



SYKEHUSUTBYGGINGER I OSLO

– Konsekvenser for innbyggerne og kommunens helse-, pleie og omsorgstjenester

Forfattere: Bjarne Jensen og Lars Nestaas



Kommunekonsult



SYKEHUSUTBYGGINGER I OSLO

– Konsekvenser for innbyggerne og kommunens
helse-, pleie og omsorgstjenester

Forfattere: Bjarne Jensen og Lars Nestaas

Rapport nr. 1, 2021



Kommunekonsult



Rapport nr. 1, 2021

Forfattere: Bjarne Jensen og Lars Nestaas

Layout, design: Ragnhild Løvvold

Trykk: Fagforbundet Grafisk Senter

Opplag: 100

FORORD

Kommunekonsult AS tilbyr kommuner, fylkeskommuner, kommunale virksomheter, statlige foretak, fagforeninger, fagforbund og organisasjoner rådgivning knyttet til deres arbeid med utvikling, omstilling, effektivisering og gjennomføring av sin virksomhet. Selskapet skal gjennom sitt arbeid bidra til en veldrevet og økonomisk solid offentlig sektor. Effektiv og forsvarlig bruk av samfunnets fellesressurser og under god og åpen demokratisk styring er et viktig fokusområde for selskapet.

De oppdrag som Kommunekonsult AS gjennomfører skal ha et klart utredningspreg og hvor produktene i hovedsak er rapporter og notater med vekt på dokumentasjon og med mulighet for etterprøvbarehet.

Selskapet utarbeidet i 2020 rapport om samfunnsøkonomiske forhold knyttet til utbygging og lokalisering av sykehus for Nordmøre og Romsdal. Også herværende rapport om virkninger for innbyggernes tilbud av sykehustjenester og kommunale tjenester (helse-, pleie- og omsorgstjenester) av to alternativer for utbygging av Oslo universitetssykehus (OUS) passer godt inn i selskapets profil og kompetanse.

Rapporten er utarbeidet på oppdrag fra Oslo Senterpartis bystyregruppe. Beskrivelser, analyser og konklusjoner står fullt ut for Kommunekonsult AS sin regning.

Selskapet håper vi med denne rapporten kan bidra til en opplyst diskusjon om sykehusene i Oslo og med mulig overføringsverdi til liknende saker andre steder i landet.

Oslo, april 2021
Gunnar Gussgard
Daglig leder
Kommunekonsult AS

SAMMENDRAG

Problemstilling

Problemstillingen i denne rapporten er å belyse virkninger for innbyggernes tilbud av sykehus-tjenester og kommunale helsetjenester knyttet til Helse Sør-Østs (HSØ) planer for utbygging av Oslo Universitetssykehus, kalt Alt. 1 (Aker/Gaustad).

Gjennomgang av kapasiteten i prosjektet viser at det med overveiende sannsynlighet vil oppstå en underdekning av sykehustjenester i Oslo.

I rapporten sammenlignes konsekvensene for Oslo kommune av dette prosjektet med en annen utbyggingsmulighet kalt Alt. 2 (Aker/ Ullevål) også kjent som Parksykehuset.

Alt 1 (Aker/Gaustad) innebærer at deler av Rikshospitalet bygges om, store nye sykehusbygg tett opptil Rikshospitalet og bygging av et stort nytt sykehus på Aker. I alternativet legges Ullevål sykehus ned og Ullevål selges til eien-domsutviklere.

Alt 2 (Aker/Ullevål) er å beholde og bygge ut Ullevål kombinert med å bygge ut Aker som lokalsykehus for bydelene Bjerke, Alna, Stovner og Grorud. Dagens Rikshospital beholdes som i dag.

I begge alternativer er det forutsatt samme utbygging på Radiumhospitalet og nytt regionalt sikkerhetssenter på Ila.

Behov for sykehustjenester og kommunale tjenester i Oslo

På grunn av befolkningsutviklingen i Oslo og særlig den sterke veksten i antall innbyggere over 70 år, vil behovet for helse- og omsorgstjenester øke kraftig både i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Skal dagens nivå på kommunale tjenester opprettholdes vil behovet

frem mot 2035 øke med omtrent 85 prosent, frem mot 2050 vil det øke med 185 prosent. Dette er før overføring av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunen.

I OUS' utviklingsplan fram til 2035 anslås behovet for liggedøgn i sykehusene å øke med 42 prosent fem mot 2035. Men kapasitetsberegningene for de nye byggene forutsetter at en vesentlig del av denne økning kan ivaretas ved at flere får dekket sine behov fra kommunens tjenester. Videre planlegges det med omfattende effektivisering i sykehusene. OUS har forutsatt å klare seg med en relativ liten økning av kapasiteten.

Oslo kommune har påpekt at behovene for sykehustjenester til innbyggerne undervurderes vesentlig i de planer OUS bygger på. Kommunen har også uttalt at den ikke har vært tatt med på råd i forbindelse med planene.

Investeringskostnader og virkninger på sykehustjenestene

Investeringskostnadene i alt 1 (Aker/Gaustad) er av OUS anslått til 52 milliarder kroner. Alt 2 (Aker/Ullevål) basert på samme prisnivå på byggekostnadene vil koste 32 milliarder kroner.

Hovedårsaken til at investeringskostnadene er 20 milliarder kroner lavere i Aker/Ullevål-alternativet enn i Aker/Gaustad-alternativet er:

- I Aker/Gaustad må over 110 000 m² vel fungerende sykehusbygninger på Ullevål gjenanskaffes (siste bygg er fra 2014) - merkostnad over 11 milliarder kroner.
- Aker må bygges vesentlig større og det må kjøpes tilleggstomter rundt Aker - merkostnader 8 milliarder kroner. Velfungerende areal ved Universitetets anlegg på Gaustad og deler av Rikshospitalet rives.

OUS må dekke kapitalkostnadene av sine løpende inntekter etter at de nye sykehusbyggene tas i drift. 20 milliarder høyere investeringer medfører årlige merutgifter på anslagsvis 1000 millioner kroner. Det betyr at den del av inntektene som kan benyttes til løpende sykehustjenester (personell, medisiner mv.) kan bli 1000 millioner kroner lavere. Det utgjør 125. 000 færre liggedøgn per år. Når de medisinske tilbudene reduseres, blir også de aktivitetsbaserte inntekter lavere. Derfor må kan vi forvente vesentlig lavere tilbud av sykehustjenester til innbyggerne i alternativ 1 enn med med alternativ 2.

Sykehuskapasiteten er større i Aker/Ullevål-alternativet enn i Gaustad/Aker-alternativet. Samlet er det på Ullevål over 300 000 m² bygningsmasse til sykehusformål. Bydelene Grorud, Stovner, Alna og Bjerke kan i Ullevål/ Aker-alternativet få sine lokalsykehustjenester fra nytt sykehus på Aker vesentlig tidligere. Det vil avlaste Akershus Universitetssykehus hvor sykehuskapasiteten allerede er sprengt. Aker/Ullevål-alternativet vil opprettholde dagens traumetilbud på Ullevål og gi åpenbare fordeler for psykiatritilbudene. Kapasitet ved kreftbehandling som er en av de diagnosegrupper som forventes å øke, blir større i Aker/ Ullevål-alternativet. Dagens store medisinske miljøer kan beholdes og utvikles i takt med medisinske muligheter. Rikshospitalet vil kunne drives videre uten de store forstyrrelser som stor utbygging vil medføre.

Tomteforhold og risiko i gjennomføring

Tomteforholdene for den store utbyggingen av OUS er klart best ved å bruke Ullevål. Det gjelder tomtearealene for nybyggene, adkomstforholdene til tomtene og muligheten til å få godkjent de nødvendige reguleringsplaner. Utbyggingen på Aker kan i Aker/Ullevål-

alternativet gjennomføres uten å kjøp av nye tomtearealer og å sanere boligmasse. Ullevål-tomten vil også ha kapasitet om det senere skulle bli aktuelt med videre utbygging av sykehus i Oslo, mens i Aker/Gaustad-alternativet vil alle arealmuligheter være brukt. De begrensede tomtemuligheter på Gaustad gir utbyggingen der større gjennomføringsrisiko. Omfattende riving av funksjonelle bygg i Alt. 1 vil i tillegg til økonomiske kostnader ha miljømessige kostnader som bør vurderes nærmere.

Konklusjon

Aker/Ullevål-alternativet gir vesentlig større sykehuskapasitet og større inntekter til å yte sykehustjenester til innbyggerne. Det kan gjennomføres raskere og med vesentlig lavere gjennomføringsrisiko enn Aker/Gaustad-alternativet. Redusert sykehuskapasitet i Aker/ Gaustad-alternativet vil øke presset mot kommunens helse-, pleie og omsorgstjenester, øke de kommunale kostnadene og en må forventet lavere tjenestekvalitet til innbyggerne i Oslo. Det gjelder både psykiatri og somatikk.

Om lag to tredjedeler av tjenestene i OUS er regionale, flerregionale og landsdekkende sykehustjenester. Derfor vil innbyggere i hele landet bli rammet av lavere kapasitet ved Aker/ Gaustad-alternativet. Den reduserte kapasiteten vil likevel mest sannsynlig ramme de lokale og regionale sykehustjenester til innbyggerne i Oslo og Helse Sør-Øst hardest.

Utbyggingsplanen for OUS i alternativet Aker/ Gaustad representerer et gigantisk eksperiment med sykehustjenestene for innbyggerne i Oslo og hele landet og kan skade noen av våre viktigste medisinske miljøer. Den vil også svekke den medisinske beredskap i Oslo og i hele landet.

INNHALD

FORORD	5
SAMMENDRAG	6
1. PROBLEMSTILLING	10
2. BEHOV FOR SYKEHUSTJENESTER OG KOMMUNALE HELSE – , PLEIE – OG OMSORGSTJENESTER I OSLO	13
3. NÆRMERE OM OUS OG UTVIKLINGEN AV HELSEFORETAKET	31
4. SAMMENLIGNING AV INVESTERINGSKOSTNADER, DRIFTSØKONOMI OG KAPASITET – AKER/GAUSTAD OG AKER/ULLEVÅL	39
5. BEHANDLINGSKVALITET VED ALTERNATIVENE	47
6. ANDRE VIKTIGE FORHOLD	51
7. HAR STYRING OG UTREDNING AV UTVIKLING AV OUS VÆRT FORSVARLIG?	55
8. OSLO KOMMUNES VURDERINGER OG BEHANDLING AV ALTERNATIVER FOR UTBYGGING AV OUS	57
9. OPPSUMMERING OG KONKLUSJON	58
VEDLEGG:	
OSLO KOMMUNES UTTALELSER OM PLANENE FOR NYE OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS	60
REFERANSER	88

➤ 1. PROBLEMSTILLING

Oslo har hatt en stor befolkningsvekst og det er forventet en sterk vekst i folketallet generelt og særlig i antall innbyggere over 70 år. Fra 2020 til 2050 forventes folketallet over 80 år alene å bli nesten tredoblet, og samtidig øke fra 3,1 prosent til 7,7 prosent av total befolkning. Dette innebærer sterk økning i behovene for helse- og omsorgstjenester både i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Samarbeid og samspill mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten for å løse oppgaveveksten som kommer, er avgjørende for hvor godt utfordringene med den sterke behovsveksten vil bli løst.

Oslo Universitetssykehus HF (OUS) og Helse Sør-Øst RHF (HSØ) planlegger en storstilt endring av sykehusstrukturen i Oslo. Planene vil få avgjørende betydning for helsetjenestene i Oslo. Planene er å legge ned Ullevål sykehus for å bygge nytt på Gaustad/Rikshospitalet og Aker. Disse planene har møtt kraftig motstand fra organisasjoner for de ansatte i OUS, innbyggere, naboer og fagetater i kommunen. Det er også stor politisk motstand. Flertallet i Oslo bystyre støtter ikke disse planene.

Motstanden er knyttet til en rekke forhold. Særlig er det bekymring for manglende kapasitet i løsningen, problemer knyttet til at tomtene er for trange og at splittingen av det store akutt-sykehuset på Ullevål mellom Aker og Gaustad vil svekke det helsefaglige tilbudet. Mange mener også at HSØs planer vil gi dårligere beredskap og svekke samfunnssikkerheten. Den store veksten i helse-, pleie- og omsorgsoppgaver som Oslo kommune og bydelene vil få de nærmeste tiårene vil kreve mye. Får en manglende

kapasitet på sykehusene i tillegg, vil det kunne bli vanskelig å ivareta befolkningens behov.

Pandemien har vist oss i hvor stor grad manglende kapasitet på sykehusene kan føre til negative konsekvenser for hele samfunnet. Bekymring for overbelastning av sykehusene førte våren 2020 til hard prioritering av hvilke pasienter som skulle få behandling på sykehusene for Covid 19. Den norske legeforening peker sin rapport fra april i år Covid 19 – underveisrapport på at: «Det har vært nødvendig med en rekke forskjellige prioriteringer gjennom pandemien, for eksempel hvem skal tilbys sykehusbehandling og eventuell intensivbehandling. Dette er prioritering sykehusene står i også til vanlig, men pandemien har gjort det nødvendig å innskjerpe prioriteringen ytterligere. Det er sannsynlig at sykehjemspasienter som vanligvis ville ha fått tilbud om innleggelse for influensa med komplikasjoner, ikke har fått dette tilbudet for covid-19»¹ Manglende kapasitet i spesialisthelsetjeneste, spesielt mangel på intensivsenger og fraværet av beredskapslagre, og reservekapasitet med mer har fått store konsekvenser for Oslo kommune og ført til høy belastning på fastleger, legevakt, helsehus og sykehjem. Med den sterke motstanden mot Aker/Gaustad-planene og nedleggelse av Ullevål er det naturlig å se nærmere på konsekvensene av HSØs planer for kommunen. Det finnes andre alternativer som det store flertallet av fagfolkene i OUS mener vil gi en bedre løsning.

Nye sykehusbygg for OUS har vært under planlegging siden 2010. Konsekvenser av planene for innbyggerne og for kommunen og kommune-

¹ Den norske legeforening, Covid 19 – underveisrapport, april 2021
www.legeforeningen.no/contentassets/b95b99be2d4947078b7b2e02427fb88d/legeforeningens-underveisrapport-om-covid-19.pdf

helsetjenesten har i liten grad vært en del av utredningene. Det har ikke blitt utredet hvilket utbyggingsalternativ for OUS som er best for innbyggerne og for Oslo kommune. HSØ har siden 2016 ikke utredet andre alternativer enn den såkalte Aker/Gaustad-løsningen. I 2018 utarbeidet en uavhengig ekspertgruppe et alternativ om å beholde og utvikle Ullevål sykehus som har fått navnet Parksykehuset Ullevål². Denne rapporten vil peke på viktige konsekvenser for kommunen og innbyggerne ved disse to alternativene.

Rapporten går først nærmere inn på behovene i kommunale tjenester som følge av befolkningsutviklingen. Videre ser vi på om utbyggingsalternativene for OUS vil gi kvalitative og kapasitetsmessige forskjeller i tjenestetilbudene for innbyggerne i Oslo. Konsekvenser av følgende alternativer vil bli vurdert og sammenlignet:

- Alternativ 1 Aker/Gaustad (Nye OUS). Dette alternativet konsentrerer utbygging ved Rikshospitalet på Gaustad og på Aker og forutsetter nedlegging og salg av Ullevål sykehus til eiendomsutviklere.
- Alternativ 2 Aker/Ullevål. Dette alternativet er basert på å beholde og utvikle Ullevål og bygge Parksykehuset på Ullevål samt å bygge nytt lokalsykehus på Aker for bydelene i Groruddalen. I dette alternativet beholdes Rikshospitalet og psykiatritilbudene på Gaustad, mens sykehusene på Ullevål og Aker bygges ut.

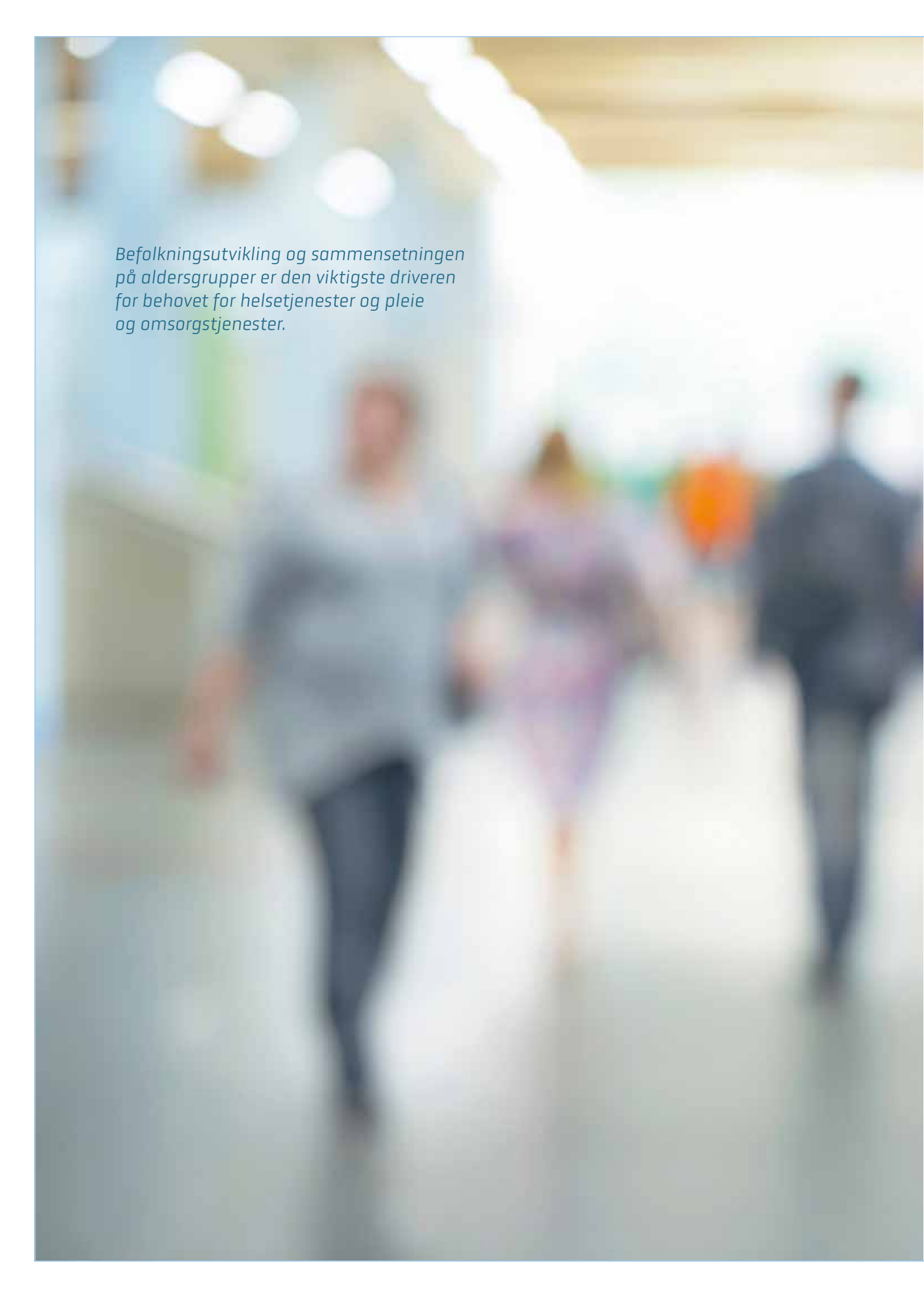
Utbygging og utvikling av Radiumhospitalet og regional sikkerhetsavdeling på Ila er de samme i begge alternativene.

