

Sykehusplanene i Oslo – kort fortalt

Innholdsfortegnelse

INNLEDNING	1
HISTORISK OVERBLIKK	1
UTREDNINGSFORLØP	3
<i>Faktisk forløp</i>	3
<i>Krav til utredningsforløp</i>	5
<i>Har utredningsforløpet skjedd i tråd med veilederens bestemmelser?</i>	6
TOMTER OG REGULERING	8
<i>Tomtenes utviklingsmuligheter</i>	8
<i>Oppsummering</i>	9
KAPASITET	10
ØKONOMI	11
NOTAT OM SAMMENLIGNING MELLOM OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS OG HELSE BERGEN	13

Innledning

Oslo legeforening ønsker med dette notatet å gi en overordnet beskrivelse av planene for utviklingen av Oslo universitetssykehus og prosessene som har ledet fram til dagens planforslag. Etter en summarisk beskrivelse av dannelsen av sykehuset, utviklingen og sykehusets oppgaver beskrives utredningsforløpet mer inngående. Notatet avsluttes med enkelte forhold som har vært problematisert etter presentasjon av konseptfaserapporten.

Historisk overblikk

Oslo universitetssykehus ble dannet i 2009 gjennom fusjonen av Aker sykehus, Ullevål sykehus og Rikshospitalet. Radiumhospitalet ble fusjonert med Rikshospitalet i 2005. Aker var lokalsykehus for Groruddalen samt Follokommunene, Ski Oppegård, Ås Nesodden, Vestby og Frogn. I tillegg til å ivareta lokalsykehusfunksjoner for bydeler i Oslo var Ullevål sykehus landets største og mest komplette akuttsykehus med ansvar for multitraume (hardt skadde) pasienter fra hele den sørøstlige delen av landet. Rikshospitalet ivaretok sjeldne og avanserte behandlingstilbud for pasienter fra hele landet. I tillegg ivaretok Rikshospitalet regionfunksjoner for innbyggerne i Helse Sør.

Sykehusets første direktør var Siri Hatlen. Hun gjennomførte omfattende endringer i organiseringen, og innførte en klinikk-struktur med seksjoner, avdelinger og klinikker på tvers av de tidligere sykehusene. Hatlen igangsatte prosessen med nedleggelse av Aker sykehus etter dialog med eier. I interne møter med eier og departement advarte Hatlen mot å iverksette overføringen av opptaksområde på 160 000 innbyggere fra Aker til Akershus universitetssykehus. Overføringen ble likevel igangsatt i årsskiftet 2010-11. Hatlen presenterte et forslag til videre utvikling av sykehuset (Arealutviklingsplan 2025). Hatlen anbefalte opprusting og nybygg på Ullevål samt mindre utbygging ved Rikshospitalet. Det ble vedtatt å bygge et nytt akuttmottak og utviklet planer for å bygge klinikkbygg og storbylegevakt på Ullevål. Etter å ha lagt frem en økonomisk langtidsplan med et stipulert

investeringsbehov på 17 milliarder kroner gikk Hatlen av i juni 2011 da styret ikke støttet forslaget.

I en mellomperiode overtok Jan Erik Thoresen som direktør. Thoresen videreførte nedleggelsen av Aker, ved å stenge akuttmottaket og flytte avdelinger fra Aker til Ullevål sykehus. Prosessen lot seg imidlertid ikke slutføre da det oppsto plass- og kapasitetsproblemer på Ullevål.

I desember 2011 tiltrådte Bjørn Erikstein som direktør. Erikstein kom fra stillingen som ekspedisjonssjef i spesialisthelsetjenesteavdelingen i Helsedepartementet. Det var da allerede igangsatt arbeid med å bygge et nytt akuttmottak på Ullevål, og det var også planlagt både ny storbylegevakt og et nytt klinikkbygg på Ullevål som skulle erstatte den gamle bygningsmassen i Storgata og på Ullevål. Akuttmottaket ble ferdigstilt og tatt i bruk i februar 2014. De øvrige prosjektene med nytt klinikkbygg og storbylegevakt på Ullevål ble stanset under Eriksteins ledelse. I oktober 2012 lanserte Erikstein en plan om nedleggelse av Ullevål, og å samle hele aktiviteten i Oslo universitetssykehus på Gaustad.¹ Erikstein skisserte at tilgjengelig utbyggingsareal kunne fremskaffes ved å legge Ringveien i tunnel, og beskrev at han hadde hatt denne ideen i en 4-5 års tid. Planforslaget ble senere stoppet av veimyndighetene og Oslo kommune. Erikstein lanserte senere et nytt forslag til nedleggelse av Ullevål, ved å flytte deler av aktiviteten til Gaustad, og resten til et nytt sykehusbygg på Aker (Idefase – konkretisering etter høring). Forslaget fikk tilslutning fra helseminister Bent Høie i juni 2016, men har møtt massiv motstand fra ansattes organisasjoner og sykehusenes fagmiljø. Bjørn Erikstein fratrådte i juli 2019 etter at ansattes organisasjoner hadde uttrykt manglende tillit til ham.

Oslo universitetssykehus har i dag aktivitet på en rekke ulike adresser i Oslo, men det meste er konsentrert på Gaustad (Rikshospitalet og Gaustad sykehus), Ullevål, Montebello (Radiumhospitalet), og Aker. Det har vært gjennomført enkelte endringer i oppgavedelingen mellom sykehusene, men fordelingen av oppgaver mellom Ullevål og Rikshospitalet er i hovedsak den samme som før fusjonen; Ullevål ivaretar lokalsykehusoppgaver og er landets største og mest komplette akutt sykehus, Rikshospitalet ivaretar hovedsakelig avklarte og planlagte avanserte behandlingsforløp, og Radiumhospitalet er et spesialisert kreftsykehus. Oslo universitetssykehus har stadig betydelig aktivitet på Aker sykehus både innen medisin og kirurgi, og store avdelinger som har ansvar både for øyeblikkelig hjelp og planlagt aktivitet er lokalisert på Aker. Bydelene som ble flyttet fra Aker til Akershus universitetssykehus er ikke tilbakeført til Oslo-sykehusene. Kapasitetsproblemene som oppsto på Akershus universitetssykehus etter overføringen har vært delvis løst ved en avlastningsavtale mellom Akershus universitetssykehus og de private ideelle sykehusene i Oslo (fra 2013).

