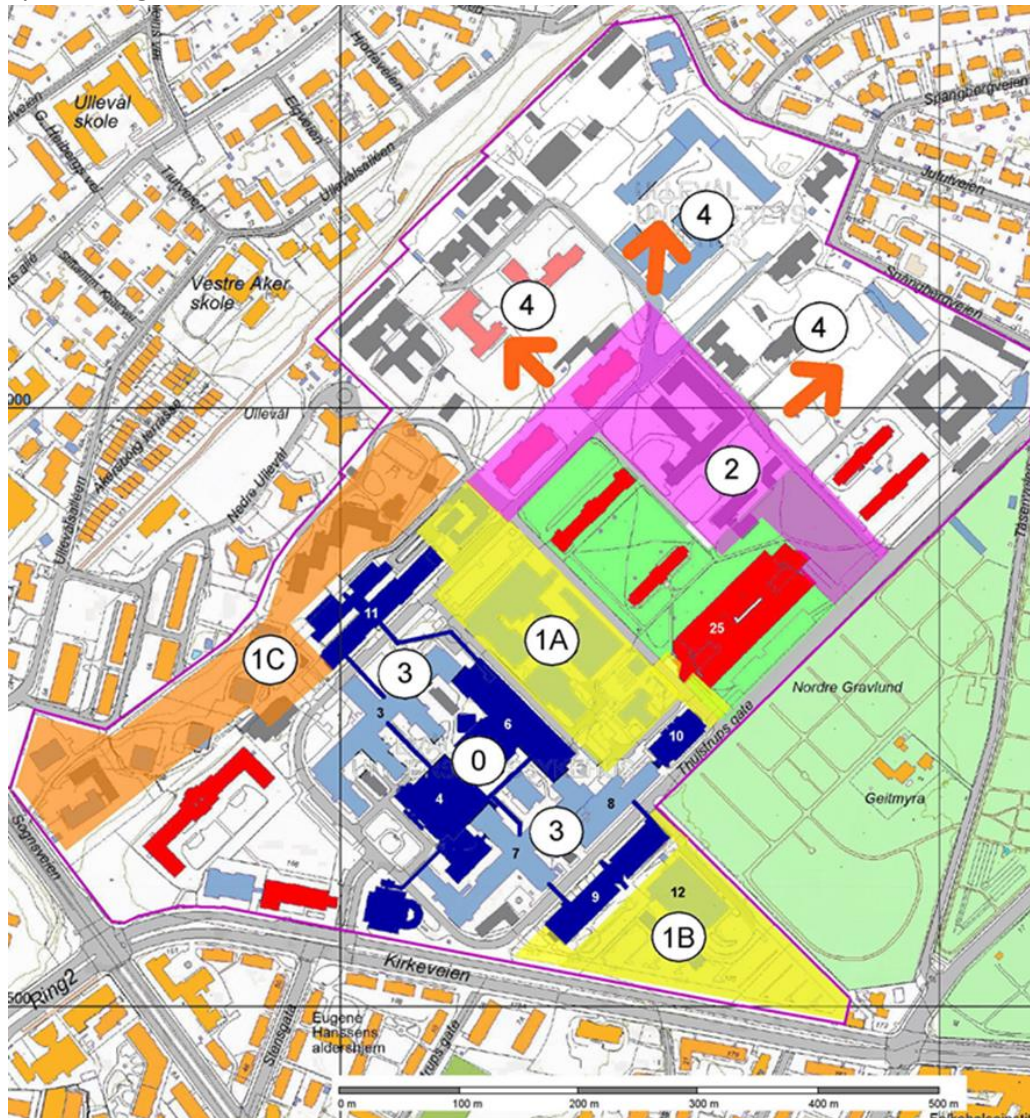


De er dels nedfelt i Bevaringsplanen for spesialisthelsetjenesten, dels i reguleringsplanen for eiendommen. Reguleringsplanen gir svært sterke føringer med byggelinjer som følger bebyggelsen mot Sognsvannsveien samt gesimshøyder som sikrer maksimal bygningshøyde på 3 etasjer mot Gaustad sykehus. Innover i bygningsmassen til Rikshospitalet er det tillatt påbygget en teknisk etasje. Dette ble bestemt for at RH ikke skulle få et dominant preg vis a vis Gaustad sykehus. Til overmål ble

gesimshøyden satt så lav at normal etasjehøyde ble uforsvarlig lav (3,6 m), noe sykehuset sliter med i dag.