Viktige elementer i denne utredningen blir:

- Behovet for tjenester fra Oslo kommunes tjenester og statens sykehus- og andre spesialisthelsetjenester
- Kapasitet og kvalitet på helsetjenestene for innbyggerne i de to alternativene.
- Konsekvenser for oppgaver/kapasiteter som må overføres fra sykehusene til kommunen innenfor både helsesektoren og pleie og omsorgssektoren.
- Overordnet beskrivelse av økonomiske virkninger for Oslo kommune og for helseforetaket og grovt skisserte virkninger for bydeler.
- Byplanmessige konsekvenser.
- Tidsplaner og risiko ved gjennomføring.

Utredningen har tatt utgangspunkt i materiale i form av offentlig tilgjengelige rapporter og utredninger, planer og langtidsbudsjetter, saksdokumenter og regnskapsopplysninger. Dette gjelder bl.a. utredninger om utbygginger av OUS, Oslo kommunes innspill til disse, befolkningsprognoser, kommunens planer for helsetjenestene og pleie- og omsorgstjenestene, kommunens arealplaner mv. De skisserte problemstillingene vil særlig vektlegge de langsiktige samfunnsøkonomiske konsekvensene og de bredere samfunnsmessige sammenhengene ved de ulike utbyggingsalternativene for OUS. Det gjelder både for somatikk og psykiatri.

² Parksykehusrapporten – Sykehus i Oslo. Et bærekraftig alternativ – fremtidsrettet, fleksibelt og grønt. www.legeforeningen.no/foreningsledd/lokal/oslo-legeforening/nyheter/2020/sykehus-i-oslo-et-barekraftig-alternativ-framtidsrettet-fleksibelt-og-gront/



Befolkningsutvikling og sammensetningen på aldersgrupper er den viktigste driveren for behovet for helsetjenester og pleie og omsorgstjenester.

➤ 2. BEHOV FOR SYKEHUSTJENESTER OG KOMMUNALE HELSE –, PLEIE OG OMSORGSTJENESTER I OSLO

Befolkningsutviklingen

Befolkningsutvikling og sammensetningen på aldersgrupper er den viktigste driveren for behovet for helsetjenester og pleie og omsorgstjenester.

I 2020 hadde Oslo en befolkning på 693 494. Av disse var omtrent 40 000 innbyggere mellom 70 og 79 år, 16 475 mellom 80 og 89 år, og 4 862 innbyggere var 90 år eller eldre (tabell 1). I hovedalternativet i SSBs befolkningsframskrivinger vil totalbefolkningen i Oslo øke med 15,4 prosent til 800 540 innbyggere frem til 2050. Samtidig vil antallet innbyggere mellom 70 og 79 år øke med 69,4 prosent til 67 759 personer, en økning på 27 764 personer. Antallet innbyggere 80 til 89 år og antallet 90 år eller eldre vil øke med henholdsvis 183 og 203 prosent. Dette innebærer at det vil være en økning på 30 219 personer til totalt 46 694 innbyggere mellom 80 og 89 år, og en økning på 9 886 personer til totalt 14 748 innbyggere 90 år eller eldre.

Hvis vi sammenlikner befolkningsframskrivningene for Oslo med landet som helhet (tabell 2)

ser vi at Oslo vil ha betydelig høyere prosentvis vekst i innbyggere mellom 70 og 79 år, og mellom 80 og 89 år. Oslo vil imidlertid ha en lavere vekst av befolkning på 90 år og eldre enn landet som helhet. Totalt sett vil befolkningsveksten være 3,6 prosentpoeng høyere i Oslo enn i landet som helhet.

Selv om aldersgruppene vil vokse over hele perioden, vil ikke veksten være jevn. Befolkningen 80- 89 år i Oslo vil ha høyest prosentvis og absolutt vekst fra 2020 til 2030 (figur 1) hvor den vil vokse med 70 prosent noe som tilsvarer i overkant av 11 500 personer. Etter det vil den vokse med omtrent 30 prosent både fra 2030 til 2040, og fra 2040 til 2050. Aldersgruppen 90 år og eldre på sin side vil vokse med 7 prosent frem til 2030 før den dobler seg fra omtrent 5 200 innbyggere til rundt 10 400 innbyggere fra 2030 til 2040. Fra 2040 til 2050 vil den prosentvise veksten avta til 42 prosent, noe som fortsatt er høyt. Aldergruppen, 70 til 79 år vokser noe jevnere enn de andre, med prosentvis vekst på 21 frem til 2030, 23 fra 2030 til 2040, og 14 prosent fra 2040 til 2050.

Tabell 1. Befolkning Oslo 2020 og framskrevet til årene 2030, 2040, og 2050 ved bruk av SSB hovedalternativ for befolkningsframskrivinger. Også Endring fra 2020 til 2050 i prosent og absolutt antall.

ALDER	2020	2030	2040	2050	ENDRING 2020- 2050	VEKST 2020- 2050
70- 79 ÅR	39 995	48 408	59 493	67 759	27 764	69,40 %
80- 89 ÅR	16 475	28 001	35 900	46 694	30 219	183,40 %
90 ÅR OG ELDRE	4 862	5 190	10 378	14 748	9 886	203,30 %
OSLO TOTALT	693 494	745 187	780 977	800 540	107 046	15,40 %

Tabell 2. Befolkning Oslo 2020 og framskrevet til årene 2030, 2040, og 2050 ved bruk av SSB hovedalternativ for befolkningsframskrivinger. Også endring fra 2020 til 2050 i prosent og absolutt antall.

ALDER	2020	2030	2040	2050	ENDRING 2020- 2050	VEKST 2020- 2050
70- 79 ÅR	435 834	516 010	604 592	620 346	184 512	42,3 %
80- 89 ÅR	185 480	306 023	383 090	476 067	290 587	156,7 %
90 ÅR OG ELDRE	45 230	55 715	108 786	150 634	105 404	233,0 %
NORGE TOTALT	5 367 580	5 629 226	5 856 848	6 001 759	634 179	11,8 %

Hvis vi går over til å se på de tre aldersgruppene som andel av total befolkning i Oslo (tabell 3), vil befolkningen 70 til 79 år øke med 2,7 prosentpoeng, fra 5,8 til 8,5 prosent av total befolkning, fra 2020 til 2050. I 2020 var 2,4 prosent av befolkningen i Oslo mellom 80 og 89 år, og denne aldersgruppen vil utgjøre 5,8 prosent av befolkningen i 2050. Tilsvarende tall for innbyggere 90 år eller eldre er 0,7 prosent i 2020 og 1,8 prosent i 2050. Totalt sett vil andelen av befolkningen som er 70 år og eldre i Oslo stige fra 8,8 prosent i 2020 til 16,1 prosent i 2050. Mens befolkningen 80 år eller eldre vil gå fra å utgjøre 3,1 prosent til 7,7 prosent av total befolkning i Oslo (figur 2).

Sammenlikner vi med hele landet (tabell 4) ser vi at andelene av total befolkning er lavere for alle de tre aldersgruppene i Oslo i 2020.

Innbyggerne som er 90 år og eldre i Oslo utgjør nesten samme andel som landsnittet for denne aldersgruppen, men andelen 70- 79 år og 80- 89 år av total befolkning er henholdsvis 2,3 og 1,1 prosentpoeng lavere i Oslo enn i landet som helhet hvor tallene er henholdsvis 8,1 og 3,5 prosent. Selv om Oslo vil ha høyere vekst enn landsgjennomsnittet i aldersgruppene 70- 79 og 80- 89 år, og disse vil vokse til å utgjøre 8,5 og 5,8 prosent av total befolkning, vil disse aldersgruppene fortsatt utgjøre en lavere andel av total befolkning i 2050 enn de vil gjøre i landet for øvrig hvor gruppene vil utgjøre henholdsvis 10,3 og 7,9 prosent av total befolkning. Vi ser også at selv om andelen av befolkningen som er 70 år og eldre vil være 16,1 prosent i Oslo i 2050, vil dette være 4,7 prosentpoeng lavere snittet for landet på 20,8 prosent.

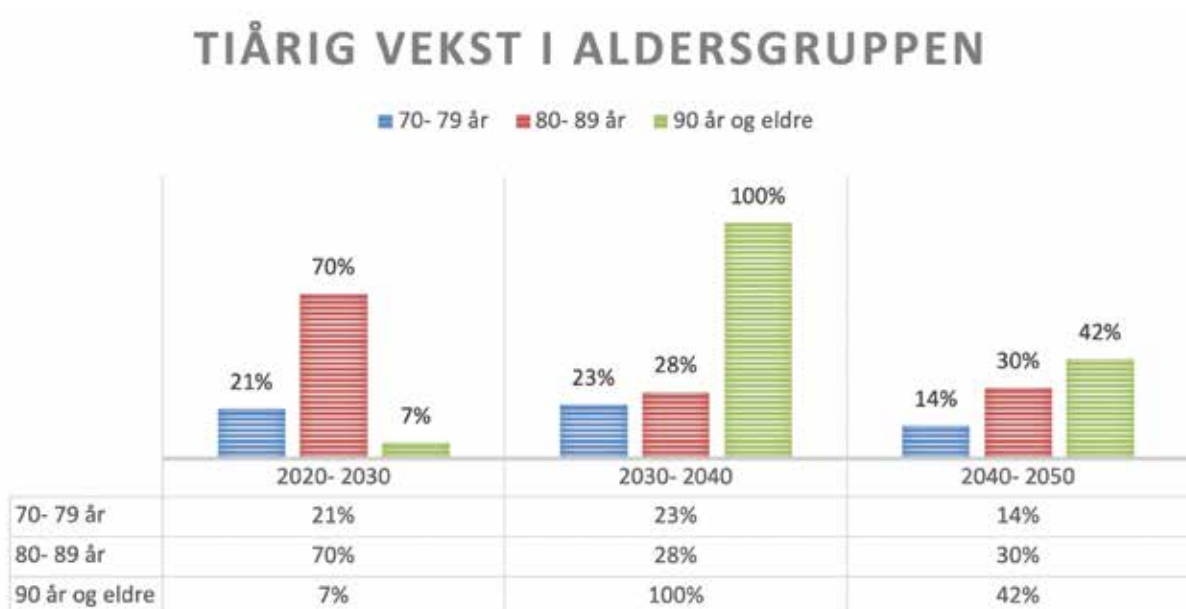
Tabell 3. Aldersgruppene som prosentandel av total befolkning i Oslo i 2020, 2030, 2040 og 2050. Samt absolutt endring, og prosentvis vekst, fra 2020 til 2050 i prosentandel av total befolkning for de tre aldersgruppene.

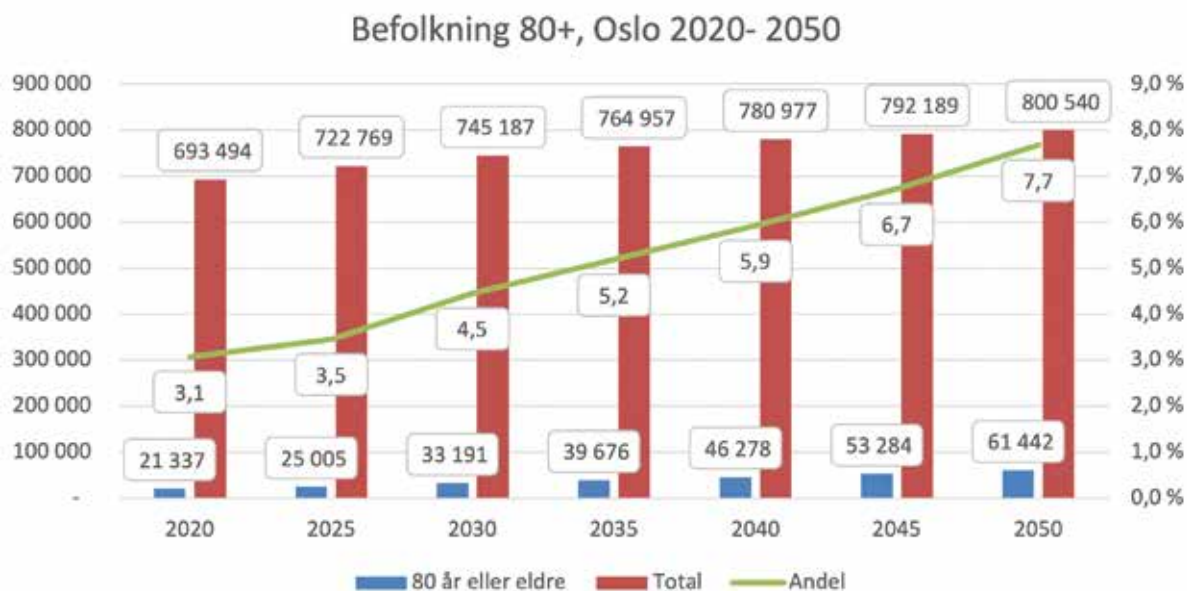
ALDER	2020	2030	2040	2050	ENDRING 2020- 2050	ENDRING I PROSENT 2020- 2050
70- 79 ÅR	5,8 %	6,5 %	7,6 %	8,5 %	2,7 %	46,8 %
80- 89 ÅR	2,4 %	3,8 %	4,6 %	5,8 %	3,5 %	145,5 %
90 ÅR OG ELDRE	0,7 %	0,7 %	1,3 %	1,8 %	1,1 %	162,8 %
TOTAL ANDEL AV OSLOS BEFOLKNING 70+	8,8 %	11,0 %	13,5 %	16,1 %	7,3 %	82,5 %

Tabell 4. Aldersgruppene som prosentandel av total befolkning i Norge i 2020, 2030, 2040 og 2050. Samt absolutt endring, og prosentvis vekst, fra 2020 til 2050 i prosentandel av total befolkning for de tre aldersgruppene.

ALDER	2020	2030	2040	2050	ENDRING 2020- 2050	ENDRING I PROSENT 2020- 2050
70- 79 ÅR	8,1 %	9,2 %	10,3 %	10,3 %	2,2 %	27,3 %
80- 89 ÅR	3,5 %	5,4 %	6,5 %	7,9 %	4,5 %	129,5 %
90 ÅR OG ELDRE	0,8 %	1,0 %	1,9 %	2,5 %	1,7 %	197,8 %
TOTAL ANDEL AV NORGES BEFOLKNING 70+	12,4 %	15,6 %	18,7 %	20,8 %	8,4 %	67,3 %

Figur 1: Tiårig vekst for aldersgruppene 70-79 år, 80-89 år og 90 år og eldre.



Figur 2: Befolkning total, 80 år eller eldre, samt andelen 80 år eller eldre av total befolkning, Oslo 2020- 2050.

Behovet for kommunenes pleie-, omsorgs- og helsetjenester.

Vi skal her skissere kort hvordan befolkningsutviklingen i de eldre aldersgrupper påvirker utviklingen i behovet for kommunale tjenester. Det er aldersgruppene over 80 år som i størst grad er brukere av kommunens tjenester. Tabell 5 viser antall unike brukere av forskjellige kommunale helse- og omsorgstjenester for aldersgruppene 80 til 89 år og 90 år eller eldre i Oslo i 2019 og beregnet fram til 2050. Tabell 6 inkluderer også årene 2030 og 2040 for samme data. Beregningen er gjort ved å gange opp antall brukere i 2019 med den prosentvise veksten

i denne aldersgruppen slik den er framskrevet i SSBs hovedalternativ for befolkningsvekst. Gitt samme andel av brukere i disse befolkningsgruppene, vil det i alt bli en økning i antall unike brukere av kommunale helse- og omsorgstjenester i disse aldersgruppene på 22 110 personer i 2050 sammenliknet med 2019. Man vil ha 5 428 flere personer på langtidsopphold på institusjon (sykehjem), 11 356 flere brukere som trenger praktisk hjelp eller hjemmesykepleie eller en kombinasjon av begge, og 4 688 flere brukere av «Andre tjenester» som blant annet inkluderer matlevering, trygghetsalarm og dagaktivitetstilbud.

Tabell 5. Brukere av omsorgstjenester i Oslo for aldersgruppene 80- 89 år og 90 år eller eldre for årene 2019 per 31.12 framskrevet frem til 2030, 2040 og 2050. Samt endringen i brukere fra 2019 til 2050.

BRUKERE AV OMSORGSTJENESTER	2019			2050			ENDRING		
	80-89 år	90 år eller eldre	80+ totalt	80-89 år	90 år eller eldre	80+ totalt	80-89 år	90 eller eldre	80+ totalt
TJENESTER I ALT	7 284	4 025	11 309	21 044	12 375	33 419	13 760	8 350	22 110
KUN PRAKTISK HJELP	1 023	447	1 470	2 956	1 374	4 330	1 933	927	2 860
KUN HJEMMESYKEPLEIE	1 433	565	1 998	4 140	1 737	5 877	2 707	1 172	3 879
BÅDE PRAKTISK HJELP OG HJEMMESYKEPLEIE	1 401	950	2 351	4 048	2 921	6 968	2 647	1 971	4 617
TIDSAVGRENSET OPPHOLD I INSTITUSJON	208	118	326	601	363	964	393	245	638
LANGTIDSOPPHOLD I INSTITUSJON	1 372	1 367	2 739	3 964	4 203	8 167	2 592	2 836	5 428
ANDRE TJENESTER TIL HJEMMEBOENDE	1 847	578	2 425	5 336	1 777	7 113	3 489	1 199	4 688

De foregående tabellene viste antall brukere som mottok tjenestene per 31.12 samme år. Tabell 7 viser antall brukere i løpet av hele året, samt gir et mer detaljert bilde av hvilke tjenester som blir benyttet.