¹ <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2012/10/25/vil-bygge-campus-oslo-over-ny-tunnel/>



Utredningsforløp

Faktisk forløp

Arealutviklingsplan 2025² ble utarbeidet under Hatlens ledelse. I utgangspunktet var siktemålet å samle større deler av sykehusets aktivitet på én geografisk lokalisasjon. Etter analyser av behov og tomtealternativ ble det konkludert med at dette ikke var tilrådelig på kort og mellomlang sikt da investeringskostnadene ville bli for høye. Også stordriftsulemper ble vektlagt i vurderingen.

Den eneste tomten som kunne huse et tilstrekkelig bygningsvolum også for framtidige utvidelser var Ullevål. En samling på Ullevål ville innebære en fraflytting av sykehusanlegget på Rikshospitalet som da kun var 10 år gammelt. I rapporten ble det gjort vurderinger av om utbyggbart areal på Gaustad kunne økes ved å legge Ringveien i tunnel, men dette ble frarådet da den identifiserte risikoen ble anslått å være for høy. Rapporten peker på at en samling bør skje på et senere tidspunkt, når Rikshospitalet er eldre og kan fraflyttes. Hatlen tilrådet nybygg både på Ullevål og Rikshospitalet, og det ble vedtatt bygging av akuttmottak på Ullevål, og styrevedtatt idefase for et nytt klinikkbygg på Ullevål. Det ble utarbeidet tegninger for en ny storbylegevakt syd-øst på Ullevål (trekant-tomta).

Idéfase OUS – Campus Oslo³ (19/6-2014), **Fremtidens OUS -Idefaserapport 2.0**⁴ (mai 2015) og **Idefaserapport – konkretisering etter høring**⁵ ble utarbeidet under Eriksteins ledelse. Hatlens utredning og foreslåtte tiltak ble lagt bort. I den første idefaserapporten (3) ble det skissert tre muligheter, samling på Gaustad, samling på Ullevål, og videreføring av delt løsning. De to første alternativene ble vurdert å være gjennomførbare, mens det siste alternativet ble vurdert ikke å være bærekraftig. Rapporten tilrådet en tilnærmet komplett samling av sykehusets aktivitet på Gaustad, ved at Ringveien ble lagt i tunnel. Dette viste seg ikke å være gjennomførbart.

Erikstein lanserte da i **Idefaserapport 2.0** (4) et alternativ hvor Ullevål skulle legges ned og aktiviteten deles i to ved utbygging av Rikshospitalet kombinert med etablering av et nytt

² <https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/Aker-Gaustad-byggeprosjekter/Documents/2011%20Arealutviklingsplan%202025.pdf>

³ <https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/Aker-Gaustad-byggeprosjekter/Documents/2014%20Idefase%20OUS%20v.%201.0.pdf>

⁴ <https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/Aker-Gaustad-byggeprosjekter/Documents/2015%20Idefase%20OUS%20v.%202.0.pdf>

⁵ <http://admininfo.helse-sorost.no/styredokumenter /OUS/Styresak%202015-82-01%20Idefaserapport%20OUS%2020151217.pdf>



sykehus på Aker-tomta. Med bakgrunn i dette forslaget bestemte sykehusets styre i styrevedtak 20-2015⁶ at ledelsen skulle utrede

- samling på Gaustad kombinert med lokalsykehus
- fortsatt drift på Gaustad og Ullevål (delt løsning) kombinert med lokalsykehus,
- samt et null-alternativ.

Bestillingen om å utrede også delt løsning kombinert med lokalsykehus ble fattet av et samlet styre, på tvers av administrasjonens innstilling. Administrasjonen ønsket kun å utrede alternativet med samling på Gaustad. Ledelsen valgte i den påfølgende **Idefaserapport – konkretisering etter høring (5)** ikke å etterkomme styrets bestilling om å utrede delt løsning kombinert med lokalsykehus. Det ble argumentert med at sykehusets opptaksområde på seks bydeler var for lite til å splitte opp lokalsykehusfunksjonene mellom Ullevål og et lokalsykehus (Aker). Kort tid etter rapporten ble lagt fram ble det bestemt at sykehuset skulle ha ni bydeler som opptaksområde, fordi Alna, Stovner og Grorud skulle tilbakeføres til Oslo universitetssykehus. I juni 2016 bestemte helseministeren at målbildet for utviklingen av Oslo universitetssykehus skulle være i tråd med Eriksteins tilrådning.

Sykehusets **konseptfaserapport** ble lansert i november 2018.⁷ Rapporten omhandler kun første etappe i utbyggingsforløpet, med etablering av et stort lokalsykehus på Aker og første etappe av utbyggingen på Gaustad. I rapporten skisseres det at tilbakeføring av Stovner og Grorud fra Akershus universitetssykehus skal skje i en senere etappe. Det skisseres også at en betydelig del av sykehusaktiviteten på Ullevål vil bli liggende på Ullevål fram til senere etappe, herunder deler av barneavdelingen, fødselsomsorg, kreftbehandling og laboratoriefagene. Det har senere i ulike sammenhenger blitt hevdet at endel av disse områdene skal inngå i første etappe, og det er etterhvert ikke mulig å holde oversikt over det samlede planprogrammet med tilhørende investeringskostnader. Det er også skissert at tomtebehovet på Aker er større enn tilgjengelig areal, og at sykehuset vil måtte anskaffe tomt fra andre eiere til en kostnad på omlag 2 milliarder kroner. Dialogen med reguleringsmyndighetene er i liten grad redegjort for i rapporten (se avsnitt om reguleringssaken).