Fredning og regulering på Ullevål

Bygningene som er fredet i verneklasse 1 og ligger i eiendommens randsone mot Kirkeveien og Tåsenveien (bygg 1, 2, 47, 48), er ikke til hinder for utbygging av sykehuset. Noen er rehabilitert og godt egnet som kontorbygg. Bygningene nord for Første tverrvei er vernet i klasse 1 sammen med parkområdet. Bygg 25 er et moderne laboratoriebygg som vil ha samme funksjon i et utbygget sykehus (figur 2).



Oslo universitetssykehus, Ullevål

Bygningsmasse

- Bygning i verneklasse 1, fredet
- Bygning i verneklasse 2, bevaring
- Bygning med høy bruksverdi som sykehus
- Bygning av varierende kvalitet og bruksverdi
- Lett og/eller provisorisk bygning

Utbyggingsfaser

- Aktuell sone for klinikk knyttet til Sentralkomplekset. Somatikk
- Aktuell sone for annen helserelevanter bebyggelse
- Fremtidig byggesone når dagens sentralkompleks skal erstattes
- Videre utbygging på lang sikt

0 Dagens sentralkompleks med alle tunge somatiske funksjoner

1A Prioritert for klinikkbygg. Knyttes til bygg 6, 8, 10, 11, 25. River økonomibygninger. Kompliserte grunnforhold. Areal ca 22 dekar. Kapasitet ca 70.000 m2 BTA

1B Egnert for klinikkbygg. Knyttes til bygg 7, 9, 8. Ev. riving av bygg 12. Enkle grunnforhold. Areal ca 17 dekar. Kapasitet ca 50.000 m2 BTA

1C Egnert for helserelevanter funksjoner. Tilbygg bygg 11. Bratt terreng, høytliggende platå. Enkle grunnforhold. Areal ca 19 dekar. Lav utnyttelse, ca 20.000 m2 BTA

2 Utbygging når Sentralkomplekset må erstattes. Knyttes til 1A, bygg 25. Enkle grunnforhold. Angitt areal 34 dekar. Kapasitet ca 120.000 m2 BTA

3 Sentralkomplekset rives/renoveres. Utbygges som utvidelse av sykehuset o.a. Kompliserte grunnforhold. Areal ca 60 dekar. Kapasitet maks. 200.000 m2

4 Utbygging av sykehuset på lang sikt. Areal ca 110 dekar. Kapasitet ca 300.000 m2

Fire bygg vest for Vestre hovedvei er regulert til bevaring, men ikke fredet (verneklasse 2). Det gjør det mulig å få endret deres vernestatus ved en større utbygning nord på området.

Ut over dette, er eneste begrensning i reguleringsplanen maksimal byggehøyde på 8 etasjer. Tidligere utredninger har vist at eiendommen kan bygges ut med ca. 600.000 m² bruttoareal over terreng uten å endre de fredete bygningsmiljøene.

Problemer og muligheter ved bygging på Gaustad

Det grunnleggende problemet ved bygging her er at tomten er for liten. Konseptfaseutredningen som skal være ferdig i desember 2018 konsentrer seg om to alternative lokaliseringer. Bygge begge byggetrinn på forplassen til dagens sykehus, inkludert riving av pasienthotellet (Alt. sør). Dette innebærer en svært høy og smal bebyggelse eller en noe lavere med dype bygningskropper som gir store driftsarealer uten dagslys. Tilknytningen til det eksisterende sykehuset forutsetter store ombygginger, da særlig av intensivavdelingene, for å oppnå gode løsninger. Et utkast viser en blokk på 16 sykehusetasjer, dette tilsvarer cirka 25 boligetasjer med de lys og utsiktsproblemer det vil medføre for den bakenforliggende bygningsmassen.

Utbyggingen fordeles på forplassen og som en utvidelse av fløyene mot Sognsvannsveien inn mot Gaustad sykehus (Alt. øst).