Det var i løpet av 2019 totalt 13 971 unike brukere 80 år eller eldre av kommunale helse- og omsorgstjenester i Oslo. Flest brukere var det av praktisk hjelp, hjemmesykepleie, trygghets-

alarm, og langtidsopphold i sykehjem. Ifølge beregningene her vil antallet unike brukere 80 år og eldre i Oslo øke til 20 884 i 2030, 30 738 i 2040, og 41 310 i 2050. I samme året vil det være totalt rundt 15 000 innbyggere 80 år og eldre som vil motta praktisk hjelp, omtrent 3 600 som vil bo i omsorgsbolig, over 23 200 brukere av hjemmetjenester, og omtrent 11 700 brukere på langtidsopphold på sykehjem.

Tabell 6. Framskrevet antall brukere for forskjellige omsorgstjenester i Oslo per 31.12 for årene 2030, 2040, og 2050. Aldersgruppene 80- 89 år, 90 år og eldre, samt 80 år eller eldre.

BRUKERE AV OMSORGSTJENESTER	2019			2030		
	80-89 år	90 år eller eldre	80+ totalt	80-89 år	90 år eller eldre	80+ totalt
TJENESTER I ALT	7 284	4 025	11 309	12 620	4 355	16 974
KUN PRAKTISK HJELP	1 023	447	1 470	1 772	484	2 256
KUN HJEMMESYKEPLEIE	1 433	565	1 998	2 483	611	3 094
BÅDE PRAKTISK HJELP OG HJEMMESYKEPLEIE	1 401	950	2 351	2 427	1 028	3 455
TIDSAVGRENSET OPPHOLD I INSTITUSJON	208	118	326	360	128	488
LANGTIDSOPPHOLD I INSTITUSJON	1 372	1 367	2 739	2 377	1 479	3 856
ANDRE TJENESTER TIL HJEMMEBOENDE	1 847	578	2 425	3 200	625	3 825

BRUKERE AV OMSORGSTJENESTER	2040			2050		
	80-89 år	90 år eller eldre	80+ totalt	80-89 år	90 år eller eldre	80+ totalt
TJENESTER I ALT	16 180	8 708	24 887	21 044	12 375	33 419
KUN PRAKTISK HJELP	2 272	967	3 239	2 956	1 374	4 330
KUN HJEMMESYKEPLEIE	3 183	1 222	4 405	4 140	1 737	5 877
BÅDE PRAKTISK HJELP OG HJEMMESYKEPLEIE	3 112	2 055	5 167	4 048	2 921	6 968
TIDSAVGRENSET OPPHOLD I INSTITUSJON	462	255	717	601	363	964
LANGTIDSOPPHOLD I INSTITUSJON	3 048	2 957	6 005	3 964	4 203	8 167
ANDRE TJENESTER TIL HJEMMEBOENDE	4 103	1 250	5 353	5 336	1 777	7 113

I tabell 7, 8 og 9 vises hvor mange flere brukere det vil være på årsbasis av de kommunale helse- og omsorgstjenestene i 2030, 2040, og 2050, sammenliknet med i 2019 gitt samme andel brukere av befolkningsgruppen 80 år og eldre. Vi ser at frem til 2030 vil antall unike brukere øke med rundt 6 900 personer, frem til 2040 vil det økningen være omtrent 16 800 brukere, mens antallet unike brukere vil øke med hele

27 339 i 2050 sammenliknet med 2019. I 2050 vil det være rundt 9 900 flere som trenger praktisk hjelp, 2 380 flere som bor i bolig definert til helse- og omsorgsbehov, 15 351 flere brukere som trenger former for hjemmehjelp, og nesten 7 800 flere personer 80 år og eldre som vil trenge langtidsopphold på sykehjem sammenliknet med 2019.

Tabell 7. Brukere av kommunale helse- og omsorgstjenester i Oslo i løpet av året for aldersgruppene 80- 89 år og 90 år eller eldre for 2019 og prosjektert frem til 2030, 2040, og 2050.

BRUKERE AV OMSORGSTJENESTER	2019			2030		
	80-89 år	90 år eller eldre	80+ totalt	80-89 år	90 år eller eldre	80+ totalt
UNIKE BRUKERE	8 867	5 104	13 971	15 362	5 522	20 884
PRAKTISK HJELP: DAGLIGE GJØREMÅL	3 047	1 991	5 038	5 279	2 154	7 433
PRAKTISK HJELP – OPPLÆRING – DAGLIGE GJØREMÅL	31	12	43	54	13	67
DAGAKTIVITETSTILBUD	1 136	631	1 767	1 968	683	2 651
MATOMBRINGING	132	88	220	229	95	324
AVLASTING I INSTITUSJON – IKKE RULLERENDE	106	36	142	184	39	223
STØTTEKONTAKT	85	23	108	147	25	172
OMSORGSSTØNAD	53	16	69	92	17	109
BOSTED SOM KOMMUNEN DISPONERER FOR HELSE- OG OMSORGSFORMÅL	726	486	1 212	1 258	526	1 784
HELSETJENESTER I HJEMMET	5 180	2 683	7 863	8 974	2 903	11 877
TIDSAVGRENSET OPPHOLD – UTREDNING/BEHANDLING	929	719	1 648	1 610	778	2 387
TIDSAVGRENSET OPPHOLD – HABILITERING/REHABILITERING	641	381	1 022	1 111	412	1 523
TIDSAVGRENSET OPPHOLD – ANNET	361	235	596	625	254	880
LANGTIDSOPPHOLD I INSTITUSJON	1 866	2 049	3 915	3 233	2 217	5 450
KOMMUNAL ØYEBLIKKELIG HJELP – DØGNOPPHOLD	848	651	1 499	1 469	704	2 174
VARSLINGS- OG LOKALISERINGSTEKNOLOGI	484	201	685	839	217	1 056
TRYGGHETSSALARM	4 972	2 708	7 680	8 614	2 930	11 544
ELEKTRONISK MEDISINERINGSSTØTTE	462	252	714	800	273	1 073

Tabell 8. Brukere av kommunale helse- og omsorgstjenester i Oslo i løpet av året for aldersgruppene 80- 89 år og 90 år eller eldre for 2019 og framskrevet frem til 2030, 2040, og 2050.

BRUKERE AV OMSORGSTJENESTER	2040			2050		
	80-89 år	90 år eller eldre	80+ totalt	80-89 år	90 år eller eldre	80+ totalt
UNIKE BRUKERE	19 696	11 042	30 738	25 618	15 692	41 310
PRAKTISK HJELP: DAGIEGE GJØREMÅL	6 768	4 307	11 076	8 803	6 121	14 924
PRAKTISK HJELP – OPPLÆRING – DAGLIGE GJØREMÅL	69	26	95	90	37	126
DAGAKTIVITETSTILBUD	2 523	1 365	3 888	3 282	1 940	5 222
MATOMBRINGING	293	190	484	381	271	652
AVLASTING I INSTITUSJON – IKKE RULLERENDE	235	78	313	306	111	417
STØTTEKONTAKT	189	50	239	246	71	316
OMSORGSSTØNAD	118	35	152	153	49	202
BOLIG SOM KOMMUNEN DISPONERER FOR HELSE- OG OMSORGSFORMÅL	1 613	1 051	2 664	2 098	1 494	3 592
HELSETJENESTER I HJEMMET	11 506	5 804	17 311	14 966	8 249	23 214
TIDSAVGRENSA OPPHOLD – UTREDNING/BEHANDLING	2 064	1 556	3 619	2 684	2 211	4 895
TIDSAVGRENSET OPPHOLD – HABILITERING/REHABILITERING	1 424	824	2 248	1 852	1 171	3 023
TIDSAVGRENSET OPPHOLD – ANNET	802	508	1 310	1 043	722	1 765
LANGTIDSOPPHOLD I INSTITUSJON	4 145	4 433	8 578	5 391	6 299	11 691
KOMMUNAL ØYEBLICKELIG HJELP – DØGNOPPHOLD	1 884	1 408	3 292	2 450	2 001	4 451
VARSLINGS- OG LOKALISERINGSTEKNOLOGI	1 075	435	1 510	1 398	618	2 016
TRYGGHETSALARM	11 044	5 859	16 903	14 365	8 326	22 690
ELEKTRONISK MEDISINERINGSSTØTTE	1 026	545	1 571	1 335	775	2 110

Tabell 9. Økning i brukere av diverse kommunale helse- og omsorgstjenester blant aldersgruppen 80 år og eldre i Oslo fra 2019 til 2030, 2040 og 2050.

	2 030	2 040	2 050
UNIKE BRUKERE	6 913	16 767	27 339
PRAKTISK HJELP: DAGLIGE GJØREMÅL	2 395	6 038	9 886
PRAKTISK HJELP – OPPLÆRING – DAGLIGE GJØREMÅL	24	52	83
DAGAKTIVITETSTILBUD	884	2 121	3 455
MATOMBRINGING	104	264	432
AVLASTING I INSTITUSJON – IKKE RULLERENDE	81	171	275
STØTTEKONTAKT	64	131	208
OMSORGSSTØNAD	40	83	133
BOLIG SOM KOMMUNEN DISPONERER FOR HELSE- OG OMSORGSFORMÅL	572	1 452	2 380
HELSETJENESTER I HJEMMET	4 014	9 448	15 351
TIDSAVGRENSET OPPHOLD – UTREDNING/BEHANDLING	739	1 971	3 247
TIDSAVGRENSET OPPHOLD – HABILITERING/REHABILITERING	501	1 226	2 001
TIDSAVGRENSET OPPHOLD – ANNET	284	714	1 169
LANGTIDSOPPHOLD I INSTITUSJON	1 535	4 663	7 776
KOMMUNAL ØYEBLIKKELIG HJELP – DØGNOPPHOLD	675	1 793	2 952
VARSLINGS- OG LOKALISERINGSTEKNOLOGI	371	825	1 331
TRYGGHETSSALARM	3 864	9 223	15 010
ELEKTRONISK MEDISINERINGSSTØTTE	359	857	1 396

Vi kan også sammenlikne andelen av befolkningen 80 år og eldre som mottar kommunale helse og- omsorgstjenester i Oslo med landsgjennomsnittet (tabell 10). Oslo har høyere andel av unike brukere, 66,7 prosent mot 62,6 prosent på landsbasis, en forskjell på 4,1 prosentpoeng. De har og høyere andel på dagaktivitetstilbud, langtidsopphold på institusjon, på kommunalt øyeblikkelig døgnopphold, med lokaliseringsteknologi og trygghetsalarm, samt elektronisk medisineringsstøtte enn landsgjennomsnittet.

Av disse bemerker andelen med langtidsopphold på sykehjem, andelen med kommunal øyeblikkelig hjelp – døgnopphold, og andelen med trygghetsalarm seg ved å være henholdsvis 3,2, 3,7, og 11,2 prosentpoeng høyere enn landsgjennomsnittet. Av tjenestene de har lavere andel enn landsgjennomsnittet finner vi blant annet matlevering, hjemmesykepleie, og noen former for korttidsopphold på institusjon. Vi legger merke til at andelen som mottar matlevering er 8,3 prosentpoeng lavere i Oslo enn landsgjennomsnitt, mens andelen som mottar hjemmesykepleie er 2,8 prosentpoeng lavere.

Tabell 10. Andelen brukere av forskjellige kommunale helse- og omsorgstjenester 80 år og eldre av samme aldersgruppe i Oslo og Norge i 2019. Samt differansen fra Oslo til landet i prosentpoeng.

	OSLO	NORGE	FORSKJELL
UNIKE BRUKERE	66,7 %	62,6 %	4,1 %
PRAKTISK HJELP: DAGLIGE GJØREMÅL	24,0 %	23,8 %	0,3 %
PRAKTISK HJELP – OPPLÆRING – DAGLIGE GJØREMÅL	0,2 %	0,9 %	-0,7 %
DAGAKTIVITETSTILBUD	8,4 %	7,1 %	1,3 %
MATOMBRINGING	1,0 %	9,3 %	-8,3 %
AVLASTING I INSTITUSJON – IKKE RULLERENDE	0,7 %	1,2 %	-0,6 %
STØTTEKONTAKT	0,5 %	1,6 %	-1,1 %
OMSORGSSTØNAD	0,3 %	0,3 %	0,0 %
BOLIG SOM KOMMUNEN DISPONERER FOR HELSE- OG OMSORGSFORMÅL	5,8 %	-	-
HELSETJENESTER I HJEMMET	37,5 %	40,4 %	-2,8 %
TIDSAVGRENSET OPPHOLD – UTREDNING/BEHANDLING	7,9 %	8,1 %	-0,2 %
TIDSAVGRENSET OPPHOLD – HABILITERING/REHABILITERING	4,9 %	4,0 %	0,9 %
TIDSAVGRENSET OPPHOLD – ANNET	2,8 %	6,3 %	-3,4 %
LANGTIDSOPPHOLD I INSTITUSJON	18,7 %	15,5 %	3,2 %
KOMMUNAL ØYEBLIKKELIG HJELP – DØGNOPPHOLD	7,2 %	3,5 %	3,7 %
VARSLINGS- OG LOKALISERINGSTEKNOLOGI	3,3 %	0,6 %	2,7 %
TRYGGHETSSALARM	36,6 %	25,5 %	11,2 %
ELEKTRONISK MEDISINERINGSSTØTTE	3,4 %	0,4 %	3,0 %

For å få med helhetsbildet kan vi inkludere innbyggere under 80 år. En titt på antall mottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester i Oslo i aldersgruppene 49 år og yngre, 50 til 66 år, og 67 til 79 år (tabell 12), viser at det er den yngste aldersgruppen som mottar flest tjenester. Dette er i seg selv ikke overraskende da det er den klart største befolkningsgruppen (tabell 11). Selv om aldersgruppen 50 til 66 år er over dobbelt så stor som 67 til 79 åringene, er det rundt 44 prosent flere mottakere av tjenester i gruppen mellom 67 og 79 år. Ser vi fremover

til 2050 er det 67 til 79 åringene som vil ha den klart største befolkningsveksten på omtrent 70 prosent, etterfulgt av 50 til 66 åringene som er spådd å vokse med 34 prosent. På den annen side er aldersgruppen 49 år og yngre forventet å kun øke med 4 promille over samme tidsperiode. Dette betyr at den yngste gruppen kun vil ha en økning på 26 mottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester, fra 6 090 til 6 116, fra 2019 til 2050. Dette er i sterk kontrast til innbyggerne mellom 67 og 79 år hvor antall mottakere av tjenester vil øke med 3 847 personer, fra 5 558

til 9 405, noe som vil gjøre den til den gruppen med flest mottakere av tjenester på tross av at den fortsatt vil være den minste befolkningsgruppen av de tre. For den siste aldersgruppen, 50- 66 år, vil økningen i antall mottakere være på 1 315 personer fra 2019 til 2050. Totalt sett vil økningen av antall mottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester være på 5 188 personer for disse tre gruppene i 2050 sammenliknet med i 2019 når vi bruker denne metoden. Inkluderer vi befolkningsgruppene 80 til 89 år, samt 90 år og eldre, vil økningen være på 27 298 brukere av slike tjenester over den samme tidsperioden.

Det vil være interessant å se på veksten i antall brukere i relasjon til veksten i hele befolkningen til Oslo, samt i forhold til befolkningen fra 20 til 66 år som kan brukes som et mål på den yrkesaktive delen av befolkningen. Målt som andel av hele Oslos befolkning, vil antall brukere stige fra 3,9 prosent i 2019 til 6,9 prosent i 2050. Økningen er enda høyere når man ser på andel brukere av omsorgstjenester i forhold til befolkningen 20 til 66 år. Her vil andelen øke fra 5,8 prosent i 2019 til 11 prosent i 2050, dvs. en økning på 5,1 prosentpoeng.

Tabell 11. Befolkning Oslo 2019 og fremskrevet til årene 2030, 2040 og 2050 ved bruk av SSBs hovedalternativ for befolkningsframskrivinger. Også prosentvis endring fra 2019 til 2050.

BEFOLKNING	2019	2030	2040	2050	PROSENTVIS ØKNING 2019- 2050
0-49	489 193	507 491	502 617	491 288	0,4 %
50-66	117 297	138 140	150 904	157 070	33,9 %
67-79	53 622	66 365	81 178	90 740	69,2 %

Tabell 12. Mottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester i Oslo i 2019 og fremskrevet til årene 2030, 2040 og 2050. Også endring i antall fra 2019 til 2050.

TJENESTER I ALT	2019	2030	2040	2050	2019- 2050
0-49 ÅR	6 090	6 318	6 257	6 116	26
50-66 ÅR	3 877	4 566	4 988	5 192	1 315
67-79 ÅR	5 558	6 879	8 414	9 405	3 847
80- 89 ÅR	7 284	12 620	16 180	21 044	13 760
90 ÅR OG ELDRE	4 025	4 355	8 708	12 375	8 350
OSLO TOTALT	26 834	34 738	44 547	54 132	27 298
SOM ANDEL AV TOTAL BEFOLKNING	3,9 %	4,7 %	5,7 %	6,8 %	2,8 %
SOM ANDEL AV BEFOLKNING 20- 66 ÅR	5,8 %	7,0 %	8,9 %	11,0 %	5,1 %

Allmennlegetjenesten

I løpet av 2019 hadde innbyggerne mellom 80 og 89 år i Oslo i gjennomsnitt 4,7 konsultasjoner hos fastlegen. Det betyr at denne gruppen totalt sett hadde omtrent 76 000 konsultasjoner. For innbyggerne som var 90 år eller eldre var tilsvarende tall i gjennomsnitt 3 konsultasjoner i løpet av året, noe som betyr 14 391 konsultasjoner totalt for aldersgruppen. Summen av disse to aldersgruppene var 90 352 konsultasjoner i løpet av 2019.