Etter at konseptfaserapporten ble framlagt har det blitt reist kritikk fra ulike hold knyttet til tomtenes beskaffenhet, de økonomiske beregningene, framtidige utvidelsesmuligheter, manglende tilbakeføring av Groruddalsbydelene, samlet sykehuskapasitet i regionen, og den planlagte virksomhetsmodellen. Enkelte av innvendingene er omtalt i senere utredninger som skal komplettere konseptfasen, herunder sykehusets **Belysning av Ullevålsalternativet**.

⁶ <https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/styremoter-i-ous/Documents/Styremøteprotokoller%202015/Protokoll%20styremøte%202015-04-09.pdf>

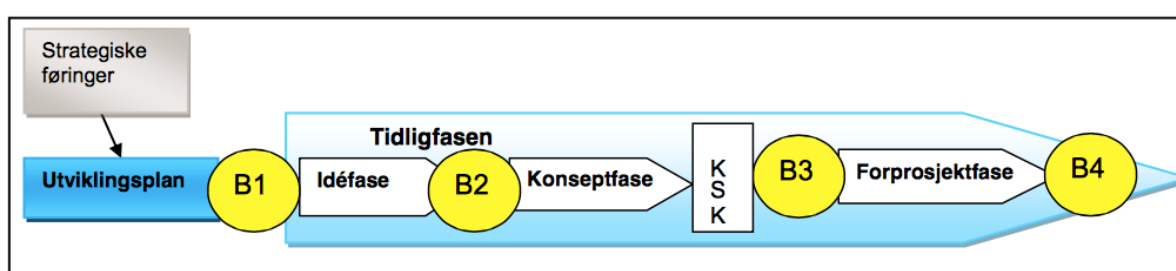
⁷ <https://www.helse-sorost.no/Documents/Store%20utviklingsprosjekter/OUS/Aker%20Gaustad/Konseptutredning%20Aker%20og%20Gaustad/Konseptrapport%20-%20Aker%20og%20Gaustad%20-%20Samlet%20utgave%20-%20Rev.%202.pdf>



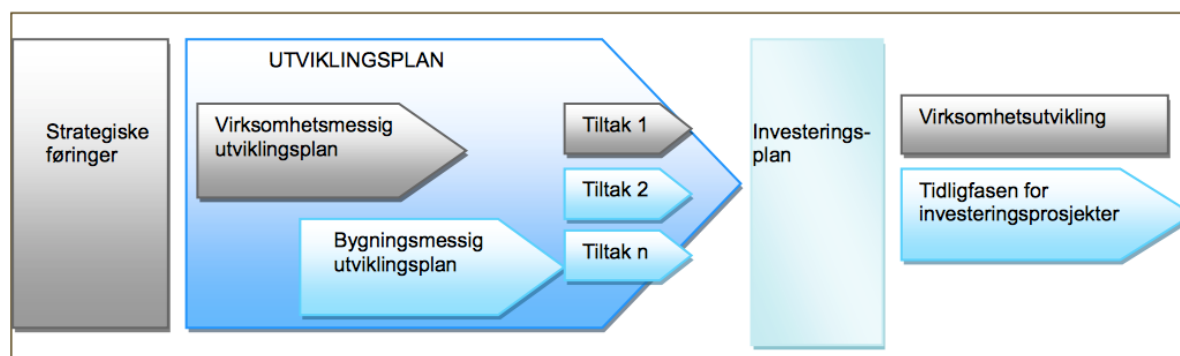
Krav til utredningsforløp

Utredning av sykehusprosjekter skal skje i tråd med etablert veileder. Helsedirektoratet har fra 2006 utarbeidet *Veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekt IS-1369*.⁸ Veilederen skisserer krav til utredningsforløp, og fastsetter beslutningspunkter. Underveis i utredningsforløpet i Oslo universitetssykehus har ansvaret for veilederen blitt overført til Sykehusbygg HF, og det ble utgitt en revidert veileder i oktober 2017.⁹ Hovedinnholdet er uendret, og utredningsforløpet i Oslo universitetssykehus har i hovedsak utspilt seg i perioden da Helsedirektoratets veileder stadig var bestemmende for fremgangsmåten. Det refereres derfor i det følgende til kravene oppsatt i Helsedirektoratets veileder.

Utredningsforløpet deles i fire faser: utviklingsplan, idéfase, konseptfase og forprosjekt.



Utviklingsplanen skal innramme behovet, og kartlegge både virksomhetsmessige og bygningsmessige løsninger. Dette skal munne ut i en samlet plan for virksomhetsutviklingen hvor investeringsplan inngår.



I neste fase – idéfase – skal ulike alternativer identifiseres og sammenlignes. Her skal ulike alternativer inngå i en bred vurdering. I konseptfasen snevres antallet alternativer inn, og det gjøres mer inngående vurderinger av de alternativene som ble identifisert som foretrukne i idéfase. Forprosjektfasen er igangsetting av konkret prosjektering av utbygging.

⁸ <https://docplayer.me/201062-ls-1369-tidligfaseplanlegging-i-sykehusprosjekter.html>

⁹ <http://sykehusbygg.no/revidert-tidligfaseveileder-er-ute/>

Har utredningsforløpet skjedd i tråd med veilederens bestemmelser?