Er hovedproblem med dette alternativet er at det bygges på forterrenget til Gaustad sykehus med opptil 12 sykehusetasjer. Dette vil ødelegge inntrykket av Gaustad som et sykehus i et åpent landskap og bryte grovt med fredningsbestemmelsene.

Alternativ øst vil medføre at alt reserveareal er bebygget etter byggefase 2. Forutsatt at regulering og fredningsvedtekter tillater det, kan arealet over Sognsvannsveien ansees som et mindre reserveareal i Alternativ sør. Reservearealer er helt nødvendig når det nåværende Rikshospital er utdatert og må erstattes frem mot 2050 - 60. Det gamle må være i drift mens nye arealer bygges, derfor vil reserveareal alltid være nødvendig.

Begge alternativ vil medføre store miljø- og driftsproblemer. Blant annet må de store fyllmassene under forplassen med parkeringskjeller, graves ut og fraktes bort.

Problemer og muligheter ved bygging på Ullevål

OUS- ledelsen hevder stadig at tomten er svært vanskelig å bebygge. Dette er feil, noe som bevises av gjennomføringen av Kreft- og Isolatsenteret i 2006 (17 500 m² bruttoareal) og Akuttbygget i 2014. Det siste ble bygget mellom Kirurgbygningen og Sentralblokken med operasjonsavdeling i drift som nærmeste nabo. Det er dårlige grunnforhold mange steder i Oslo, men ingen som moderne byggeteknikk ikke kan løse.

Som en fase 1 på Ullevål trengs et klinikkbygg som kan erstatte de to eldste bygningen som er i drift, Kirurgbygget fra 1902 og Medisinbygget fra 1915. Begge er fundamentert på flåter og har derfor store setningsskader som ikke kan utbedres. Slitasje og skader vil kreve store summer til vedlikehold dersom de skal holdes i drift i ytterligere 20 år. Med tilleggsareal for større poliklinikker og dagbehandlingsenheter, vil et nybygg på rundt 60 000m² bruttoareal erstatte de to utdaterte bygningene.. Bygningen kan innplasseres i areal 1A i figur 2. hvor det totalt kan bygges 70.000 m² i et område hvor det i dag ikke er klinisk aktivitet. Etter at Medisinsk og Kirurgisk bygning er revet kan det bygges ytterligere 100.000 m² rundt Sentralblokken. Da er sykehuset like stort som det planlagte anlegget på Gaustad samtidig som arealene mot øst (1B i figur 2) og nord (2 og 4 i figur 2) vil være reserveareal for en fremtidig utbygging i mer enn samme dimensjon. Det er nok plass for en fremtidig samling av regionsykehuset, også betydelige universitets- og forskningsfunksjoner.

Infrastrukturkostnadene, som OUS-ledelsen har brukt som motargument, gjelder fyrhuset, IKT-senteret, nødstrømsanlegget og føringene inn mot sentralkomplekset. Dersom det i første omgang ikke bygges der sentralene ligger, blir kostnadene betydelig lavere enn de 1,3 mrd. kroner som er nevnt. Til sammenlikning vil kostnadene på Gaustad med erstatning av pasienthotellet samt sprenging og bortkjøring av masser, fort gi kostnader i samme størrelsesorden.

Den eneste måten å finne ut hvilke alternativ som gir størst infrastrukturkostnad er derfor å gjennomføre en konseptfase for utbygging i flere trinn på Ullevål og så sammenligne med den pågående konseptfaseutredningen på Gaustad.