Fra 2019 vil dette tallet stige med rundt 57 000 frem til 2030, 110 000 frem til 2040, og med 173 000 frem til 2050. I 2019 var det 536 fastleger i Oslo. Dette innebærer at hver fastlege i gjennomsnitt hadde 169 konsultasjoner med innbyggere 80 år og eldre i løpet av året. Hvis antall fastleger ikke endres, vil dette øke til 492 i 2050. For å holde antall konsultasjoner fra innbyggerne 80 år og eldre per fastlege fast på samme nivå som i 2019 må Oslo ha 1024 flere fastlegeavtaler i 2050 sammenliknet med 2019.

Tabell 13. Antall konsultasjoner hos fastlegen for befolkningen 80–89 år og 90 år eller eldre i Oslo i 2019 og framskrevet til 2030, 2040, og 2050. Samt totalt antall konsultasjoner for befolkningen 80 år eller eldre for de samme årene.

	2019	2030	2040	2050	ENDRING 2019- 2050
80-89 ÅR	75 961	131 605	168 730	219 462	143 500
90 ÅR ELLER ELDRE	14 391	15 570	31 134	44 244	29 853
TOTALT, 80+	90 352	147 175	199 864	263 706	173 353

Statens sykehustjenester og andre spesialisthelsetjenester

Konsekvenser og behov for Oslos innbyggere og kommunens tjenester foreligger i liten grad når det gjelder behovsvurderinger for OUS. Det kan ha sammenheng med helseforetaksmodellen. Den vektlegger bedriftsøkonomiske formål altså hva utviklingen betyr for sykehusene som bedrifter. Mens det samfunnsøkonomiske perspektivet som er formålet i en forvaltningsmodell, legger til grunn et mer helhetlig perspektiv. Her er det primære hva utbygging og utvikling av sykehusene betyr for innbyggerne og de samlede offentlige tjenester. Hvilke typer sykehustjenester er det som blir rammet om kapasiteten blir for lav? Er det funksjoner OUS ivaretar for hele landet, er det regionale og flerregionale funksjoner eller går det ut over lokalsykehus-funksjonene til Oslos innbygger jf. de mange spesialiserte funksjoner som Rikshospitalet har på landsbasis og som regionsykehus.

Dette understrekes i Oslo kommunes høringsuttalelser til utbyggingdsplaner for OUS. Blant annet uttaler Oslo kommune i sin høringsuttalelse til OUS Utviklingsplan 2035 (februar 2018) jf: «Oslo kommune mener at sykehuset har for stort fokus på seg selv og er for lite opptatt av sine samarbeidspartnere i utviklingsplanen.»

I denne rapporten har vi måtte begrense oss til å gjengi de behovsvurderinger OUS selv har lagt til grunn for sine sykehustjenester. Det kan stilles spørsmål ved hvor fullstendige og realistisk de tallene som er lagt fram er. De tallene som har vært brukt for å planlegge behovet for liggedøgn og sengekapasitet i de siste bygginger av nye sykehus i Norge – Akershus Universitets-sykehus og sykehuset for Østfold på Kalnes – har åpenbart vært for lav. Resultatet har blant annet vært sprengt sengekapasitet fra åpningen av de nye sykehusene. OUS hevder imidlertid at noe av dette skal være rettet opp.

Befolkningsøkning og økende andel eldre vil medføre en sterk økning i behovet også for sykehustjenester i planperioden mot 2035. Veksten vil være særskilt stor i det sentrale østlandsområdet. Her er allerede kapasiteten under press etter at både Akershus universitetssykehus og Sykehuset Østfold er små i forhold til behovet.

Antall sengeplasser ved disse sykehusene ligger i størrelsesorden 35 prosent under landsgjennomsnittet.

I Helse Sør-Øst sin regionale utviklingsplan fremkommer forventet befolkningsvekst og forventet vekst av i gruppen over 80 år.³

Tabell 14. Befolkningsvekst i sykehusområder i Helse Sør-Øst fra 2017 til 2035 (gjengitt fra s. 56 i Regional utviklingsplan 2035 Helse Sør-Øst)

Sykehusområder	2017	2035	Endring %	Antall over 80 år	
				Endring 2017-2035	Endring i %
Akershus SO* ^A	508 398	539 833	6 %	18 549	108 %
Innlandet SO*	400 214	362 161	-10 %	10 088	47 %
Oslo SO ^A	557 384	789 704	42 %	23 292	136 %
Sørlandet SO	300 789	345 570	15 %	12 098	98 %
Telemark/Vestfold SO	404 206	443 553	10 %	17 476	90 %
Vestre Viken SO	487 348	553 259	14 %	18 694	87 %
Østfold SO ^B	292 208	357 915	22 %	13 994	107 %
Totalsum	2 950 547	3 391 995	15 %	114 191	94 %

*Befolkningen i Kongsvinger-kommunene er i 2035 overført fra Sykehuset Innlandet HF til Akershus universitetssykehus HF
^ABefolkningen i Alna, Grorud og Stovner bydeler er i 2035 overført fra Akershus universitetssykehus HF til Oslo universitetssykehus HF
^BBefolkningen i Vestby kommune er i 2035 overført fra Akershus universitetssykehus HF til Sykehuset Østfold HF

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Befolkningsendringen medfører en sterk økning i behovet for sykehustjenester. Hvis forbruket av tjenester per alderstrinn følger dagens mønster, forventes det 41 % økning i behovet for

liggedøgn i regionen fram til 2035. Veksten er særskilt høy i sykehusområdene som grenser opp mot Oslo.

Tabell 15. Utvikling i liggedøgn i sykehusområdene i Helse Sør-Øst fra 2017 til 2035 (gjengitt fra s. 58 i Regional utviklingsplan 2035 Helse Sør-Øst).

Helseforetak/sykehus	Liggedøgn 2017	Liggedøgn etter demografisk utvikling i 2035	Endring i liggedøgn som følge av demografi	Liggedøgn etter demografi, sykdomsutvikling og omstillingstiltak i 2035	Endring i liggedøgn etter demografi, sykdomsutvikling og omstillingstiltak i 2035
Akershus SO* ^A	205 796	307 381	49 %	249 978	21 %
Innlandet SO*	227 228	260 991	15 %	208 554	-8 %
Oslo SO ^A	533 419	773 259	45 %	653 521	23 %
Sørlandet SO	144 481	207 720	44 %	165 740	15 %
Telemark/Vestfold SO	202 490	277 889	37 %	223 930	11 %
Vestre Viken SO	229 132	330 446	44 %	271 437	18 %
Østfold SO ^B	136 876	205 583	50 %	168 887	23 %
Totalsum	1 679 422	2 363 269	41 %	1 942 047	16 %

*Aktivitet for Kongsvinger-kommunene er i 2035 overført fra Sykehuset Innlandet HF til Akershus universitetssykehus HF
^AAktivitet for Alna, Grorud og Stovner bydeler utført ved Akershus universitetssykehus HF er i 2035 overført til Oslo universitetssykehus HF
^BAktivitet for Vestby kommune utført ved Akershus universitetssykehus HF er i 2035 overført til Sykehuset Østfold HF
 Økt egedekning som forutsatt i planleggingen av Aker og Gaustad er overført Lovisenberg Diagonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus

Kilde: Helse Sør-Øst RHF

³ Helse Sør-Øst RHF - Regional utviklingsplan 2035

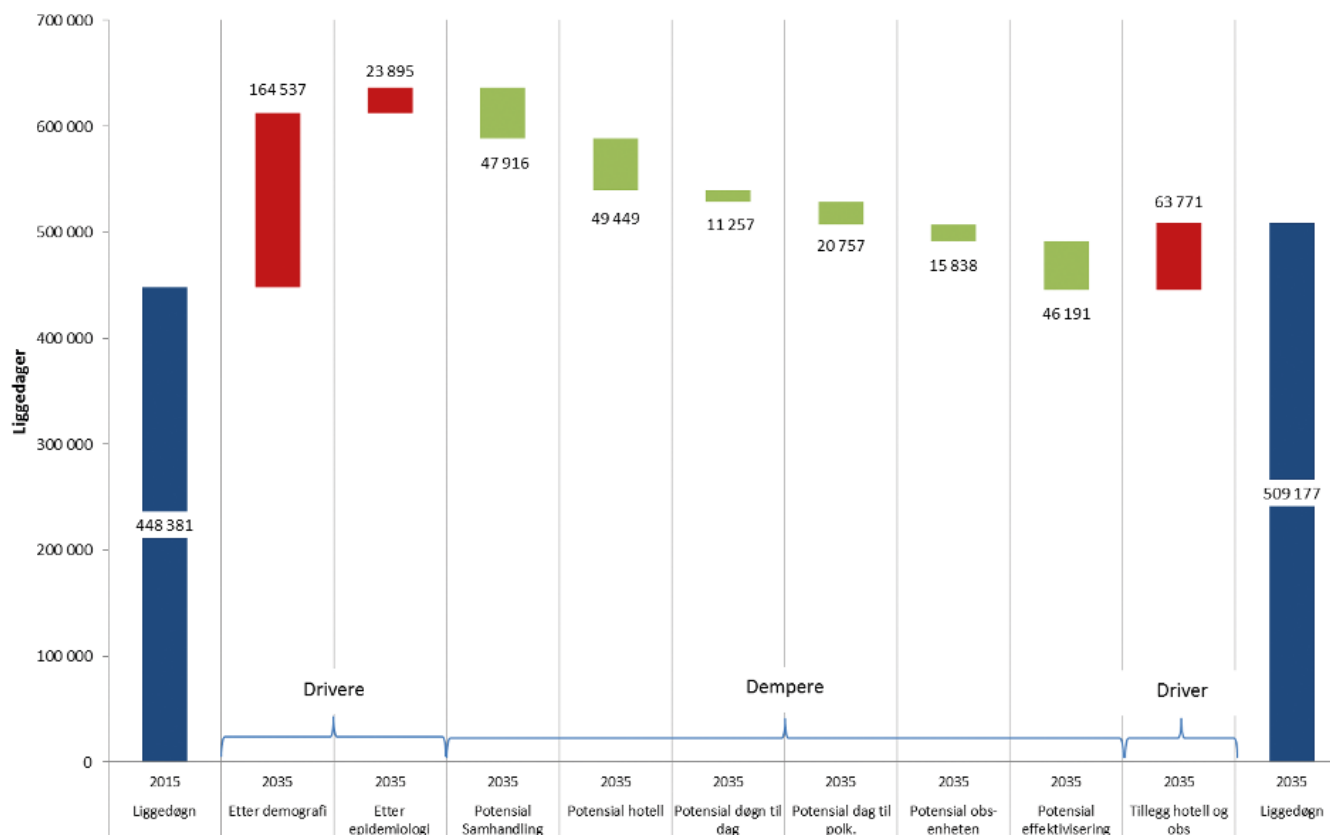
www.helse-sorost.no/Documents/Store%20utviklingsprosjekter/Regional%20utviklingsplan_endelig%20og%20godkjent%20oversjon.pdf

I Oslo Universitetssykehus sin utviklingsplan fremkommer sykehuset planer for å møte

behovsøkningen for liggedøgn⁴. Beregningene er gjennomført av Sykehusbygg HF.

Figur 3. Behovet for sykehustjenester 2015 –2035. (Gjengitt fra s. 48 i Utviklingsplan Oslo universitetssykehus 2035).

Merknad: Figuren har ikke hensyntatt økt opptaksområde for Oslo Universitetssykehus som en følge av overføring av bydeler.



Det som er målt i denne beregningen/figuren er antall liggedøgn. Stolpen til høyre viser antall liggedøgn i 2015. Mens stolpe nummer to og tre viser beregnet økning i behovet som følge av demografiske forhold (økt folketall og fordelingen på aldersgrupper) og etter epidemiologi (økning i sykdomshyppighet f.eks. kreft). De neste stolpene viser hvordan dette behovet er planlagt dekket. Fjerde stolpe er samhandlingsreformen.

Den skal ta ned sykehusbehovet med 48 000 liggedøgn. Dette skal altså kommunen ta seg av. Femte stolpe viser forventet effekt av bruk av pasienthotell. Det reduserer antall liggedøgn i sykehusene med ca 50 000 liggedøgn. Sjette stolpe er effekt av at flere gis dagbehandling. Denne effekten er beskjeden og utgjør kun vel 10 000 liggedøgn. Deretter kommer overgang til poliklinikk. Her er effekten også mer beskjeden med

⁴ Oslo Universitetssykehus HF - I dag, i morgen og i framtiden. Utviklingsplan 2035

www.oslo-universitetssykehus.no/seksjon/nyheter/Documents/Utviklingsplan%20Oslo%20universitetssykehus%202035-vedtatt-styre.pdf

ca 20 000 liggedøgn. Neste stolpe er potensiell generell effektivisering på ca 46 000 liggedøgn. Helt til slutt kommer nytt behovstillegg som følge av av pasienthotell og observasjonsposter.

Samlet behovsøkning er følgelig 252 263 liggedøgn; fra 448 381 til 700 614 liggedøgn i 2035. Det hevdes at en stor del av denne økningen, ca 190 000 liggedøgn, vil bli borte ved samhandling, bruk av pasienthotell, overgang til poliklinikk og dagbehandling og generell effektivisering. Anslått behov for økning i liggedøgn i 2035 er bare vel 60 000, eller vel 13 prosent.

Sykehusbygg HF har senere utarbeidet to rapporter som danner det detaljerte grunnlaget for kapasitetsberegningene og skaleringen av byggeprosjektene ved Aker og Gaustad (Dimensjoneringsgrunnlag for OUS Aker og Gaustad Sykehusbygg, mai 2017. En oppdatering av dimensjoneringsgrunnlag for virksomhetsmodell OUS etappe 1 Sykehusbygg, september 2018). I rapporten fra 2017 er det gjort vurderinger knyttet til framskrivninger av aktiviteten ved dagens rikshospital. I 2018 rapporten er dette tatt ut da det presiseres at det kun er «aktiviteten som er i bevegelse» som skal framskrives. Videre er pasienter som tilhører lokalsykehus-opptaksområdet til de private ideelle sykehusene i Oslo tatt ut fra framskrivningen. Dette medfører at den samlede behovsvurderingen avviker kraftig fra den behovsveksten som fremkommer i Helse Sør-Øst sin regionale utviklingsplan. Forskjellen er så betydelig at det fremstår som overveiende sannsynlig at Helse Sør-Øst og Oslo universitetssykehus planlegger med alt for lav kapasitet for sykehustjenester fram mot 2035. En vurdering av sengebehovet kan illustrere svakhetene i beregningene.

Det fremkommer av 2017-rapporten at samlet antall somatiske episoder i Oslo Universitetssykehus var i underkant av 1,1 million i 2015. Av disse var om lag 730 000 gjenstand for fram-

skrivning, hvorav om lag 260 000 tilhørende dagens rikshospital.

Dette er i hovedsak aktivitet ved dagens Aker, Ullevål og Gaustad, som i dag har om lag 1350 senger, (inkluderer PO, sykehotell og observasjonssenger). I den framtidige løsningen med Gaustad og Aker er det skissert 1500 senger, hvorav 75 senger skal ivareta overføring av bydelene Sagene og Alna. Det er således kun planlagt med en vekst fra 1350 til 1425 senger for å ivareta økt behov knyttet til aktiviteten sykehuset i dag ivaretar ved Aker, Ullevål og Rikshospitalet. Legges Helse Sør-Øst sine anslag for behovsvekst fra regional utviklingsplan til grunn vil demografiendringen gi 550 senger i økt behov, og et samlet behov ved Aker og Gaustad på 1900 senger.

I den planlagte løsningen ved Aker og Gaustad mangler det om lag 475 senger (1900-1425) for å ivareta den beregnede behovsveksten i perioden. Dette er imidlertid basert på dagens oppgavefordeling mellom Oslo universitetssykehus og øvrige sykehus i området samt Oslo kommune. I 2018-rapporten legges det til grunn flere endringer som påvirker det fremskrevne sengebehovet:

- Det forutsettes at «samhandling» vil redusere behovet for lokalsykehustjenester med 15 prosent i perioden.
- Det forutsettes at «intern effektivisering» vil redusere behovet for alle tjenester med 0,7 prosent i perioden.
- Det forutsettes at alle opphold knyttet til lokalsykehusfunksjonene til Lovisenberg og Diakonhjemmet skal tilbakeføres til disse sykehusene.
- Det forutsettes at det ikke er nødvendig å framskrive aktivitet som «ikke er i bevegelse». Dette gjelder aktiviteten ved dagens rikshospital.

Liggetidene i norske sykehus har blitt kraftig redusert de senere årene, og det er stor grad av usikkerhet knyttet til om det vil være mulig å redusere antall liggedøgn med ytterligere 15 prosent basert på mer utstrakt samhandling med kommunene. Hvis det likevel legges til grunn at dette – i tillegg til intern effektivisering – lar seg gjennomføre fullt ut for lokalsykehusfunksjonene, vil sengetallsbehovet reduseres med 150 senger. Det gjenstår da en underdekning i løsningen på 225 senger. Dette tilsvarer et sykehus av Diakonhjemmets størrelse.


Forklaringen på at mer enn 200 senger selv etter at det er anvendt endringsfaktor for effektivisering og samhandling med kommunene er overføring til øvrige sykehus. I 2018-rapporten er det lagt til grunn at et betydelig behandlingsvolum som i dag ivaretas ved OUS skal overføres til Diakonhjemmet og Lovisenberg. Det er videre lagt til grunn at det ikke er behov for å framskrive dagens aktivitet ved Rikshospitalet. I 2018-rapporten er det ikke angitt noen begrunnelse for dette. Men det har i øvrige sammenhenger fremkommet at Helse Sør-Øst legger til grunn at pasienter

fra øvrige sykehus i regionen og landet i mindre grad vil benytte seg av tjenester ved Oslo Universitetssykehus.

Disse siste to forutsetningene må anses å være særlig usikre. Alle sykehusene (og kommunene) i regionen vil i de kommende årene stå overfor en betydelig demografisk drevet behovsvekst. Det fremstår derfor som lite sannsynlig at sykehusets samarbeidspartnere vil være i stand til å håndtere en betydelig oppgaveoverføring fra Oslo Universitetssykehus i tillegg til egen oppgavevekst. Ved Lovisenberg og Diakonhjemmet foreligger det ingen planer om utvidelser som kan overta oppgaver fra OUS i en slik størrelsesorden. Den store overføringen av oppgaver til andre sykehus i regionen som er forutsatt i utviklingsplanen for OUS, er ikke en del av utviklingsplanene ved disse sykehusene.