Riksrevisjonen har ved flere anledninger gjennomgått utredninger av sykehusutbygginger. I dokument 3:11¹⁰ fant Riksrevisjonen at

- Undersøkelsen viser at det faktiske valget av utbyggingsalternativ i stor grad skjer før utredningene og analysene av de alternative løsningsforslagene i konseptfasen foreligger. I noen tilfeller foretas valget før idéfasen, hvor løsningsalternativene skal identifiseres.
- Betydelige svakheter i de driftsøkonomiske analysene som ligger til grunn for de foretrukne investeringsalternativene
- Ingen av rapportene inneholder risikovurderinger

Utredningsforløpet i Oslo Universitetssykehus avviker fra veilederens bestemmelser på flere punkter. Det mest sentrale avviket er at sykehuset har ikke utarbeidet en utviklingsplan før idéfasen. I Helsedirektoratets veileder er utviklingsplanen oppstilt som et absolutt krav (side 10) *Alle tiltak som ønskes gjennomført skal være tilstrekkelig forankret i en overordnet plan for helseforetaket, og planlegging av et konkret tiltak kan ikke startes før det foreligger en slik plan, her kalt "en utviklingsplan". En utviklingsplan er en operasjonalisering av overordnede planer og strategier og skal gi et fremtidsbilde av helseforetakets planer for virksomhetsmessig og bygningsmessig utvikling*

I utviklingsplanen skal det kartlegges hvilke oppgaver sykehuset skal håndtere, og det skal gjennomføres vurderinger av virksomhetsløsninger. Utviklingsplanen skal avklare bygningsmessige behov (og tomte-behov). Fordi sykehuset ikke gjennomførte dette grunnlagsarbeidet var det en rekke forhold som var uavklart i idéfasen. Blant annet ble opptaksområdet vesentlig utvidet – fra 6 til 9 bydeler – etter at idéfasen var ferdigstilt. Ulike virksomhetsløsninger var ikke vurdert og sammenlignet. Vurdering av virksomhetsløsningene ble igangsatt – som en tilleggsutredning – etter at både idéfase og konseptfaserapporten var ferdigstilt. Det foreligger kun beskrivelse av virksomhetsinnretning for deler av virksomheten.

Det har ikke vært avklart hvilken økonomisk planleggingsramme sykehuset har lagt til grunn for utredningen. I rapporten Framtidens OUS, Idéfase. Konkretisering etter høring (desember 2015) side 69 og 71 gis det en beskrivelse av rammene i første etappe: *HSØ har signalisert et omfang på i størrelsesorden rundt 10 milliarder kroner i en første etappe som kan ha byggstart 2019/2020*. I konseptfaserapporten skisseres investeringskostnadene i første etappe til nærmere 30 milliarder. Beløpet er senere oppjustert.

Nullalternativet er ikke utarbeidet i tråd med Finansdepartementets veileder.¹¹ Det er ikke beregnet sammenlignbare restverdier, og nullalternativet er ikke optimalisert i forhold til

¹⁰ <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Dokumentserien/2010-2011/dok3-201011/dok3-201011-011/>

¹¹ <https://www.ntnu.no/documents/1261860271/1263838555/Veileder%20nr%208%20Nullalternativet.pdf>



prosjektets målsetting. Blant annet har en valgt å oppgradere gammel og uhensiktsmessig bygningsmasse til samme kostnad som nybygg ville innebære.

Utredningsforløpet indikerer ellers at sykehusets ledelse under Erikstein på et tidlig tidspunkt har hatt fraflytting og nedleggelse av Ullevål som siktemål. Utover Eriksteins uttalelser til Dagens Medisin er det flere forhold som understøtter en slik vurdering:

- I sykehusets første idefaserapport (3) ble to alternativer vurdert å være bærekraftige, samling på Gaustad (med Ringveien i tunnel) og samling på Ullevål. Da det første alternativet viste seg ikke å være gjennomførbart gikk ikke ledelsen videre med Ullevål-alternativet som ble vurdert å være nest best, men lanserte i stedet et helt nytt forslag, nedleggelse av Ullevål med fordeling av aktiviteten til Aker og Gaustad.
- Da ledelsen presenterte denne planen for styret vedtok styret at ledelsen også skulle utrede en løsning med et nytt sykehus på Aker kombinert med fortsatt drift på Gaustad og Ullevål (6). Ledelsen etterkom ikke styrevedtaket. I den påfølgende rapporten (5) argumenteres det med at et befolkningsunderlag på seks bydeler fordelt på to sykehus (Aker og Ullevål) ville gi dårlig faglige løsninger. Ledelsen deltok samtidig i et arbeide med siktemål å tilbakeføre Stovner, Alna og Grorud fra Akershus universitetssykehus. Kort tid etter at rapporten ble fremlagt framkom det at Oslo universitetssykehus skulle ha ansvar for 9 bydeler.
- Opak og Metier gjennomførte en kvalitetssikring av sykehusets idéfase.¹² I rapporten pekes det på flere kritiske forhold, og kvalitetssikrer anbefaler at sykehuset ikke innsnevrer antallet alternativ, men tvert imot utvider antallet: *Ut fra risikoen som er avdekket i alternativ 3, Delvis samling på Gaustad, kan ikke OPAK og Metier se at det er grunnlag for å redusere antall alternativer nå slik som prosjektet anbefaler. Det er heller et spørsmål om versjoner av alternativene bør økes, eventuelt nye alternativer bør utredes.* Ledelsen i sykehuset etterkom ikke tilrådingen.

I den påfølgende konseptfaserapporten ble derfor kun ett konsept vurdert, og sammenlignet med et mangelfullt null-alternativ. Det ble gjort framskrivninger av aktivitetsnivå basert på Sykehusbygg sin framskrivningsmodell. Aktiviteten som i dag håndteres ved Rikshospitalet ble imidlertid ikke fremskrevet, og det ble heller ikke plass til bydelene Stovner og Grorud i en første etappe. Det ble skissert at ulike fagområder skulle ligge igjen på Ullevål etter første etappe; kreft, barnemedisin, øyemedisin, fødselshjelp og laboratoriefag. I senere tilleggsutredninger er dette foreslått endret for enkelte fagområder, men det er uklart i hvilken grad dette er hensyntatt i arealberegninger og investeringskalkyler. Det ble gjennomført kvalitetssikring av konseptfasen av PwC. De anførte at det ikke var mulig å etterprøve beregningene for gevinstrealisering. Deres konklusjon var at tilstrekkelig antall alternativ var utredet.. Vi ønsker å påpeke at PwC er revisor for foretaksgruppen, og Helse Sør-Øst er derfor

¹² <https://oslo-universitetssykehus.no/Documents/OPAK-Metier%20kvalitetsikring%20av%20idéfasen%2020161102.pdf>



en stor kunde av firmaet. Det er prinsipielt uheldig at revisor brukes til å være en uavhengig kvalitetssikrer.