Betydelig økonomisk innsparingspotensial ved å satse på utbygging på Ullevål og Aker som store akuttsykehus mens en lar Rikshospitalet forbli uendret som et høyspesialisert sykehus

I Økonomisk langtidsplan for OUS 2019-2028 fra mai 2018 Sak 29/2018, forteller OUS-administrasjonen at for de fire prosjektene som utredes: Aker, Gaustad, Sikkerhetsavdeling på Ila og Radiumhospitalet, er overslagene nå oppe i 41,3 milliarder kroner (mrd). Men i det tallet er ikke vedlikeholdskostnader av de gamle byggene på Ullevål som de må ha i drift til de nye står klar. Da stiger investeringsbehovet frem til 2028 til 52.1 mrd. En stor del av dette beløpet, 23,9 mrd, vil gå med til Gaustad utbyggingen fase 1 og 2. Det er før man har justert arealbehov for å ta høyde for at beleggsprosent skal ned fra 90 til 85 prosent og før de økningene av arealene økning av lokalsykehusstørrelse fra de opprinnelige 147 000 innbyggere (tre bydeler) til de cirka 240 000 (fem bydeler) som adekvat underlag for det et høykvalitet Traumesenter krever. Med andre ord er dette kostnadsoverslaget for lavt. I tillegg må man også legge inn ekstra kostnad for enda et nytt lokalsykehus i tillegg til Aker. Det må stå ferdig før Ullevål kan legges ned uten at det blir farlig lav sykehuskapasitet (se over om manglende sykehuskapasitet). Et slikt sykehus vil anslått koste 10 mrd. I tillegg kommer kostnaden med å erstatte Krefst- og Isolatsenteret på Ullevål som prisjustert fra 2006 til i dag vil bli cirka 2 mrd. Til sammen vil da nedleggelse av Ullevål og utbygging på Gaustad koste 36 mrd.

Til sammenlikning vil en første fase på Ullevål, et klinikkbygg på cirka 60 000m² brutto koste 6-7 mrd. I tillegg beholder man med denne løsningen verdien av 80 000m² godt funksjonelle bygg ferdigstilt 1995-2014, altså delvis nyere enn Rikshospitalet, og vel 30 000 m² eldre bygg som er godt rehabilitert og brukbare i mange tiår fremover. Med dette grepet får man i en første fase et velfungerende sykehusanlegg på rundt 170 000m² for en femtedel av det det vil koste å utvikle Gaustadalternativet. Innsparingspotensialet er 30 mrd av den totalsum på 51,2 mrd OUS-administrasjonenes planer krever.

OUS-administrasjonen har fremhevet at samling på Gaustad vil være kostnadseffektivt fordi en da sparer de doble vaktlag man i dag har for høyspesialisert virksomhet både på Ullevål og Gaustad. Men i planene kan en ikke finne noen analyser av hva dette egentlig betyr i kroner. Det skulle vært gjort. Og uansett skal det mye til at en slik effektiviseringsgevinst skal kunne forrente en, etter vår oppfatning, unødvendig investering på Gaustad med samlet kostnad rundt 30 mrd kroner.

Dårlig risikovurdert forslag om å utsette oppstart av byggeprosjektet på Aker til 2027 for å prioritere bygging på Gaustad

Mandag 20. august 2018 ble det gjennomført en endags risikoanalyse av å faseforskyve oppstarten av enten Gaustad eller Aker prosjektet. I møtet deltok OUS klinikksjefer og tillitsvalgte,

representanter fra Sykehusbyggs prosjektorganisasjon og administrerende direktørs stab, men uten eksterne kvalitetsikrere. Møtet konkluderte med at oppstart på Gaustad var det som ga minst risiko. Dette førte til at det 29. august ble innkalt til ekstraordinært styremøte i OUS-styret 5. september med forslag til følgende vedtak:

1. Styret tar risikoreportene til orientering
2. Styret ber om at rapportene oversendes HSØ RHF. Styret ber prosjekteier ta hensyn til innholdet i rapporten i det videre arbeidet

Med andre ord anbefaler styret i en meget sen fase (ferdig konseptfase skal levere i desember 2018) en betydelig omlegging av planene. I tillegg er dette et solid løftebrudd etter som administrerende direktør OUS Bjørn Erikstein så lang har forsikret at begge prosjekt skulle startes parallelt.