Konklusjonen etter denne gjennomgangen er at med de foreliggende planene for utvikling av OUS er det overveiende sannsynlig at det vil oppstå en underdekning for sykehustjenester i Oslo av størrelsesorden 2-400 senger, lik et stort akuttsykehus.



A blurred photograph of a hospital hallway. In the foreground, a person in a light blue uniform is walking away from the camera. In the background, another person is visible, and the hallway is brightly lit with circular ceiling lights. The overall image is out of focus, creating a sense of movement and activity in a clinical setting.

Oslo Universitetssykehus (OUS) er Europas største sykehusforetak. Det ivaretar i dag den største delen av spesialisthelsetjenestene til innbyggerne i Oslo.

➤ 3. NÆRMERE OM OUS OG UTVIKLINGEN AV HELSEFORETAKET

Dagens OUS

Oslo Universitetssykehus (OUS) er Europas største sykehusforetak. Det ivaretar i dag den største delen av spesialisthelsetjenestene til innbyggerne i Oslo. Hovedlokalisering av somatiske sykehustjenester i OUS er:

- Ullevål sykehus
- Rikshospitalet
- Radiumhospitalet
- Aker sykehus – der det fortsatt er mye planlagt aktivitet, selv om Aker er nedlagt som akutt- og lokalsykehus.

Hovedfunksjonene knyttet til psykiatri er:

- Ullevål sykehus
- Gaustad sykehus
- Dikemark sykehus

Videre har OUS virksomhet på en del andre tomter i byen. Det gjelder særlig for virksomhet knyttet til psykisk helse og avhengighet. Blant annet gjelder dette de to distriktspsykiatriske sentrene (DPS): Søndre Oslo DPS på Mortensrud og Nydalen DPS. Både Søndre Oslo DPS og Nydalen DPS tilbyr også døgnbehandling. Barne- og ungdomspsykiatrien holder til på flere adresser og består blant annet av akutt døgnbehandlingsenhet for ungdom (UPA) på Sogn og barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP) på Mortensrud og i Nydalen. I Nydalen er det også døgnenhet for barn.

I tillegg eier og driver OUS det nasjonale spesialsykehuset for Epilepsi (SSE) i Sandvika i Bærum og Olafiaklinikken. OUS disponerer og driver ca. 50 prosent av Oslo legevakt i Storgata i form av både Skadelegevakten og Psykiatrisk legevakt.

Når det gjelder lokalsykehusfunksjoner for Oslo ivaretas de av:

1. Ullevål sykehus (Nordstrand, Søndre Nordstrand, Østensjø, Nordre Aker og Bjerke)
2. Akershus Universitetssykehus (Alna, Grorud og Stovner)
3. Diakonhjemmet (Frogner, Vestre Aker og Ullern)
4. Lovisenberg sykehus (Sankt Hanshaugen, Grünerløkka, Gamle Oslo og Sagene).

Ullevål har ansvar for kirurgisk akuttfunksjon og fødetilbud for alle bydelene i Oslo utenom bydelene som sogner til Akershus Universitetssykehus. Diakonhjemmet har også akuttkirurgi.

OUS har en rekke nasjonale funksjoner og er regionsykehus for innbyggere i Helse Sør-Øst. OUS står for nesten 60 % av all medisinsk forskning i Norge og er den største utdanningsinstitusjonen for helsepersonell i Norge. Målt i DRG-poenget er i underkant av 2/3 av OUS sitt samlede somatiske pasienttilbud innen regionale, flerregionale og nasjonale spesialisthelsetjenester. Ved utgangen av 2016 ivaretok OUS 30 av totalt 42 nasjonale behandlingstjenester, 7 flerregionale behandlingstjenester og 24 av landets 51 kompetansetjenester. (Helse Sør-Øst Utviklingsplan 2035 februar 2018 side 13).

Store utbygginger ved sykehusene i OUS i den senere tid

I et så stort helseforetak som OUS forgår det naturligvis løpende investeringer i bygninger og medisinsk/teknisk utstyr. Men det foregår også større investeringer som vil påvirke valget av hva som er rasjonelle utbyggingsalternativer. Fra den senere tid er det følgende store byggeprosjekter:

- Nytt Rikshospitalet stod ferdig på Gaustad i 2000 (196 200 m² brutto).

- Ullevål har samlet bruttoareal på langt over 300 000 m². Det er ønskelig med rehabilitering og erstatning av store deler av dette arealet. I Arealutviklingsplan 2025 ble areal med fullgod standard anslått til 110 000 m². Følgende bygg er nybygde etter 1995: Sentralblokken, Barnesenteret, Pasienthotell, Kreftsenteret og nytt akuttbygg (til sammen ca. 55 000 m²). Da er ikke bygg som strålebunkers, helikopterlandingsplass og parkeringshus tatt med⁵. Det siste større bygget en vil måtte gjennanskaffe i alternativ 1 er tilbygget til akuttmottaket på Ullevål som ble tatt i bruk i 2015
- Nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet og Protonsenter Radiumhospitalet er under bygging. I Prop. 1 S (2018-2019) Helse - og omsorgsdepartementet (side 115) er det bevilget investeringslån på 1324 millioner kroner til Protonsenter ved Radiumhospitalet og 2738 millioner kroner til nytt klinikkbygg.

Dette betyr at Radiumhospitalet vil utvikles på dagens tomt, og at flytting til Gaustad ikke er aktuelt. I samme proposisjon er det også oppført bevilgning til regional sikkerhetsavdeling på Ila tilknyttet OUS.

Prosessen med sammenslåingen av sykehusene i Oslo til OUS

Sykehusene i Oslo har vært omfattende fusjonsprosesser og strukturendringer etter at Helseforetaksreformen ble vedtatt i 2001. I 2002 ble sykehusene på Ullevål, Rikshospitalet, Radiumhospitalet og Aker organisert som selvstendige Helseforetak. Rikshospitalet og Radiumhospitalet som var eid av Helse Sør regionhelseforetak, ble fusjonert til ett helseforetak - Rikshospitalet og Radiumhospitalet HF allerede i 2005. Deretter ble Regionhelseforetakene Helse Sør og Helse Øst slått sammen til ett regionhelseforetak

- Helse Sør-Øst - i 2007. Utredningsgrunnlaget var en powerpoint presentasjon fra konsulentselskapet McKinsey (Jensen 2007 s 69-86.)

OUS ble etablert som helseforetak i 2009 ved å fusjonere helseforetakene Ullevål universitetssykehus, de allerede sammenslåtte sykehusene Rikshospitalet og Radiumhospitalet og Aker universitetssykehus. Allerede i 2010 ble akutt-sykehuset og de fleste sykehusfunksjoner ved Aker nedlagt (17.02 2009). Planen om å legge ned Aker må ha vært en del av fusjonsplanene.

Nå foreslår styrene i Helse Sør-Øst og OUS å legge ned Ullevål, mens Aker skal gjenoppstå som et vesentlig større sykehus enn det noensinne har vært. Det hører med til historien at sykehusarealene på Aker som var bebygget med sykehusboliger, i all hast ble solgt av Oslo kommune til en privat boligutvikler i 2001. I 2010 vedtok styrene i OUS og Helse Sør-Øst å selge også de resterende arealer og bygninger på Aker. Dette salget ble imidlertid stoppet av Helseminister Anne Grethe Strøm Erichsen. Sannsynligvis var påtrykk fra Oslo kommune med på å stoppe salget. Med de planene styrene nå har lagt fram skal de solgte tomter kjøpes tilbake.

Planer for OUS

Det foreligger store utviklingsplaner for OUS fram mot midten av 2030-tallet. På Radiumhospitalet er allerede de store utbyggingene i gang. På Aker er bygging av ny legevakt for Oslo igangsatt. Planen var fram til 2014 at legevakten skulle legges til Ullevål siden sykehuset på Ullevål er det helt dominerende akutt-sykehuset for Oslo. Tomt på Ullevål og arbeidet med prosjektering av nytt bygg for legevakten var allerede i gang. Disse planene ble uten noen god forklaring lagt til side av den nye administrerende direktør i OUS i 2015. Senere ble det laget planer for å bygge ny legevakt for Oslo på Aker.

⁵ Rapport om Ullevål som alternativ lokalisering til Gaustad. Helse Sør-Øst 2019 s 35/36

Ved Rikshospitalet på Gaustad er det planlagt store nybygg, og det er planlagt stor ny utbygging av Aker sykehus på dagens tomt og på planlagt kjøp av ny tilleggstomt. Ullevål sykehus som i dag er den største enheten av sykehusene under OUS-paraplyen og som har de største og mest verdifulle tomtearealene, er planlagt nedlagt som sykehus. Arealer og bygninger er planlagt solgt til private eiendomsutviklere. Lignende planer er det også for Dikemark. Psykiatri ved Ullevål vil også bli avvirket. Det samme gjelder psykiatritilbudene på Gaustad. Planen er å bygge opp nye psykiatriske tilbud i eget bygg på Aker-tomten.

Utredninger av utbyggingsalternativene

Etter at OUS ble etablert og Aker var vedtatt nedlagt er det satt i gang omfattende prosesser for å lage utredninger, planer og strategier for hvordan helseforetaket skal utvikle sin virksomhet og ivareta det ansvar de har for spesialisthelsetjenester i Oslo, i helseregion Sør-Øst og på landsbasis. De viktigste utredninger har vært:

- Arealutviklingsplan 2025 (Sluttført desember 2011)
- Idefase OUS Campus Oslo (19.06 2014)
- Idefaserapport 2.0 (mai 2015)
- Framtidens OUS, Idefase Konkretisering etter høring (desember 2015)
- Videreutvikling av Aker og Gaustad
Konseptrapport Oslo Universitetssykehus HF (november 2018)

Dette er hoveddokumentene i utredningene. I tillegg er det en rekke utredninger av spesielle temaer og mere avgrensede utbyggingsprosjekter og utredninger som har som formål å kvalitetssikre og avklare risiko ved utbyggingsalternativer. Eksempler er Ekstern kvalitetssikring av Idefase-Framtidens OUS fra OPAK AS og Metier AS (11.02 2016), Økonomisk langtidsplan 2018-2062 og etterfølgende revidering og Nullalternativet sammenlignet med realisering målbildet (27.11 2018).

Det er fellestrekk som går igjen i disse utredningene. Alle dokumenterer behov for betydelig ny bygningsmasse for OUS. Det skyldes at en stor del av den eldre bygningsmassen må fornyes og erstattes. Behovene for sykehustjenester i Oslo, i Helseregion Sør-Øst og på landsbasis øker sterkt som følge av økende innbyggertall og en særlig sterk økning i de eldre aldersgrupper. Oslo og Oslo-regionen er de området i landet som har den klart største veksten i behovet for sykehustjenester. Behovet for utbygging er godt dokumentert i alle de fem utredninger som er trukket fram ovenfor.

Det som er forskjellig i disse utredninger er utbyggingsalternativ som anbefales. Det er derfor nyttig å se hva disse utredningene anbefaler og bygger på av informasjon.

Nullalternativ

I alle utredninger av store utbygginger av sykehus skal nye utbyggingsalternativer sammenlignes med en best mulig utvikling på nåværende lokaliseringer. Det benevnes som Nullalternativet. Hensikten er å tvinge fram sammenligninger med utvikling basert på det en har. Derved kan en unngå sløsing med offentlig midler og å gjennomføre store endringer som gir dårligere eller ikke bedre resultater enn dagens løsninger. I utredningsinstruksen har Finansdepartementet beskrevet dette på følgende måte:

«For nullalternativet innebærer optimalisering å opprettholde akseptabel ytelse over resterende levetid med så små kostnader som mulig. Sammenligningsgrunnlaget skal være et alternativ som både er realistisk og relevant i forhold til det formål som prosjektet retter seg mot. Den eksisterende konseptløsningen skal da være optimalisert både i forhold dagens situasjon og i forhold til forventede endringer i de ytre rammebetingelser som påvirker lønnsomheten av dagens løsning. Alternativet må være et alternativ beslutningstakeren har mulighet til å velge.»

Det nullalternativet som OUS har lagt til grunn i sine utredninger etter 2011 er ikke et slikt nullalternativ. Det er ikke optimalisert slik Finansdepartementets veileder forutsette; det tilfredsstillende ikke kravet om at «Alternativet må være et alternativ beslutningstakeren har mulighet til å velge».

I alle fem utredningene som er nevnt tidligere, er det dokumentert at det hverken ut fra økonomiske forhold eller ønsker om en funksjonell og kvalitativ god bygningsmasse, er hensiktsmessig å bygge om gammel bygningsmasse i det omfang som har blitt lagt til grunn i det som ble brukt som nullalternativ. Bare oppgradering av dagens bygningsmasse er forkastet som et realistisk utbyggingsalternativ ut fra målet om å utvikle OUS med god pasientbehandling og ut fra investerings- og driftsøkonomi.

Det betyr at det som brukes som nullalternativ ikke er et realistisk utbyggingsalternativ. Mange av de gamle og uhensiktsmessige bygningene på Ullevål vil det for eksempel være mere økonomisk og funksjonelt å rive og erstatte med nybygg. Etter retningslinjene for utvikling av Nullalternativ «skal alle alternativer være optimalisert i forhold til prosjektets målsetting.» Da må en se om det foreligger alternativer som bruker de deler av eksisterende bygningsmasse som er god, deler som kan ombygges på en hensiktsmessig måte og behov for ny bygningsmasse, og sammenligne nybygging med det. Parksykehuset på Ullevål kombinert med nybygg på Aker for bydelene i Groruddalen samt Bjerke og Alna er et slikt alternativ. Det skal vi komme tilbake til.

Arealutviklingsplan 2025

Den første og mest grundige utredning av alternative strategier, behov, tomtenes muligheter og byggenes tilstand og beliggenhet, investeringer og driftsøkonomi er Arealutviklingsplan 2025 (desember 2011). Utbedringene gjaldt alle lokaliteter, men nesten 50 prosent gjelder byggene på Ullevål. Samlete kostnader for utbedring av bygningsmassen i «Må-» og «Bør-» tiltak ble

anslått til nesten 9 milliarder (Multiconsult 2011/Arealutviklingsplan 2025 side 97).

Planen utreder to scenarier for psykisk helse og avhengighet. Scenario 1 er: All virksomhet med unntak av DPS-er og BUP poliklinikk samles på ett sted. I praksis vil det være Ullevål. Scenario 2: All virksomhet med unntak av DPS og BUP poliklinikk samles på to steder (Ullevål og Gaustad). For somatikk er tre scenarier vurdert: Scenario 1 Somatisk virksomhet samles på ett sted. Det konkluderes med at i praksis er Ullevål det eneste aktuelle stedet hvor dette er realistisk ut fra tilgjengelige tomtearealer. Scenario 2: Somatisk virksomhet samles på to steder, Ullevål og Rikshospitalet. I praksis flyttes da Radiumhospitalet og SSE til Rikshospitalet. Scenario 3: Somatisk virksomhet samles på tre steder: Ullevål, Rikshospitalet og Radiumhospitalet. Konklusjonen er at for psykisk helse anbefales Scenario 2 – delt løsning mellom Ullevål og Gaustad, og for somatikk anbefales Scenario 3 – det vil si at OUS beholdes og utvikles på dagens tre hovedlokaliseringer: Ullevål, Rikshospitalet og Radiumhospitalet. Av plasshensyn og hensyn til utnyttelse av eksisterende arealer og investeringer er dette scenario det beste.

Scenario 2 for psykiatri å satse på Gaustad sykehus og Ullevål sykehus er en utvikling basert på dagens lokaliseringer og helt i samsvar med anbefalingene fra de faglige miljøene siden de forutsetter at andre aktiviteter som DPS-er beholdes. Det samme kan en si om anbefalingen vedrørende somatikk, hvor dagens tre sykehus utvikles. I 2011 var Aker nettopp nedlagt. Derfor var ikke dette sykehuset med i disse vurderingene.

I arealutviklingsplanen var det også vurdert alternativ om samling både av psykiatri og somatikk til en lokalisering. Konklusjonen var at i tilfelle måtte dette skje på Ullevål. Alternativet var imidlertid uaktuelt siden det ville innebære å kassere dagens sykehusbygninger på Rikshospitalet (nytt i 2000), Radiumhospitalet og

de psykiatriske tilbudene på Gaustad. I Arealutviklingsplanen hadde en også vurdert muligheten for samling av sykehusene på Gaustad. Da ville en imidlertid måtte bygge lokk over Store Ringvei (Ring 3) eller legge ringveien i tunnel i det aktuelle området. Konklusjonen var imidlertid at dette vanskelig lot seg gjennomføre (Arealutviklingsplan 2025 s107).

I brev til Helse – og omsorgskomiteen datert 21. januar 2021 fra statsråd Bent Høie (Dokument 8:72 S. Representantforslag om å utvikle Ullevål sykehus og sikre innbyggerne i oslo gode sykehustilbud med nok kapasitet) skriver statsråden på side 4:

«Arealutviklingsplan 2025 (2012). Her foreslås det at Aker sykehus legges ned, at det etableres et storbysykehus på Ullevål og at regionsykehuset på Gaustad utvides. På sikt skulle Radiumhospitalet legges ned og flyttes til Gaustad»

Dette er feilinformasjon. Aker sykehus var allerede vedtatt nedlagt da arbeidet med Arealutviklingsplan 2025 ble satt i gang. For somatikk er anbefalingen å utvikle sykehusene i Oslo på Ullevål, Rikshospitalet og Radiumhospitalet fram mot 2025. Når det gjelder utviklingen etter 2025 pekes det på flere muligheter i Arealutviklingsplanen. Det er riktig at i Arealutviklingsplanen ble det bare foreslått oppgradering og leie av bygningsmasse for Radiumhospitalet.

Campus Oslo 2014

Arealutviklingsplan 2025 ble ikke godt mottatt av Helse Sør-Øst sin ledelse og departementet, og det ble gjennomført endring i ledelsen av OUS. Etter direktørskifte og med den nye styrelederen Stener Kvinnsland som var administrerende direktør for Helse Bergen (Haukeland universitetssykehus), ble Arealutviklingsplanen lagt til side og prosessen Idefase Campus Oslo startet opp. Denne planen mangler den nøkternhet i vurdering av tomtearealer, verdier og muligheter ved eksisterende lokaliteter og andre økonomiske forhold som preget de strategiske valg i Arealutviklingsplan 2025. Der lanseres

en utbyggingsmodell for sykehusutbygging som gis betegnelsen klyngemodell.