Tomter og regulering

Dagens reguleringsplan for Gaustad-området begrenser utbyggingsmulighetene til ca. 20 000 m². Utbyggingsforslaget er derfor avhengig av en omfattende omregulering. Planforslaget fra Helse Sør-Øst omfatter omregulering av ca. 50 dekar, hvorav 45 dekar er park regulert til bevaring, turvei og fredete biotoper. Enhver omregulering vil være ødeleggende for bevaringen av Gaustad sykehus, et av våre viktigste kulturminner. Alle planforslagene har møtt sterk kritikk, Byantikvaren og Riksantikvaren har varslet «innsigelse» og omreguleringen er i følge Plan- og bygningsetaten forbundet med «svært stor risiko». Uansett utfall av reguleringsaken, vil saksbehandlingen ta flere år. En eventuell gjennomskjæring ved statlig regulering kan bli komplisert da politisk tunge kommunale og statlige interesser kommer i spill.

Ullevål

Eiendommen Ullevål sykehus er på omlag 300 dekar, hvorav 250 dekar er uten bevaringsrestriksjoner. Ullevål er fortsatt regulert for sykehus. Bygningsloven krever reguleringsplan ved større utbygging, dette tar 2-3 år. Fremdriften vil uansett bli raskere enn på Gaustad fordi resultatet av reguleringen vil være forutsigbar slik at detaljplanleggingen kan gå parallelt.

Aker

Oslo universitetssykehus disponerer sammen med Statsbygg og Oslo kommune en tomt på ca. 100 dekar inkludert Legevakten. Da er gårdsbebyggelsen i nord fratrukket. Pga. flere fredete bygninger og et ønske om å beholde deler av dagens sykehuskompleks for kommunehelsetjenesten, blir bare den søndre delen av tomten disponibel. Ved omregulering (2-3 år også her) for opp mot 180 000 m², blir arealet for lite og adkomstforholdene dårlige. Dette kan bare avhjelpest ved å kjøpe det private tomtearealet i krysset Sinsenveien/Ring 3. Denne eiendommen er på omlag 30 dekar og vil lette tomtesituasjonen og gi brukbar kjøreadkomst til området – se konseptfaseutredningen (7).

Tomtenes utviklingsmuligheter

I 2035 er det sannsynlig at Oslo universitetssykehus bør ha et samlet bygningsareal på minst 650 000 m² moderne bygninger. Fordeles dette på Radiumhospitalet, Gaustad og Aker er kapasiteten omlag 100 000, 420 000 og 200 000, dvs. at reserven er omlag 70 000 m².

Gaustad

Dersom omregulering av Gaustad-området blir avvist, er utbyggingskapasiteten rundt 20 000 m² ved påbygg i kjerneområdet av RH og tilbygg til A-avsnittet.

Dersom Helse Sør-Øst får gjennomslag for ønsket omregulering, vil det være mulig å bygge ut sykehuset på Gaustad med opptil 200 000 m². Dette arealet er i overkant av hva det er søkt om i planforslaget (160 000 m²), men utilstrekkelig dersom regionfunksjonene skal samles og



beholde dagens kapasitet og kompetanse. Dersom anlegget på Gaustad skal bygges ut etter 2040, må Rikshospitalet rives, men sammen med et Aker som også vil ha begrenset kapasitet, er det vanskelig å se at dette kan gjennomføres bygningsmessig uten reservearealer.

Ullevål

Ullevåltomten kan bygges ut med 500 - 700 000 m² i tillegg til dagens ca. 100 000 m² moderne bygninger. Spriket forklares med type bygningsstruktur, rasjonell byggehøyde er f.eks. betydelig lavere for psykiatri enn for somatikk osv. Ullevåls flate terreng, gode form, betydelige størrelse og beliggenhet vil tillate høy utnyttelse uten å skape konflikter overfor nabolag og byen forøvrig.

Aker

Den store utbyggingen av Aker skissert i konseptfaserapporten med lokalsykehus for 6 bydeler, psykiatri for 9 og betydelige regionfunksjoner som det ikke er plass til på Gaustad, tilsier at det må kjøpes tilleggsareal (stipulert til 2 milliarder kr). Dette skyldes ut over tomtekapasiteten, at Aker bare har to mulige adkomster pga. topografien og Sinsenveiens status som boligvei. Adkomsten fra Trondheimsveien i nord ved Rondellen kan ikke betjene det søndre området på en god måte, de store nivåforskjellene hindrer annen adkomst fra Trondheimsveien. Krysset Sinsenveien/Ring 3 er eneste mulighet.

Dersom ikke sykehuset reduseres betydelig i størrelse slik at det kan innpasses lenger nord på tomten, nærmere dagens hoved-adkomst, vil Oslo universitetssykehus måtte utvide tomtearealet gjennom oppkjøp av nabotomtene ned mot Ring 3.

Dialogen med Plan- og bygningsetaten i Oslo kommune har vært preget av stor avstand mellom tiltakshavers forslag til planprogram og Oslo kommunes forslag. Plan og bygningsetaten har oppsummert risiko i tiltakshavers forslag 28.11.18.¹³ For det mest aktuelle alternativet «Kam» beskriver Plan- og bygningsetaten reguleringsrisikoen som «svært høy» for det planlagte byggeområdet. Risikovurderingen er delt inn i fem områder. Risiko beskrives også som «svært høy» for de planlagte høydene, og «svært høy» for bevaringshensyn. Risiko beskrives som «høy» for landskap og blågrønn struktur, samt «høy» for byrom og bymessig sammenheng.

Oppsummering om tomtene

Dersom Gaustad/Aker velges, vil det ikke være mulig å samle aktiviteten som i dag er knyttet til regionfunksjonene på Ullevål og Rikshospitalet. All tomtekapasitet være utnyttet rundt 2040, om 20 år. Reguleringsrisikoen i dette alternativet er svært høy.