Vår oppfatning er at dette er enda et eksempel som viser hvor dårlig denne saken har vært utredet før man tar beslutninger. At en endags internvurdering legges til grunn, er helt uholdbart. Vi støtter derfor fullt og helt konklusjonene i det brevet de tillitsvalgte i styret sendte administrerende direktør 31. august: «Vi anmoder derfor om at OUS bestiller en ekstern og uavhengig risikovurdering knyttet til faseforskyvning og at denne legges inn i en total risikovurdering for hele prosjektet.» Den interne risikovurderingen mangler vesentlige forhold som for eksempel hvilke konsekvenser det å utsette oppstart på Aker vil ha for sykehusdekningen i Oslo og Akershus frem mot 2030. Den berører heller ikke hva utsettelsen vil få for konsekvens for den planlagte Storbylegevakten på Aker.

Tiden er nå inne til å få gjort en grundig revurdering av de ufullstendige planene OUS administrasjonen presser på å få gjennomført med stadige endringsforslag. Dersom man pga investeringsproblemer må gripe til faseforskyvning, er det langt sikrere og bedre å utsette oppstart på Gaustad enn på Aker. Aker trengs pga befolkningsveksten. Med Traumesenteret på Ullevål i drift vil en slik utsettelse ikke representere et problem for ivareta høyspesialiserte tjenestene. De vil fortsette som nå i Rikshospitalets bygninger, mens akuttfunksjonen og traumatologien blir ivaretatt på Ullevål som i dag. Det ligger liten risiko i å starte bygging på Aker i 2022 og bruke noe tid på å konseptfaseutrede Ullevålsalternativet for så å sette det opp mot Gaustadutbygging.

Konklusjoner

Vi er svært bekymret for utviklingen i dette store og samfunnsmessig meget viktige prosjektet. Basert på de argumentene vi har gitt i dette brevet, mener vi at følgende risikoelementene er påvist ved å bygge ut på Gaustad:

- Altfor trang tomt
- Behov for betydelige omreguleringer og brudd på frednings- og bevaringsbestemmelser
- Høyblokker som er ødeleggende for sol, lysforhold og utsikt både for nåværende Rikshospital og for beboerne i åsen bak
- Store driftsforstyrrelser for Rikshospitalet i byggefasen
- Når gamle Rikshospital skal fornyes finnes det ikke reservearealer
- Unødvendige kostnader opp mot 30 milliarder kroner
- Ingen analyse av hverken klinisk eller økonomisk gevinst
- Den foreslåtte faseforskyvning av Akerprosjektet til oppstart i 2027 vil føre til en farlig lav sykehusdekning i Oslo og Akershus og utsettelse av etablering av den planlagte Storbylegevakt. Det må gjøres en mer fullstendig risikovurdering av forslaget før vedtak
- Å holde medisin- og kirurgbygget på Ullevål i drift i ytterligere 20 år, vil kreve store vedlikeholdskostnader og likevel gi dårlige forhold for pasienter og ansatte

Derfor mener vi at styret i HSØ, basert på vedtakspunkt i sak 072/2017 fra juni 2017: «5. Styret påpeker at det er knyttet gjennomføringsrisiko til lokaliseringalternativene og ber om at det ikke

utelukkes alternativ plassering innen Oslo universitetssykehus HF's tomtearealer om risikobildet tilsier dette. Styret skal holdes orientert underveis i utredningen og spesielt knyttet til gjennomføringsrisiko», snarets mulig må få gjort vedtak om å starte en konseptfaseutredning av Ullevålsalternativet med følgende premisser:

- Aker sykehus utbygging startes som planlagt 2022 og fullføres 2027
- Gaustadprosjektet utsettes pga høy risiko og kapitalmangel og tiden brukes til å konseptfaseutrede fortsatt drift av Ullevål som et stort lokal/ akutt sykehus med Traumesenter som i lengere perspektiv (2050/60) erstatter Rikshospitalet som regionsykehus. Rikshospitalet fortsetter uten endringer som elektivt spesialsykehus til bygningene på Gaustad må fases ut

Først med en slik utredning vil det være mulig på en rasjonell måte å avgjøre hva som er den beste løsningen for et fremtidig samlet regionsykehus.

Med vennlig hilsen

Dag Hovland
Arkitekt og
planleggingsrådgiver
Sign.

Rolf Kåresen
Professor dr med emeritus
Sign.

Tor Winsnes
Sivilarkitekt
Sign.

Kopi sendt til:
Administrerende direktør HSØ Cathrine Loftshus