I utredningen Campus Oslo er det lansert 7 hovedalternativer i tillegg til nullalternativet. OUS er i disse alternativene lokalisert til Gaustad eller Ullevål. Konklusjonen er at samling på Gaustad anbefales. For å få plass til et så stort sykehus på Gaustad er en avhengig av å legge Store Ringvei (Ring 3) i tunell eller bygge lokk over den, for å ha tilgang på tomtearealer både på nordsiden og sydsiden av veien. I arbeidet med Arealutviklingsplanen var det konstatert at et slikt alternativ krevde at en først måtte få avklart om dette var mulig.

Det viste seg etter at planen Campus Oslo var lagt fram at bygging av lokk over Store Ringvei eller tunell i den størrelsesorden disse alternativene krevde, ikke var gjennomførbart innenfor rimelige kostnader og tidshorisont. Løsningen innebar i tillegg reguleringsmessige grep som var i strid med andre viktige interesser og behov. Etter at Campus Oslo planen hadde vært på en første høringsrunde ble det klart at planen ikke kunne gjennomføres og at det måtte utredes nye alternativer.

Idefase 2 mai 2015

I mai 2015 kom andre versjon av Idefasen -Idefasen 2. Her er tre av alternativene fra den første idefaseutredningen Oslo Campus utredet mer detaljert. Alternativene er full samlokalisering i området Gaustad- Blindern, full samlokalisering på Ullevål og delt lokalisering Ullevål og Gaustad. Det er også her tatt med et såkalt nullalternativ som innebærer videreføring av OUS i dagens bygg med unntak av bygg allerede vedtatt fraflyttet. Det er som allerede nevnt, drøftet om dette alternativet kan brukes som nullalternativ. Det er det ikke fordi det ikke er et realistisk utbyggingsalternativ.

I utredningen anbefales at en går videre med tre alternativer: Delt løsning mellom Gaustad og Ullevål, delvis samling på Gaustad kombinert

med lokalsykehusløsninger utenfor hovedsykehuset og samling på Gaustad. Det blir angitt at bare de to siste alternativer trenger videre utredning på idefasenivå. Denne utredningen er derfor en bro til neste idefaseutredning.

Framtidens OUS konkretisering etter høring (desember 2015)

Neste utredning er Framtidens OUS, Idefase Konkretisering etter høring. Der er det utredet/ skissert tre alternativer. Fortsatt opereres med samme urealistiske nullalternativ. Alternativ 2 er en delt løsning mellom Ullevål og Gaustad. I tillegg kommer et helt nytt alternativ 3. I dette alternativet er Stor-Gaustad skalert ned til delvis samling på Gaustad. Det som tidligere var et hovedpoeng at akuttpsykehuset skulle holdes samlet, er forlatt. Det skal deles. Lokk over Store Ringvei eller tunell i den skala som var tenkt er ikke løsbart, og reguleringsmessig er det ikke er mulig med den store utbyggingen på Gaustad som skulle gi en samling av OUS der.

I stedet lanseres et nytt alternativ med delvis samling på Gaustad og bygging av et nytt lokalsykehus. Det nye lokalsykehuset antydes å være for tre av Oslos bydeler og lokalisert mest sannsynlig til Aker. Alternativet for Radiumhospitalet er at det ikke flyttes og at det skal utvikles på dagens tomt. Akuttfunksjoner med multitraume legges til Gaustad. Dette alternativet innebærer at Ullevål sykehus legges ned. Salg av Ullevål-tomten med bygninger er en del av finansieringen for det nye sykehusbygget ved dagens Rikshospital på Gaustad. Investeringsanslaget er i størrelsesorden 38 milliarder kroner (Framtidens OUS side 6). Ekstern kvalitetssikrer påpekte at risikoen i dette alternativet trolig er høyere enn det som framkom i rapporten, og anbefalte at en ikke reduserte antall alternativer, men utreder flere muligheter.

I de videre utredninger og planer har så OUS satset ensidig på nedlegging av Ullevål sykehus og bygging av så stort sykehus som mulig på

Gaustad og Aker. Bygging på Radiumhospitalet er i full gang. Videre arbeides med å utrede sikkerhetssenteret på Ila og det er vedtatt finansiering av det. Der gjenstår imidlertid også en godkjent reguleringsplan.

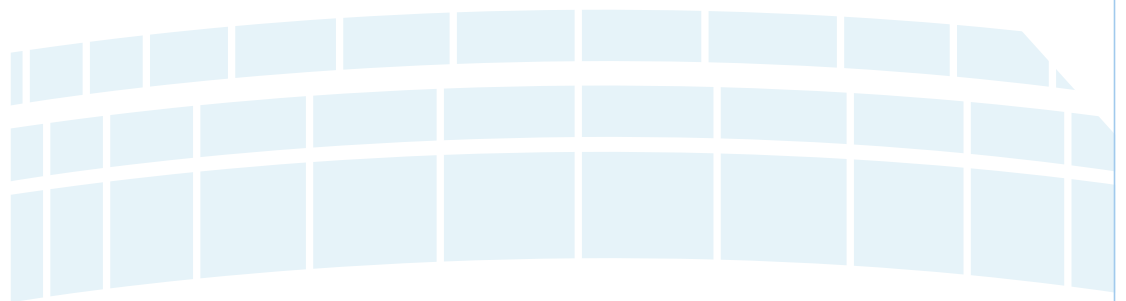
Parksykehuset og mulighetene som bruk av Ullevål gir


Det OUS ikke har gjort er å se på er et alternativ som utnytter de mulighetene utbygging og bruk av den store bygningsmasse Ullevål gir. Parksykehuset innebærer fortsatt bruk av både Ullevål sykehus, dagens Rikshospitalet på Gaustad og bygging av lokalsykehus på Aker. Parksykehuset er et forslag til en annen sykehusstruktur for Oslo enn den helseministeren fastsatte i «målbildet» i 2016. Derfor mener styrene i OUS og HSØ at dette alternativet ikke skal utredes. I Parksykehuset er Ullevål sykehus region- og akuttpsykehus med lokalsykehusansvar for fem bydeler. Rikshospitalet et frittstående spesialsykehus for planlagt regional og nasjonal virksomhet i samarbeid med Radiumhospitalet.

Aker sykehus utvikles som lokalsykehus for Groruddalens fire bydeler. Sykehuset kan bygges på tomten som HSØ allerede eier på Aker. Løsningen som skisseres i Parksykehuset kan betraktes som et nullpluss alternativ, dvs. et alternativ som iht. statens kvalitetssikringskrav burde vært utredet som et sammenlikningsgrunnlag for «målbildet». Parksykehuset kan bygges ut samlet i en fase og kan stå ferdig langt raskere enn Nye OUS på Gaustad og Aker.

Ullevål har tomtereserver for all videre utbygging. Om en ønsker samling av Ullevål sykehus og Rikshospitalet kan det eventuelt vurderes når det er behov for store bygningsmessige rehabiliteringer av dagens Rikshospital. I dette alternativet er det heller ikke behov for å kjøpe tomt for et tredje lokalsykehus i Oslo. De nye sykehusbyggene på Ullevål og et mindre sykehusanlegg på Aker som Parksykehuset skisserer, kan realiseres like raskt som planene til HSØ.

AKER SYKEHUS





Denne analysen er basert på de kostnadsanslag for alternativet Aker/Gaustad inkludert Nytt Radiumhospital og Sikkerhetscenter på Ila som ble lagt fram av OUS og som ble presentert i lånesøknadene til Stortinget.

➤ 4. SAMMENLIGNING AV INVESTERINGS- KOSTNADER, DRIFTSØKONOMI OG KAPASITET – AKER/GAUSTAD OG AKER/ULLEVÅL

Investeringskostnadene i alternativene

Denne analysen er basert på de kostnadsanslag for alternativet Aker/Gaustad inkludert Nytt Radiumhospital og Sikkerhetscenter på Ila som ble lagt fram av OUS og som ble presentert i lånesøknadene til Stortinget. For Aker/Ullevål-alternativet er lagt til grunn samme prisforutsetninger som i det regnestykket OUS selv har laget. Så store prosjekter endres gjerne løpende, men en må ha et beregningsmessig utgangspunkt for sammenligningene. Det er for eksempel nå aktuelt å leie arealer i det såkalte Livsvitenskapsbygget som Statsbygg bygger for Universitetet i Oslo. Det kan bety noe lavere areal i Aker/Gaustad -alternativet. Det gir noe lavere investeringskostnader, men kapitalkostnadene blir minst like høye i et leiealternativ. Da byttes bare leiekostnader med kapitalkostnader i regnestykkene. Leiekostnader er på lang sikt normalt noe høyere i et leiealternativ enn ved å bygge og eie selv. Så de økonomiske konklusjoner blir ikke endret. Det er grunn til å understreke at kostnadsanslag på det grunnlag som foreligger er usikre. Det gjelder for imidlertid for begge alternativene. Risikoen og da særlig risikoen ved regulering og tomteforhold, er størst for Aker/Gaustad-alternativet. Det er også en større utbygging nært opp til et sykehus i drift enn ved Aker/Ullevål-alternativet. Men også gjennomføring av Aker/Ullevål er pro-

sjekter hvor også andre utbyggingsmåter enn Parksykehuset kan bli aktuelt.

I tabell 16 er investeringskostnadene ved alternativet Aker/Gaustad sammenlignet med Aker/Ullevål slik det er skissert gjennom Parksykehuset. Dette gir investeringskostnader for Aker/Gaustad-alternativet som er 51,9 milliarder kroner fram til 2036, mens Ullevål/Aker krever samlede investeringskostnader på 32,2 milliarder kroner. Med andre ord 19,7 milliarder kroner lavere enn Gaustad/Aker-alternativet (Jf også Holte m. flere s17 -21).

Investeringene i Ullevål-utbyggingen kan gjennomføres innen 2031, mens investeringene på Gaustad 1. byggetrinn også kan være ferdig innen 2031. Andre byggetrinn på Gaustad vil først kunne være slutført etter 2036. Byggingen på Gaustad står overfor en betydelig risiko blant annet fordi at en ikke har vedtatt en reguleringsplan som innebærer så stor utbygging. Ulempene for Rikshospitalet ved en så lang periode med store utbygginger vegg i vegg med et sykehus i drift vil være større enn utbyggingen på Ullevål-tomten.

På lengre sikt vil det også være behov for investeringer. Hovedforskjellen er at tomten på Ullevål arealmessig er så store at en ikke trenger nye tomter. Mens arealene både på Aker og Gaustad er fullt utbygd. Her vil en ha behov for nye sykehustomter.

Tabell 16. Investeringskostnader ved alternative utbygginger av OUS. Milliarder kroner.

Byggetrinn / aktivitet:	Alt. 1 AKER/GAUSTAD (Nybygg Gaustad og Aker. Nedlegging salg Ullevål)		Alt.2 AKER/GAUSTAD Aker lokalsykehus for Groruddalen, Utvikling Parksykehuset Ullevål, beholde dagens Rikshospital]	
	Mdr kr	År	Mdr kr	År
Vedtatte investeringer Radiumhospitalet [1]	4,9	2022	4,9	2022
Sikkerhetssenter Ila[2]	0,9	2021	0,9	2021
Aker kjøpe tomt[3]	2,0	2028		
Aker 6 bydeler [5]	12,0	2028		
Psykatri og rus Aker eller annet sted. [4]	3,0	2028	3,0	2025
Aker byggelånsrenter[7]	1,7		1,0	
Aker 4 bydeler [6]			7,0	2025
Rikshospitalet trinn 1. [8]	12,9	2029		
RH trinn 1 byggelånsrenter[9]	1,3			
Rikshospitalet trinn 2[10]	12,0	2034		
RH trinn 2 byggelånsrenter [11]	1,2			
Ullevål – Parksykehuset [12]			14,0	2028
Byggelånsrenter[13]			1,4	
Investeringsbehov 2022 - 2036	51,9		32,2	

Målbildet som helse- og omorgsminister Bent Høie har formulert om samling av regionfunksjoner vil ikke bli oppnådd i noen av disse alternativene. Her er det følgelig ikke så stor forskjell på dem. Men Aker/Ullevål-alternativet vil kunne oppfylle dette om det i framtiden vil være fornuftig å flytte dagens Rikshospital til nye bygninger i stedet for å rehabilitere Rikshospitalet på Gaustad. På Ullevål-tomten er det god plass til dette.

Hovedårsaken til at Aker/Ullevål er ca 20 milliarder kroner lavere enn Aker/Gaustad er at Aker/

Ullevål i større grad gjenbruker eksisterende bygg, og at det ikke er behov for omfattende riving. Utbyggingen på Aker er mindre i Aker/Ullevål- alternativet og Parksykehuset på Ullevål er betydelig mindre enn planlagt utbygging på Gaustad. I Aker/Gaustad må det klargjøres tomt på Gaustad. Dette forutsetter riving av velfungerende bygningsmasse ved Rikshospitalet og Universitetets anlegg på Gaustad. Disse arealene må gjenoppbygges. I Aker/Ullevål gjenbrukes ca 110 000m² areal av god standard på Ullevål. Dette er stort sett areal som er nybygget eller rehabilitert i de senere år (Jf arealutviklingsplan

2025). Videre er det samlet i alt godt over 300 000 m² areal på Ullevål. Selv om disse arealene ikke har samme standard, kan deler av dette nyttes fortsatt. Mulig anvendelse kan avklares når virksomhetsplaner er ferdigstilt.

Kapasitet sykehusaktivitet Aker/ Ullevål sammenlignet med Aker/ Gaustad

Kapasiteten for sykehustjenester i OUS vil være høyere i alternativ 2 (Aker/Ullevål) sammenlignet med alternativ 1 (Aker/Gaustad). Det kan virke som et paradoks fordi investeringene i sykehusutbygging er 20 milliarder kroner høyere i alternativ 1 enn i alternativ 2.

Utbygging etter alternativ 1 (Aker/Gaustad) vil i første byggetrinn gi nye sykehusarealer på Gaustad på ca. 130 000 m² og på Aker tilsammen ca. 150 000 m². Samlet er det planlagt ferdig nye bygg på Aker og Gaustad fram til 2030/31 på ca. 280 000 m².

I tillegg er det regnet med et 2. byggetrinn på Gaustad på ca. 120 000 m² som skal være ferdig innen 2036. Det er imidlertid mye usikkerhet om disse planene. En kan stille spørsmål ved om det blir økonomisk mulig for HSØ å finansiere et 2. byggetrinn på Gaustad når den tid kommer.

I Aker/Ullevål-alternativet er det regnet med utbygging på Aker på tilsammen 70 000 m². Det er regnet med 30 000 m² til nye psykiatribygg og nybygget på selve parksykehuset på Ullevål er satt til 140 000 m². I tillegg kommer de 110 000 m² i bygg på Ullevål med god standard. Det betyr tilsammen 350 000 m² sykehusareal. Dette vil kunne stå ferdig innen 2030. Sammenlignes bygningsmassen ved Aker/Gaustad-alternativet, så disponerer de nybygd sykehusareal i 2030/31 på 280 000 m² mot 350 000 m² i Aker/Ullevål-alternativet. I tillegg er det på Ullevål ytterligere arealer som kan komme til nytte, men som ikke har samme gode standard.

I byggetrinn 2 på Gaustad kommer kan det ytterligere komme nybygde arealer i Aker/Gaustad-alternativet. Fra 2036 kan det følgelig være 400 000 m² bygninger av god standard i Aker/Gaustad-alternativet, mens det på Ullevål er 350 000 m². Noe av dette vil sikkert også kreve noe høyere vedlikehold enn nybygde lokaler. Videre er det på Ullevål tilsammen ca. 200 000 m² i bygningsmasse som ikke er av like godstandard.

Dagens bygningsmasse på Rikshospitalet kommer som samme tillegg i begge alternativer. Det gjelder også bygningsmasse andre steder, blant annet det nybygde Radiumhospitalet og Sikkerhetscenteret på Ila. I disse kostnadssammenligningene har vi ikke i Aker/Gaustad-alternativet tatt med ekstra kostnader til parkeringsbygg og kostnader til erstatning av spesialbygg på Ullevål som trykktank og isolatenheter. På den annenside har vi heller ikke tatt med ekstra vedlikeholdskostnader som kan påløpe den eldre bygningsmassen på Ullevål.

Virkninger på tilbudet av sykehustjenestene av 20 milliarder kroner i høyere investeringskostnader

Når investeringene blir 20 milliarder kroner høyere vil også framtidige kapitalkostnadene bli vesentlig høyere. Røft kan vi anta at de årlige kapitalkostnadene utgjør ca. 5 prosent av investeringskostnadene. Kapitalkostnadene består av avskrivninger på investeringer i selve byggene (2,5 prosent av investeringskostnader) og avskrivninger på medisinsk/teknisk utstyr (12,5 prosent av investeringene) og rentekostnadene. Dette betyr at 20 milliarder lavere investeringer gjennomsnittlig reduserer årlige kapitalkostnader med rundt en milliard kroner på årsbasis. Det innebærer at driftsbudsjettet til å finansiere pasienttilbud og helsepersonell kan bli i størrelsesorden en milliard kroner høyere i alternativ 2 (Parksykehus Ullevål og lokalsykehus Aker) enn i alternativ 1 som styret i OUS og Helse Sør-Øst satser på.

Nærmere om driftsøkonomiske utfordringer i OUS

Det mest avgjørende for hvilke sykehustjenester OUS kan tilby er driftsøkonomien i sykehuset. Hva er til disposisjon til personell, medisiner og andre driftsmidler er det sentrale spørsmålet. Hovedutfordringen for OUS er driftsøkonomien og hvordan helseforetaket skal få råd til å dekke kapitalkostnadene over driften. Investeringer og lån er ingen gave til sykehuset. Systemet er slik at disse utgiftene må dekkes av driftsinntektene i etterfølgende år, og da blir det som vist foran mindre igjen til å yte medisinske tjenester.

Tabell 17 viser hvor krevende driftsøkonomien er i OUS. I normalår klarer ikke OUS å oppnå de resultatmål som må til. Dataene er hentet fra styrepapirer for OUS og Helse Sør-Øst RHF. Resultatmålet HSØ har satt for god drift er 2,5 prosent av helseforetakenes driftsinntekter. Dette tallet for OUS er angitt i linje 1, og ville utgjøre årlig mellom 500 og 600 millioner kroner. Tallene i linje 2 er resultatene OUS har oppnådd de siste år. Resultatene påvirkes også av engangsinntekter, og det er særlig viktig å være oppmerksom på inntekter fra eiendomssalg.