Velges modellen Ullevål/Aker sammen med Rikshospitalet som et elektivt, regionalt og landsdekkende sykehus frem til bygningsmassen er utdatert etter 2040, vil vi ha følgende situasjon i 2035:

¹³ <https://www.helse-sorost.no/Documents/Styret/Styremøter/2018/20181213/115-2018%20Vedlegg%204%20Brev%20fra%20PBE%20Overordnet%20vurdering%20av%20reguleringsrisiko%20-%20Gaustad.pdf>



Ullevål med 5 bydeler somatikk og psykiatri samt regionfunksjoner	250 000 m ²
Rikshospitalet, elektivt uten bydeler	220 000 m ²
Aker 4 bydeler og psykiatri	80 000 m ²
Radiumhospitalet, spesialsykehus kreft	100 000 m ²

Aktiviteten ved Rikshospitalet flyttes til Ullevål når det må erstattes etter 2040, dvs. ytterligere 200 000 m² på Ullevål.

Aker vil ha utbyggingspotensial mot sydvest og ved renovering av sentralkomplekset, ca 100 000 m², avhengig av funksjoner.

Kapasitet

Etter ferdigstillelse av idéfasearbeidet ble det fastsatt at Oslo universitetssykehus skulle dimensjoneres for å ta ansvar også for bydelene Alna, Stovner og Grorud, som i dag tilhører Akershus universitetssykehus. I konseptfaserapporten er kun første etappe av utbyggingen detaljert, og Alna er planlagt overført i første etappe. Ulike tidspunkt for overføringen har vært fremsatt. I de siste anslagene omkring 2031-32. Tidspunkt for andre etappe er også uavklart, og det er sannsynlig at en eventuell andre etappe vil kunne slutføres først etter 2035.

Akershus universitetssykehus ble dimensjonert for et opptaksområde på 350 000 innbyggere. I dag sogner mer enn 500 000 innbyggere til sykehuset. Sykehuset har 1,3 senger per 1000 innbyggere i opptaksområdet, mot et landsgjennomsnitt på 2,0. Grunnet kapasitetsmangel ble det i 2013 inngått en avlastningsavtale med de private ideelle sykehusene i Oslo. De avlaster Akershus universitetssykehus ved å ta et definert antall innleggelser i døgnet. Pasient-volumet tilsvarer om lag en av Oslos bydeler. Akershus universitetssykehus forventer en betydelig demografisk betinget oppgavevekst de nærmeste årene. Hvis forbruket av helsetjenester forblir uendret, vil behovet for liggedøgn i sykehuset øke med 49 % fra 2017 til 2035.¹⁴ Akershus universitetssykehus vil utvikle et betydelig underskudd på senger og annen kapasitet i løpet av planperioden.

Veksten i Oslo og Vestre Viken sykehusområde vil være noe mindre enn veksten i Akershus, mens veksten i Østfold sykehusområde er beregnet til å være noe høyere. Alle Oslos tilgrensende sykehusområder har lav kapasitet i dag, kombinert med at de forventer en særlig høy behovsvekst de kommende årene. De fremlagte planene for utvikling av Oslo-sykehusene vil ikke være tilstrekkelig til å håndtere oppgaveveksten ifølge eksterne kvalitetssikrer Opak og Metier (12).

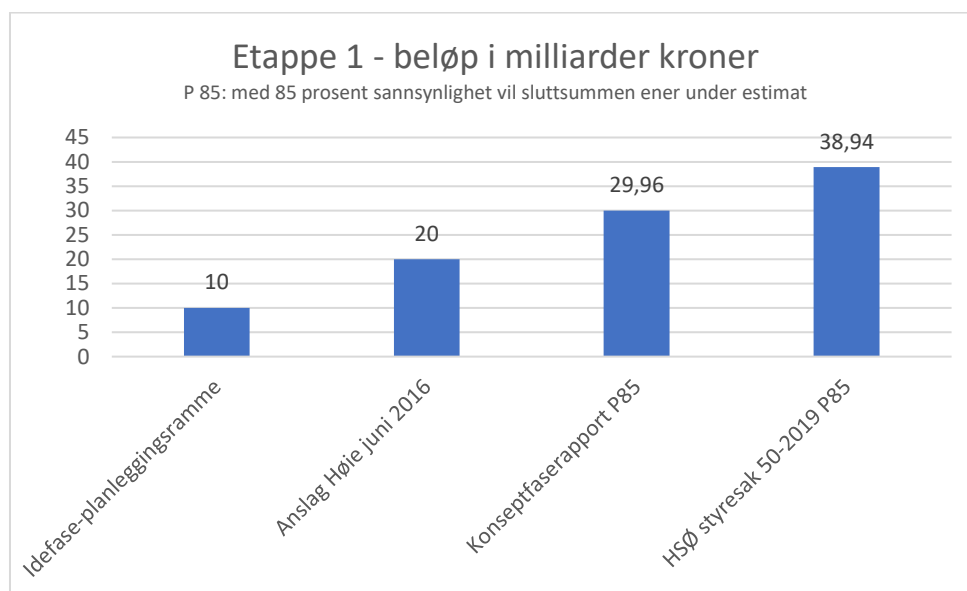
¹⁴ <https://www.helse-sorost.no/Documents/Styret/Styremøter/2018/20181213/114-2018%20Vedlegg%20-%20Regional%20utviklingsplan%202035.pdf>

Tabell 9 side 59



Økonomi

I Arealutviklingsplan 2025 stipulerte Siri Hatlen investeringskostnadene i det foretrukne utbyggingsalternativet til 16,7 milliarder (¹⁵ side 167). Hatlen fratrådte etter at styret ikke aksepterte hennes forslag til økonomisk langtidsplan.¹⁶ Helse Sør-Øst har i etterkant vedtatt at større utbyggingsprosjekt skal skje i trinnvise prosesser. Planleggingsrammen i det påfølgende utredningsforløpet har ikke vært tydelig kommunisert. I den siste idefaserapporten anføres det at Helse Sør-Øst har gitt Oslo universitetssykehus 10 milliarder i planleggingsramme for første etappe (referanse 5 side 69). Da helseministeren i foretaksmøte juni 2016 vedtok målbildet med utbygging på Aker og Gaustad ble investeringene i første etappe stipulert til 20 milliarder kroner.¹⁷ I sykehusets konseptfaserapport (referanse 7) ble første etappe anslått til 29,96 milliarder (P85). I det siste framlegget til styret i Helse Sør Øst er første etappe beregnet til 38,937 milliarder (P85).¹⁸ Kostnadsveksten er dekket inn ved oppjustering av forventet aktivitetsvekst.



Annen etappe, som skal gi plass til bydel Stovner og Grorud, samt slutføre samling på Gaustad er ikke utredet i de fremlagte rapportene, og de økonomiske anslagene må betraktes som usikre. I konseptfaserapporten er ikke etappe 2 beskrevet. I Oslo Universitetssykehus

¹⁵ <https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/Aker-Gaustad-byggeprosjekter/Documents/2011%20Arealutviklingsplan%202025.pdf>

¹⁶ <https://www.aftenposten.no/norge/i/pL7qo/Siri-Hatlen-trekker-seg-som-sykehusdirektor>

¹⁷ <http://www.bygg.no/article/1280194>

¹⁸ Se side 36 <https://www.helse-sorost.no/Documents/Styret/Styremoter/2019/20190620/050-2019%20OUS%20-%20Oppfølging%20av%20konseptfase%20Aker%20og%20Gaustad.pdf>



Økonomisk langtidsplan 2019-2062 er kostnaden til etappe 2 beregnet til 13,1 milliarder (p50).¹⁹

Investeringene i første etappe skal finansieres ved

- effektivisering i forkant av innflytting
- driftseffektivisering i nye bygg

Det er ikke gjennomført risikovurdering av driftseffektivisering i forkant av innflytting. Risikovurderingen av effektiviseringen knyttet til nye bygg er delt opp i ni risiko-områder. Risiko er kategorisert som «moderat» for fire områder, «høy» for to områder, og «svært høy» for tre områder. Det er ikke gjort sammenstilling av aggregert risiko (referanse 19 side 22-23).

Gevinstestimatene er basert på innspill fra de enkelte klinikkene.²⁰ Fordi de ikke har konkrete virksomhetsplaner som underlag, og driftskonseptet ikke var avklart ved tidspunkt for beregning (side 11), er de basert på skjønnsmessige anslag. Gevinstberegningene baseres på en sammenlikning mellom nullalternativet – hvor dagens drift videreføres uten effektiviseringstiltak – og utbyggingsalternativet, hvor det legges inn en rekke effektiviseringstiltak. Klinikkerne har blitt bedt om å ta utgangspunkt i en optimal driftssituasjon med nærhet mellom de areal og støttefunksjoner som den enkelte virksomhet har behov for. Klinikkerne har identifisert en rekke ulike forhold som kan gi driftseffektivisering; ny teknologi, kortere avstander mellom tilhørende enheter, selvinsjekk på poliklinikk, 12 timers vakter for pleiepersonell, doble poliklinikkrom for legene, overgang fra døgn til dag mm. En rekke av forutsetningene som legges til grunn for gevinstanslagene er neppe gjennomførbare eller planlagt i løsningen, og en rekke forutsetninger (som døgn til dag, selvinsjekk mv) er allerede lagt inn som forutsetning i datagrunnlaget som er levert av Sykehusbygg HF. Det er derfor sannsynlig at en relativt stor andel av gevinstestimatet baseres på effekter som bokføres to ganger. Se ellers risikovurderingen i referanse 19. Helse Sør-Øst har gjennomført analyser av bærekraft knyttet til endrede forutsetninger i prosjektet. Prosjektet vil ikke være bærekraftig hvis gevinstene viser seg å være lavere enn 86 prosent av estimert.

Det har vært framholdt at sammenlikning mellom kostnadsnivået ved Helse Bergen og Oslo universitetssykehus gir grunnlag for å forvente rasjonaliseringsgevinster ved endring av sykehusstrukturen i Oslo. Akademikernes konserntillitsvalgt i Helse Sør-Øst gav et skriftlig innspill til Helse- og omsorgskomiteen som omhandler denne problemstillingen, vedlagt under.

¹⁹ <https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/styremoter-i-ous/Documents/Styremøte%202018-12-06/Styremøte%202018-12-06%20Styresak%202018-77-04%20ØLP%202019-2062%20Konseptfase%20Aker-%20Gaustad.pdf>

²⁰ https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/styremoter-i-ous/Documents/Styremøte%202018-12-06/Styremøte%202018-12-06%20Styresak%202018-77-05%20vedlegg%201_2_3%20ØLP%202019-2062_Konseptfase%20Aker%20Gaustad.pdf



Notat om sammenligning mellom Oslo universitetssykehus og Helse Bergen

Høring Helse- og omsorgskomiteen 5. Mars 2019 innspill fra Grimsgaard, konserntillitsvalgt for Akademikerne i Helse Sør-Øst