Dersom eiendommer selges for et høyere beløp enn de er bokført til i balansen får en slike gevinster. Slike inntekter er angitt i linje 4. Selv i år uten store eiendomssalg er de betydelige.

Linje 5 viser resultatene av drift eksklusiv eiendomssalg. Disse tallene er langt lavere enn det OUS må ha for å samle egenkapital til de store investeringene og møte kapitalkostnadene etter at investeringene er gjennomført.

I Økonomisk Langtidsplan 2019 – 2062 er det gitt opplysninger om hvilke driftsmarginer og effektiviseringsgevinster som er lagt til grunn i planen. I perioden 2019-2025 er det regnet med en gjennomsnittlig økning i arbeidsproduktiviteten på 1,5 prosent per år (Økonomisk Langtidsplan side 13 og 14). På side 23 er opplyst at «Resultatmargin skal i perioden 2019-2028 øke fra 5 % til 7,5 %» (Helse Sør-Øst. Økonomisk Langtidsplan 2019-2062 side 23). Det virker ikke som en særlig realistisk forutsetning i forhold til de resultater som tidligere er oppnådd. Det stiller spørsmål ved den økonomiske bæreevne som det er konkludert med i Konseptfaseutredningen for alternativet Gaustad /Aker.

OUS er klar over de store utfordringer for å oppnå bedre driftsresultat. I økonomisk langtidsplan er det regnet med betydelig effektivisering av driften både i forkant av investeringene og som følge av investeringene. På bakgrunn av tallene som viser driftsresultatene som er oppnådd, må det reises store spørsmål om dette er realistisk og om det kan gjennomføres uten å svekke kvalitet og kapasitet i tilbudene til pasientene.

Tabell 17. Resultat driften OUS 2010–2019. Regnskap. Millioner kroner

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Mål for "God drift" 2,5% av Driftsinntekter	432	434	458	483	497	549	547	572	585	613
Budsjettmål	1 049	-400	-400	-200	1 237	175	225	250	175	200
Årsresultat	567	-559	-526	-280	1 262	111	301	268	374	376
Eiendomssalg (regnskapsmessig gevinst)	49	28	85	7	55	123	14	140	-	80
Årsresultat Ekskl. eiendomssalg	518	-586	-611	-288	1 207	-12	287	128	374	296
Eiendomssalg (regnskapsmessig gevinst)	49	28	85	7	55	123	14	140	-	80
Finansiell leie (MTU)						322	158	311	313	403

På side 22-23 i økonomisk langtidsplan er det gitt en oversikt over gevinster i drift og vurdering av risikoen knyttet til å oppnå disse gevinster. Tiltak som til sammen er beregnet å gi gevinster på 960 millioner kroner per år er vurdert til å ha svært høy risiko, 712 millioner har høy risiko og 726 millioner kroner har moderat risiko. Ingen av tiltakene har i utgangspunktet lav risiko. Det er imidlertid antatt at ved å sette inn risikoreduserende tiltak kan risikoen nedklassifiseres fra svært høy til høy risiko, fra høy til moderat risiko og fra moderat til lav risiko.

Den økonomiske styring av driften av sykehus er krevende. Her er bare trukket fram noen viktige sammenhenger knyttet til investeringer. Når sykehusene skal investere må de framskaffe 30 prosent av investeringen gjennom egne midler og 70 prosent i lån. For å framskaffe egenkapitalen må de vanligvis ha driftsoverskudd som kan avsettes til framtidige investeringer. Egenkapitalen kan også framskaffes ved salg av eiendommer. Investeringene på 52 milliarder til Aker/Gaustad krever følgelig egenkapital på 15-16 milliarder kroner og lån på 35-36 milliarder kroner. Dette makter ikke OUS økonomisk å bære med dagens finansieringssystem. Det er derfor økonomisk uansvarlig å satse på Aker/Gaustad alternativet.

Konkret betydning av lavere inntekter til pasientrettede sykehustjenester

Det er krevende å belyse hva 1000 millioner kroner i lavere driftsutgifter til pasientrettede sykehustjenester betyr i lavere tilbud til innbyggerne. Gjennomsnittlig koster et sykehusdøgn i underkant av 8000 kroner. Men det er selvsagt store variasjoner avhengig av hva slags tjenester pasienten mottar i form av diagnostisering eller behandling. En utskrivningsklar pasient som bare får tilsyn og medisiner koster naturligvis langt mindre enn en pasient som får krevende diagnostisering eller tung kirurgisk behandling. Tar en utgangspunkt i gjennomsnittskostnaden per pasientdøgn inklusive behandling, vil 1000 millioner kroner lavere driftsutgifter

reduere antall pasientdøgn med 125 000 per år. Alternativet Aker/Gaustad og nedlegging av Ullevål vil derfor gi dramatisk lavere kapasitet i tilbudet av sykehustjenester til innbyggerne i Oslo enn om Ullevål beholdes og en i stedet bygger Parksykehuset og Aker som lokalsykehus for bydelene i Groruddalen og Alna og Bjerke.

Salgsinntekter for Ullevål – hvorfor må Ullevål selges?

Salg av sykehustomter og bygg påvirker økonomien i helseforetakene på tre måter:

- Salgsinntektene gir foretakene ekstraordinære inntekter. Differansen mellom salgsobjektene bokførte verdi og salgssum gir direkte inntekter som inngår i resultatregnskapet og forbedrer helseforetakets resultatregnskap og kan brukes til å unngå underskudd eller skape overskudd i perioder med ekstraordinære kostnader.
- Salgsinntektene øker foretakets likviditet og dermed evne til å betale avdrag.
- Inntektene fra salg av eiendommer kan brukes til å frambringe den egenkapital helseforetakene må ha for å få lån fra staten til investeringer i nye sykehus.

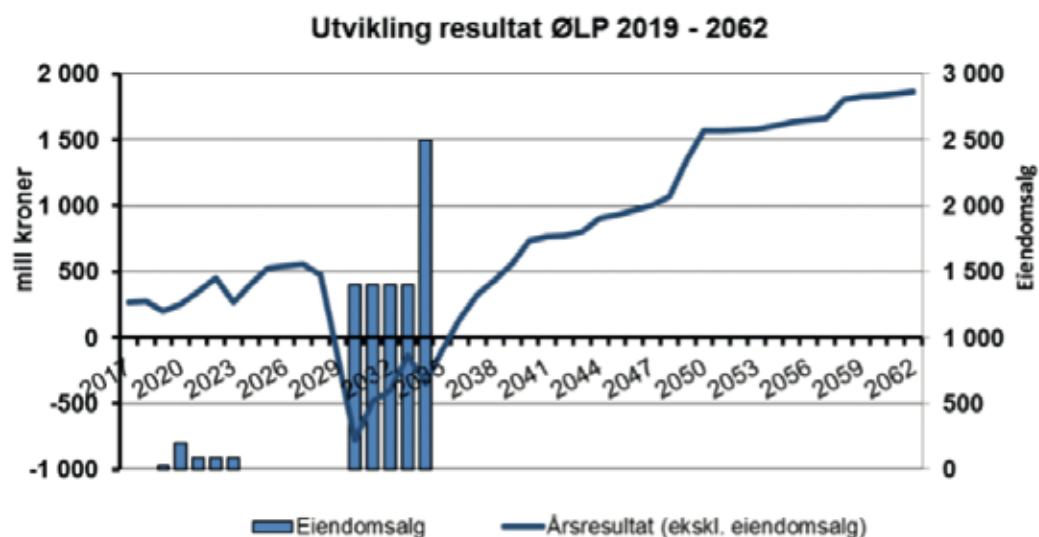
Disse virkningene betyr at det er gunstig å selge verdifulle eiendommer i forbindelse med bygging av nye sykehus i stedet for å utvikle sykehusene der de ligger i utgangspunktet. Det gjelder selv om tomtearealene er store nok til utbyggingen. Det er flere eksempler på dette.

Ullevål er kanskje det klareste eksemplet. Tomten har svært høy verdi som sykehustomt ikke bare i dag, men også for framtidige behov for utbygging av sykehusene. Det er antatt at salget av Ullevål tomten med bygninger kan gi en ekstraordinær inntekt til OUS på 7-9 milliarder kroner ved salg nå. Det er så vidt vi kjenner til ikke gjort beregninger av hvilken verdiutvikling en kan forvente at tomten vil ha og ikke minst hva slags verdi tomten har for framtidig sykehusutbygging. Det er uansvarlig å selge Ullevål uten å gjøre anslag på den verdiutvik-


ling en kan forvente den vil ha. Sannsynligvis vil et slikt regnestykke vise at verdiene er langt høyere enn den verdi en kan forvente å få ved salg til eiendomsutviklere i dag. Det er salget av Ullevål-tomten som gjør det nødvendig å presse inn et altfor stort bygningsvolum på de langt mindre tomtene på Rikshospitalet og Aker.

Figur 4 illustrerer fremtidig utvikling av årsresultatet for OUS slik det ble lagt ved lånesøknaden. Figuren viser at salget av Ullevål-tomten gir en kortvarig effekt på årsresultatene. På lang sikt har gevinsten liten betydning for OUS' økonomi. Figuren viser også at OUS forutsetter en meget stor resultatforbedring.

Figur 4. Utvikling i resultat OUS (gjengitt fra s. 16 i Oslo universitetssykehus – økonomisk langtidsplan 2019 – 2062).





A blurred photograph of a hospital hallway. In the foreground, a person in a white lab coat is walking away from the camera. To the right, a person in a blue shirt is walking towards the camera. The background shows other people and the bright, clean environment of a hospital corridor.

I utgangspunktet er alle sykehusene i OUS store sykehus hvor mulighetene til fagmiljøer, fagsammensetning og medisinsk tekniske løsninger legger til rette for kvalitetsmessig gode sykehusstilbud.

➤ 5. BEHANDLINGSKVALITET VED ALTERNATIVENE

Generelt

I utgangspunktet er alle sykehusene i OUS store sykehus hvor mulighetene til fagmiljøer, fagsammensetning og medisinsk tekniske løsninger legger til rette for kvalitetsmessig gode sykehustilbud. Det er imidlertid noen forhold som taler for at kvalitet på sykehustjenester blir bedre i Aker/Ullevål-alternativet enn i Aker/Gaustad-alternativet. Hovedårsaken er her også at Aker/Ullevål gir større sykehuskapasitet, og større kapasitet gir også potensiale for bedre kvalitet i behandlingen. Dette alternativet legger bedre til rette for at dagens medisinske fagmiljøer kan utvikles i takt med medisinsk/tekniske muligheter uten risikabel oppbrytning og splitting og deling av miljøene. Alternativet Aker/Gaustad innebærer at dagens miljøer på Ullevål avvikles og må splittes og deles opp. Det innebærer en stor risiko for å forstyrre og ødelegge noen av de sterkeste medisinsk-faglige miljøer vi har i Norge.

Helt konkret gir Aker/Ullevål-alternativet vesentlig bedre muligheter til å opprettholde og utvikle den sentrale traumefunksjonen som Ullevål har både for Helse Sør-Øst og hele landet. Det er ikke mulig å opprettholde den på samme måte i Aker/Gaustad-alternativet. Dagens Rikshospital vil også påvirkes av de store endingene i fagmiljøene. En fusjon mellom deler av Rikshospitalet og Ullevål vil medføre nye splittings mellom Aker og Gaustad.

Særlig Rikshospitalet, men også Ullevål, ivaretar nasjonale sykehus- og spesialisthelsetjenester for innbyggerne i hele Norge og tjenester på regionnivå for hele Helse Sør-Øst. Ved for lav kapasitet vil derfor ikke bare tjenestene til Oslos innbyggere bli redusert. Det vil kunne ramme de regionale funksjoner for Helse Sør-Øst og

spesialområder for innbyggere over hele landet. I realiteten er nedlegging av Ullevål og utbyggingen som er planlagt på Gaustad, et gigantisk eksperiment med kvaliteten og utviklingsmulighetene for gode norske sykehustjenester i hele Norge. Fagmiljøene har lenge advart om at det ikke vil være mulig å opprettholde samme kvalitet i den løsningen som HSØ planlegger.

Kreftbehandling – sterkt økende behov

Med økt alder vil også antallet nye pasienter som får kreft hvert år øke. Moderne behandling og medisiner gjør at langt flere overlever en kreftdiagnose og mange pasienter vil kunne leve mange år med kreft. Det forutsetter selvsagt tilgang på behandling. Det nye Radiumhospitalet som er under bygging blir et spesialistsykehus som skal ha regional – og lokalsykehusfunksjoner og levere høyspesialisert kreftbehandling til pasienter fra hele Norge. Fagmiljøene innen kreft mener at kapasiteten ikke blir tilstrekkelig i forhold til behovet dersom tilbudene på Ullevål legges ned. Ullevål har i dag stor kapasitet og stor betydning for tilbudet om kreftbehandling særlig for innbyggerne i Oslo. Det er frykt for at sykehusene i Oslo vil få problemer med å tilby befolkningen kreftbehandling på lokalsykehusnivå. Dermed vil også kreftpasienter i langt større grad måtte følges opp av kommunen og fastlegene. Fastlegene melder allerede i dag at det økende ansvaret for oppfølging av kreftpasienter er krevende.

Kvalitet innen psykisk helse og rusbehandling

Når det gjelder psykiatri og rus er HSØs plan å samle rus og psykiatri med unntak for sikkerhetscenteret og DPS-er m.v. på Aker sykehus.

I dag er disse pasientene fordelt på Ullevål, Gaustad og Dikemark sykehus. Tilbudet på disse tre sykehusene er planlagt nedlagt. På det gamle vernede Gaustad sykehus er det planlagt kontorer og undervisningsarealer. Tapet av disse tilbudene, spesielt på Gaustad sykehus, kan bli svært utfordrende for Oslo kommune. Gaustad sykehus har stor kapasitet med 74 døgnplasser, blant annet med lokal sikkerhetsavdeling og avdeling for alderspsykiatri. Gaustad sykehus har også et stort og variert poliklinisk tilbud med poliklinikk for pasienter med spiseforstyrrelser, egen avdeling for unge med psykose og en stor avdeling for behandling av rusavhengige. Gaustad sykehus har stor plass og kan for eksempel tilby hestetterapi og andre unike former for miljøterapi som teater og maleverksted og har en egen pasientdrevet kafé. Sykehuset unike beliggenhet med eplehager og marka som nabo gir også muligheter for terapitimer utendørs i stedet for i samtalerom. Det har mange pasienter stor nytte av. Tilbudene på Gaustad sykehus er viktige for Oslos innbyggere. Unge pasienter som sliter med psykiske helseplager og/eller avhengighet får poliklinisk behandling der. Når disse tilbudene blir borte som en del av planene til HSØ, vil tunge oppgaver kunne falle på Oslo kommune.

Arealene på Ullevål og Dikemark er planlagt å selges

HSØ planlegger å samle psykiatri og rus i blokker i sørenden av Akertomten. Samlokalisering av somatikk og psykiatri og rusbehandling har i en periode vært normen. Da sykehuset i Østfold åpnet for drøye fem år siden var det første gangen psykiatrien ble samlet under samme tak som somatikken. I artikkelen, «En ny dag truer» er avvik knyttet til vold, trusler og utagering på psykiatriske avdelinger ved de seks største sykehusene i Norge analysert. Sykehuset i Østfold kommer dårlig ut i denne sammenligningen. I 2020 ble det meldt inn 1560 avvik i denne kategorien ved sykehuset. Til sammenligning hadde OUS 746 slike avvik.

En anonym ansatt som ble intervjuet sa følgende til NRK:

– Rommene de har er ikke innredet for pasienter som skal være der lenge. De er like sparsomme-lige som rommene for pasienter som er på sykehuset i bare ett døgn.

Dårlig plass er ikke det eneste han reagerer på – pasientene burde ha flere muligheter for aktivitet. Når det er nok folk på jobb kan de gå korte turer med pasienter, eller spille kort og spill. Dersom det ikke er nok folk på jobb, kan pasientene gå ut i det flere ansatte kaller «bur», forteller han

Per er overbevist om at små fellesområder og lange, smale korridorer på sykehuset gjør at pasientene kan bli mer aggressive.– Trusler, vold og trakassering gjør noe med deg over tid, sier «Per». Det er lignende løsninger som planlegges for psykiatriske pasienter i OUS. Dette kan bli en dårlig løsning, som i mindre grad enn dagens løsninger egner seg for pasienter med behov for lengre perioder med innleggelse. Byggene som planlegges er mer egnet til akuttbehandling og korte opphold. Denne måten å behandle pasienter med alvorlig psykisk sykdom vil stille store krav til Oslo kommune. Den må ta imot sykere pasienter og finne alternativer til pasienter som ikke kan ta omsorg for seg selv og som trenger langvarig heldøgns omsorg og behandling. Kommunen vil ha mange oppgaver når det gjelder psykisk helsevern med lavterskeltilbud, forebygge og med å ivareta mennesker med mindre alvorlige psykiske helseutfordringer.

De mest alvorlig syke pasientene vil kreve mye ressurser og kan i verste fall fortrenge unge pasienter med mindre alvorlige lidelser, men like fullt med behov for hjelp. Både endringene som planlegges og reduksjonen i kapasiteten i forhold til folketallet vil kreve at Oslo kommune investerer tilbud til pasienter med psykiske lidelser i langt større omfang enn i dag.

⁶ Aftenposten 21. mars 2021, «En ny dag truer»
www.nrk.no/osloogviken/xl/en-ny-dag-truer-1.15225216



Det er gjennomført omfattende risikovurderinger av utbyggingsalternativet Gaustad/Aker, både i konseptfaserapporten og i tidligere utredninger om Campus Oslo.

➤ 6. ANDRE VIKTIGE FORHOLD

Risikovurderinger

Det er gjennomført omfattende risikovurderinger av utbyggingsalternativet Gaustad/Aker, både i konseptfaserapporten og i tidligere utredninger om Campus Oslo. Risikoelementene er knyttet til:

- Driftsinnsparinger og effektiviseringer før utbygging av Gaustad og Aker er ferdig.
- Risiko knyttet til planlegging og da særlig reguleringsrisiko
- Risiko knyttet til gjennomføring av utbyggingene. Her er det særlig risiko ved at utbyggingen på Gaustad må gjennomføres nært opp til Rikshospitalet som er et sykehus i full drift.
- Risiko knyttet til driftsgevinster etter utbygging.