- Oslo universitetssykehus kan ikke uten videre sammenlignes med øvrige regionsykehus. OUS er vesentlig større, og har mye mer elektiv (planlagt) aktivitet enn de andre sykehusene. Sykehuset har også andre oppgaver og står for halvparten av landets medisinske forskning. Sammenligning mellom ulike Hf er også beheftet med usikkerhet.
- Ved inngangen til fusjonen i 2008 var produktiviteten ved Ullevål og Rikshospitalet sammenliknbar med Bergen.²¹ I årene etter fusjonen har Bergen hatt en bedre produktivitetsutvikling enn OUS.
- Gapet mellom Bergen og OUS kan altså ikke tilskrives struktur, men ulik utvikling i produktivitet etter 2008.
- OUS har ikke reell stedlig ledelse på de store driftsenhetene i motsetning til Haukeland. OUS er organisert med mellom 1100 og 1150 enheter i en pyramidestruktur under direktørens ledelse. Organiseringen vanskeliggjør driftsoptimalisering og effektivisering.
- Produktiviteten i OUS falt etter fusjonen, for senere å ta seg noe opp igjen. Det siste året har produktiviteten igjen falt. At overskuddet likevel øker skyldes endringer i inntektsfordelingen bestemt av Helse Sør-Øst.
- I årene fra 2013 til 2017 økte produktiviteten i OUS samlet med en prosent, som landsgjennomsnittet.²² I 2018 falt imidlertid produktiviteten fra 1,27 DRG /månedsværk til 1,25.
- I Helse Sør-Øst sin økonomiske langtidsplan legges det opp til en årlig produktivitsvekst på nær 2 prosent hvert år i de kommende årene.²³ I forhold til landsgjennomsnittet på 1 prosent fra 2013-2017 (0,25 % årlig) er den planlagte veksten så stor at det må reises betydelig tvil om hvorvidt dette vil la seg gjennomføre.
- Hvis utviklingen i stedet blir om lag som de foregående årene vil Helse Sør-Øst havne i store likviditetsproblemer.
- OUS drives i dag ved to hovedlokalisasjoner; Gaustad og Ullevål. I den foreslåtte løsningen vil driften flyttes til to nye, Gaustad og Aker. Det er ingen grunn til å anta at en slik løsning vil gi økonomisk gevinst eller redusert antall vaktlinjer.
- OUS har i dag 170 vaktlinjer. Et optimistisk anslag på bortfall av 30 vaktlinjer i en ny løsning innebærer ikke mer enn 100 millioner i årlig driftsgevinst, langt unna de forespeilede gevinstforutsetningene på halvannen til to milliarder årlig.
- Driftsgevinstene er basert på løse anslag i et beste-fall-scenario, uten at det foreligger en virksomhetsplan. Usikkerheten i et slikt anslag er betydelig, og kostnadene kan like gjerne øke som reduseres i en ny løsning.

²¹<https://www.med.uio.no/helsam/forskning/nettverk/hero/publikasjoner/skriftserie/2016/2016-7.pdf> side 51-52

²²<https://helsedirektoratet.no/Documents/Statistikk%20og%20analyse/Samdata/2018%20Analysenotat%20produktivitet%20somatikk.pdf>

²³ <https://www.helse-sorost.no/Documents/Styret/Styremøter/2018/20180614/052-2018%20Vedlegg%20-%20Økonomisk%20langtidsplan%202019-2022%20Plandokument.pdf>

side 10



- Å igangsette et prosjekt med sluttsum på nær 50 milliarder basert på disse forutsetningene vil innebære en betydelig risiko for sviktende investeringsevne og mulighet for å ivareta oppdraget.
- Den eksterne kvalitetssikreren Opak Metier anbefalte å vurdere andre alternativer enn Gaustad /Aker alternativet.²⁴
- Etter mitt syn bør en vurdere å se på bruk av Ullevål i kombinasjon med å etablere et lokalsykehus for Groruddalens fire bydeler på Aker.
- På Ullevål bør det vurderes å sette opp et nytt klinikkbygg, i tråd med Siri Hatlens tilrådninger, som også kan gi plass til å samle aktiviteten som på kort sikt bør samles mellom Rikshospitalet og Ullevål. Bygningene på Rikshospitalet kan nyttiggjøres til elektive (planlagte) behandlingslinjer i byggenes tekniske levetid – fram til 2040-2045. Skjermet drift av planlagt kirurgi er en effektiv måte å organisere behandling i sykehus.
2526
- Befolkningsveksten i Oslo og Akershus gjør at kapasitetsutvidelse med bygging av Aker haster. Den årlige tilveksten i disse to fylkene har ligget i underkant av 20 000 årlig, og er ventet å fortsette.²⁷ Fra Aker sykehus ble nedlagt i 2010 til et eventuelt nytt Aker kan stå ferdig i 2030 har altså befolkningsgrunnlaget i fylkene økt med mer enn 300 000 innbyggere, mer enn hele Bergen.
- En løsning med lokalsykehus på Aker kombinert med gradvis utvikling av Ullevål vil trolig kreve mindre investeringer på kort og mellomlang sikt, og inneha nødvendig fleksibilitet for framtidige justeringer og utvidelser.
- Det er særdeles svakt belegg for å hevde at store enheter gir driftsbesparelser av betydning. Tvert imot er det påvist høyere kostnader i sykehus med mer enn 600 senger.²⁸ I Norge er Vestre Viken landets mest effektive helseforetak. Det består av to små og to mellomstore sykehus, med akuttmottak og vaktberedskap i alle enheter. Det er altså ikke en målsetning å ha få og store enheter.
- Stortinget bør være kjent med den betydelige risikoen som ligger i dagens løsningsforslag, risiko for svekkede faglige sammenhenger, for manglende ivaretagelse av kapasitet, og økonomisk risiko, med sannsynlig behov for tilleggsbevilgninger til regionen. Andre alternativer bør vurderes.

²⁴https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEWiSwZ_1p-ngAhU6wsQBHTIIDCYQFjAAegQIABAC&url=https%3A%2F%2Foslo-universitetssykehus.no%2FDocuments%2FOPAK-Metier%2520kvalitetsikring%2520av%2520id%25C3%25A9fasen%252020161102.pdf&usg=AOvVaw2BGpyKZ9QpYtEbmrSF0HN2 side 3

²⁵https://www.researchgate.net/profile/Lars_Kjekshus/publication/7658798_Ring_fencing_of_elective_surgery_Does_it_affect_hospital_efficiency/links/09e4150bd206a9e205000000/Ring-fencing-of-elective-surgery-Does-it-affect-hospital-efficiency.pdf?origin=publication_detail

²⁶ <http://faculty.london.edu/nsavva/ScaleAndScope.pdf>

²⁷<https://www.akershus.no/file/38b0a9f74a36383b1b280b5f6d9b9a19/Akershusstatistikk+5+2018+Befolkningsprognoser+for+Akershus+2018-2035.pdf>

²⁸ <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0174533>