Risikoelementene er allerede beskrevet godt i utredningene. I tillegg foreligger det særskilte rapporter hvor det er gjennomført eksplisitte risikovurderinger av disse forholdene. Den viktigste er rapporten fra Metier/OPAK fra januar 2016. Her skal derfor gjengis noen av de oppsummerte konklusjoner.

Vurderingene som framkommer i oppsummeringene fra Metier/OPAK i januar 2016 er de samme risikoelementer fra Idefaserapportene. Det som er tatt hensyn til er konklusjonene fra Statens Veivesen om at lokk over Ringveien ikke er mulig innen rimelige tidshorisonter og Plan- og bygningsetatens påpeking av at det er store motstridende reguleringsinteresser knyttet til tomten på Gaustad. Det er ivare tatt ved at full samling av OUS på Gaustad ikke er et mulig alternativ.

Risikoen knyttet til økonomiske forhold framkommer også godt i Økonomisk langtidsplan

2019-2062 Konseptfase Aker-Gaustad. Den viser at risikoen knyttet til driftsinnsparinger og effektivisering før utbygging (2019-2029) er så stor at en må stille spørsmål om anslagene på driftsgevinster er realistiske. En har i mange år forsøkt å få til lignende gevinster uten å lykkes. Økonomisk Langtidsplan drøfter også driftsinnsparinger etter utbyggingen. I Økonomisk langtidsplan er disse forhold drøftet på side 22/23. Konklusjonen er at risikoen knyttet til resultatforbedringer i driften i perioden 2019-2028 er svært høy. Selv om risikoreduserende tiltak settes inn, vurderes risikoen for at slike gevinster ikke oppnås som høy. Vurderingen av gevinster etter gjennomføringen av utbyggingen på Gaustad ligger på samme nivå. Risiko knyttet til driftsgevinster etter utbygging på Aker vurderes som noe lavere.

Både utbygging på Gaustad, Ullevål og Aker vil ha høy risiko. Det har sammenheng med at dette er store og komplekse utbygginger. Utbygging både på Gaustad og Ullevål vil skje nært opp til sykehusbygg i drift og det er komplekse tomteforhold. Utbygging på Gaustad og Aker vil i tillegg ha stor risiko knyttet til regulering. Slik risiko er langt mere begrenset i Ullevål alternativet. Det kan også gjelde Aker-utbyggingen dersom den kan holde seg innenfor dagens tomteareal i dette alternativet. Både Gaustad og Aker har større arealbegrensinger og vil mangle reservearealer. Det øker risikoen ved gjennomføring av utbyggingene i forhold til utvikling av OUS på Ullevål i kombinasjon med Aker. Utbygging på Ullevål kan også gjennomføres mere fleksibelt enn på Gaustad.

Dagens Rikshospital vil også påvirkes av de store endingene i fagmiljøene en fusjon mellom deler av Rikshospitalet og Ullevål og nye

spplittinger mellom Aker og Gaustad vil medføre. Spesialisthelsetjenestene i Oslo vil være spesielt sårbare for større helsehendelser som katastrofer, terror eller nye pandemier i byggeperioden på Rikshospitalet som er planlagt å vare i over 10 år. Dette skal skje samtidig som det skal bygges et nytt stort sykehus på Aker. For Oslo kommune vil disse svært omfattende og krevende planene bety en svekkelse av beredskapen og sikkerheten til innbyggerne.

Beredskap pandemi

Utbygging på Gaustad og Aker betyr at sykehus-tjenestene vil samles i store høybygg. Det har i særlig grad sammenheng med tomteforholdene og de økonomiske forholdene nevnt foran. Ullevål/Aker-alternativet legger til rette for mindre og også adskilte bygg om det skulle være ønskelig ut fra beredskapsmessige hensyn. En har naturligvis også mulighet til høybygg om en skulle ønske det i Ullevål/Aker-alternativet.

Bedre mulighet for investeringer i andre helseforetak i Helse Sør-Øst (HSØ)

Investeringene i OUS vil uansett valg av utbyggingsalternativ historisk bli de største sykehusinvesteringer noensinne i Norge. HSØ har begrenset investeringskapasitet. Følgelig er det slik at dess større investeringene er i Oslo må flere av investeringsprosjektene i andre deler av HSØ forskyves i tid eller sløyfes. Av den grunn framstår det som uansvarlig av styret i HSØ å la være å utrede et utbyggingsalternativ som kan gi 20 milliarder kroner lavere investeringer og større kapasitet for sykehustjenester i Oslo.

Tomtenes egnethet

Tomten på Ullevål er langt bedre egnet for sykehusutbyggingen enn tomten på Gaustad.

Det skyldes følgende forhold:

- Beliggenhetsmessig i Oslo er det ikke stor

forskjell på tomtene, men adkomstforbindelse til Gaustad er kun via Ring 2, mens Ullevål har i hvert fall tre/fire gode adkomstmuligheter.

- Ullevål-tomten har vesentlig større utbyggingskapasitet enn Gaustad-tomten. Utbyggingen kan derfor gjennomføres på en mer fleksibel måte, og konflikter knyttet til bygging nær sykehusbygg i drift kan reduseres noe. Tomten er så stor at den har god plass til framtidige nye bygg for sykehus. Tomtearealene på Gaustad vil sprengte normale arealrammer på denne tomten.

Derfor er det ut fra vurdering av tomtene klart bedre å bruke Ullevål i stedet for Gaustad.

Når det gjelder Aker-tomten bør også Aker/Ullevål velges fordi en da allerede eier det tomtearealet en har behov for. En kan derved unngå å måtte kjøpe tilleggstomt og rive en stor eksisterende bebyggelse av boliger.

Reguleringsmessig er det langt enklere å få godtatt de utbygninger som Aker/Ullevål-alternativet krever enn de utbygninger som kreves både på Gaustad og Aker i Gaustad/Aker-alternativet. I sistnevnte alternativ er det så store reguleringskonflikter at Plan- og bygningsetaten i Oslo kommune har reist innvendinger mot reguleringen som det vil være vanskelig å løse.

Miljømessige forhold

Dette er et stort tema som i liten grad er vurdert. Her skal bare kort kommenteres at bygging av nye store bygg er langt mere omfattende i Aker/Gaustad-alternativet enn i Aker/Ullevål-alternativet. Det er ansett å være bedre miljømessig å utnytte og rehabilitere eksisterende bygningsmasse enn å bygge nytt. Det burde være en miljøanalyse ved vurdering av alternativene. Det er overveiende sannsynlig at Aker/Ullevål vil komme best ut i en miljømessig vurdering.



Normalt vil sammenblanding av roller hvor det kan oppstå interessekonflikter bli unngått fordi det kan bidra til at interessene til OUS ikke blir ivaretatt ut fra hva som er best for innbyggerne og for OUS.

➤ 7. HAR STYRING OG UTREDNING AV UTVIKLING AV OUS VÆRT FORSVARLIG?

OUS har vært gjennom omfattende fusjonsprosesser etter fusjonen mellom Helse Sør og Helse Øst. De sentrale personene i arbeidet med fusjonsprosessene ble stort sett fjernet. De største virkningene av fusjonen er at Aker sykehus ble vedtatt nedlagt fra 2010, at klinikker ble slått sammen på tvers av de enkelte sykehus og at lokal ledelse ved det enkelte sykehus ble fjernet. Det er flere indikasjoner på at disse tiltakene må ha vært klare feilgrep. Nå er det stor enighet om at Aker sykehus skal gjenoppbygges. Riktignok er det uenighet om hva innholdet i sykehuset skal bli. Videre er det stor enighet om at klinikkledelse på tvers av sykehusene har vært uheldig og har bidratt til et større byråkrati og mindre effektiv drift av tjenestene. I forbindelse med Nasjonal sykehusplan i 2017 anbefalte Stortinget at alle sykehusene bør ha lokal ledelse.

Sammensettingen av styrene og ikke minst valg av styreleder og daglig leder for OUS kan ha vært avgjørende for hvordan utviklingsprosesser av sykehusene er blitt styrt. Det er konkurranse mellom sykehusene i forhold til hvilke spesialiteter og funksjoner også de store sykehusene skal ha og utvikle. Samtidig er det på noen områder også nødvendig å gi enkeltsykehus ansvar der det er behov for landsdekkende spesialiteter. Rikshospitalet har vært sykehuset med flest slike funksjoner, selv om en også har noen av dem ved de store universitetssykehusene i Bergen (Haukeland) og St. Olavs hospital i Trondheim. Da kan det framstå som uheldig sammenblanding av roller å velge en styreleder som har sin basis i det som kan være konkurrerende sykehusmiljøer. Det er ikke i samsvar med gode prinsipper for styring av offentlig virksomhet

En må unngå at personer i slike posisjoner har slike potensielt konkurrerende interesser.

Administrerende direktør Stener Kvinnsland i Helse Bergen var styreleder i OUS fra 2011 til 2016. Da han sluttet ble Gunnar Bowin, tidligere administrerende direktør ved St. Olavs hospital satt inn som styreleder ved OUS. Han hadde da vært administrerende direktør for Helse Midt-Norge og var rektor ved NTNU. St Olavs hospital har som universitetssykehus tett tilknytting til NTNU.

Det er også andre i disse prosessene som har blandete og motstridende interesser. Gjerdrem som nå er styreleder i Helse Sør-Øst er for eksempel samtidig styreleder i Helse Bergen, dvs. Haukeland Universitetssykehus. Det er også påfallende at tre tidligere departementsråder; 2 fra Finansdepartementet og en fra Helsedepartementet sitter i styrene i OUS og Helse Sør-Øst. Den departementsråden som ledet arbeidet med å utrede sammenslåing av Helse Sør-Øst er for eksempel nå nestleder i styret for OUS.

Normalt vil sammenblanding av roller hvor det kan oppstå interessekonflikter bli unngått fordi det kan bidra til at interessene til OUS ikke blir ivare tatt ut fra hva som er best for innbyggerne og for OUS. Det er svært påfallende at alle ansattes representanter i styret for OUS og for Helse Sør-Øst har gått imot å utvikle OUS etter alternativ 1 (Gaustad/Aker) og har støttet utredningen av Alternativ 2 (Ullevål/Aker). Disse medlemmene i styret er de som har mest fagkompetanse og erfaring når det gjelder styring og utvikling av sykehusene i OUS og har best oversikt over alternativene.

I eget vedlegg til denne rapporten er det gitt en detaljert gjennomgang av vedtak og uttalelser som Oslo kommune har gjort i forbindelse med planene for utbygging av OUS.

8. OSLO KOMMUNES VURDERINGER OG BEHANDLING AV ALTERNATIVER FOR UTBYGGING AV OUS

I eget vedlegg til denne rapporten er det gitt en detaljert gjennomgang av vedtak og uttalelser som Oslo kommune har gjort i forbindelse med planene for utbygging av OUS. Helse- og omsorgsminister Bent Høie har ved flere anledninger gitt uttrykk for at Oslo kommune har støttet de utbyggingsplanene OUS har lagt fram i alternativ 1. En står foran omfattende utbyggingsplaner, og Oslo kommune har selv sagt støttet mange elementer i disse planene som for eksempel utbyggingen av Radiumhospitalet. Men Oslo kommune har etter 2020 ikke støttet planene som innebærer nedlegging av Ullevål sykehus og flytting av denne aktiviteten til nye bygg på Gaustad og Aker. Oslo bystyre behandlet dette spørsmålet 29. januar 2020 og vedtok da følgende:

1. Bystyret ber byrådet sende et tillegg til Oslo kommunes høringsuttalelse fra oktober 2018, der det bes om at Gaustad-planene settes på vent til fortsatt drift av Ullevål er tilstrekkelig utredet.
2. Bystyret ber byrådet informere helseministeren om at flertallet i Oslo bystyre ønsker å utrede viderebehandlingen av Ullevål sykehus før man går videre med sykehusplaner for Oslo.» Andre viktige uttalelser fra Oslo kommune er kommet fra Byråd for eldre, helse og arbeid. De er gjennomgående kritiske, særlig til kapasitetsberegninger i planer som er lagt fram og at høringsfristene har vært for korte til å involvere politiske organer i høringene. Det er trukket

fram at behovsberegningene mer generelt undervurderer utviklingen i behovene for sykehustjenester og tar spesielt opp at kapasitet i psykiatri er for lav. De er også svært kritiske til at kommunen med sine tjenester ikke er trukket inn i arbeidet med planen og påpeker behovet for bedre samordning mellom sykehusplanene og kommunens planer når det gjelder helse-, pleie- og omsorgstjenester. De går så langt i sin uttalelse at kommunen skriver:

«Oslo kommune mener at sykehuset har for stort fokus på seg selv og er for lite opptatt av sine samarbeidspartnere i utviklingsplanen.»

Tolv av femten bydeler i Oslo har uttalt seg om planene til OUS. De som har uttalt seg har uttalt bekymring knyttet til planene om nye sykehusbygg. Det gjelder spesielt spørsmål om kapasitet, økonomi og samhandling med kommunehelsetjenesten. Åtte av de tolv som har uttalt seg, er negative til nedlegging av Ullevål og støtter utredning av Ullevål/Aker-alternativet.

Plan og bygningsetaten (PBE) som har ansvaret for arbeidet med reguleringsplanene for utbyggingen på Gaustad og Aker, har reist innvendinger mot utbygging etter de planer OUS har lagt fram for Gaustad og Aker fordi de strider mot kommuneplanen som gjelder i Oslo. Det er derfor usikkert om de reguleringsplaner som er forutsatt for at utbygging kan starte opp, vil bli vedtatt.

➤ 9. OPPSUMMERING OG KONKLUSJON

På grunn av befolkningsutviklingen samlet og særlig den sterke økningen i innbyggertallet over 70 år i Oslo, øker behovet for sykehustjenester og kommunens tjenester kraftig i årene framover. Dersom en tar utgangspunkt i at standardnivået for kommunens tjenester skal beholdes på dagens nivå i forhold til innbyggerne 80 år og eldre, må tjenestene til disse grupper øke med ca. 120 prosent fram til 2035 og ca. 196 prosent fram til 2050. Dette gjelder tjenester som sykehjem, hjemmesykepleie og ulike former for bistand til hjemmeboende eldre. Denne utviklingen i befolkningen medfører også kraftig økning i behovet for andre primære helsetjenester som innbyggerne mer generelt er avhengig av. Det gjelder fastleger, fysioterapi, tilbudene i de kommunale psykiatritjenestene m.v.

Beregningene av behovene for sykehustjenester i utviklingen av OUS virker å være anslått for lavt. Byrådet i Oslo har eksplisitt uttalt at behovet er anslått for lavt. Derfor er det viktig å velge det alternativet for utbygging av sykehustjenester som gir størst kapasitet både investerings- og driftsmessig, dvs. Aker/Ullevål alternativet.

Det er også helt konkrete virkninger for bydelene ved de ulike alternativer for sykehusutbygginger. I alternativ 1 vil bydelene Stovner og Grorud fortsatt ha Akershus universitetssykehus (Ahus) som lokalsykehus fram til 2. byggetrinn på Gaustad er ferdig. I alternativ 2 vil bydelen Bjerke, Alna, Stovner og Grorud samles på nytt

lokalsykehus på Aker flere år tidligere og dermed avlaste Ahus som allerede i dag har for liten kapasitet til innbyggere fra Akershus. Begrunnelsen fra styrene i OUS og Helse Sør-Øst for å anbefale alternativ 1 (Gaustad/Aker) er forestillinger om at da kan tilbudet av sykehustjenester fra Oslo-sykehusene som har mere nasjonal og regional karakter, samles på Gaustad rundt Rikshospitalet og derved bli mere effektive. Utredningene som stadig har hatt skiftende konklusjoner om lokalisering og fordeling av tjenestene og fagmiljøer, har dokumentert at denne målsettingen eller ønsket ikke lar seg oppfylle ved utbyggingen på Gaustad. Fortsatt vil vesentlige regionale funksjoner ligge på Radiumhospitalet og nytt sykehus på Aker. Derfor er det ikke sannsynliggjort at utbygging på Gaustad og Aker vil gi mere effektive sykehustjenester fra OUS.

Når kapasiteten i statens sykehustjenester til innbyggerne i Oslo blir lavere, vil presset mot Oslo kommunes helse-, omsorgs- og pleietjenester bli sterkere. Dette vil bli krevende i en periode hvor de kommunale oppgavene vil øke kraftig også før overføring av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten. Det betyr at Oslo kommune vil ha behov for en historisk omfattende utbygging av sine tjenester og det vil være behov for et utstrakt samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Dersom sykehusene ikke ruster opp sin kapasitet for å møte behovsøkningen på sin side vil samarbeidet bli mere krevende. Det er de kommunale tjenestene som må kompensere

for et dårligere tilbud fra staten. De offentlige helsetilbudene til pasienter og pårørende kan da få en lavere kvalitet enn dag. Det gjelder både tjenestene knyttet til somatikk og særlig psykiatri og rus. Dette er opplagte sammenhenger. I somatikken er det særlig grunn til bekymring for kapasitet i kreftbehandling dersom Ullevål legges ned. Den traumefunksjonen Ullevål har i dag vil måtte bli splittet dersom Ullevål legges ned. Bedre kapasitet og helsetjenester fra sykehusene og statens andre helsetjenester gir innbyggerne bedre tjenester og det letter mulighetene til å bygge ut kommunens tjenester i takt med innbyggernes behov slik at de samlede helse-, omsorgs- og pleietjenester blir gode sett fra innbyggernes ståsted.

Utbygging etter Aker/Gaustad-alternativet er i direkte i strid med Oslos kommuneplan, reguleringsbestemmelsene for tomtene og sentrale vernebestemmelser både kulturhistorisk og miljømessig. Den gir også vesentlig dårligere beredskap i den lange byggeperioden utbyggingen på Gaustad. Det er også store betenkeligheter knyttet til beredskap ved framtidige pandemier på grunn av bygningsmessige tilpasninger som er nødvendige, på grunn av begrensede tomtearealer i Aker/Gaustad-alternativet. Tilgjengeligheten til sykehuset er også vesentlig bedre i Aker/Ullevål-alternativet enn Aker/Gaustad-alternativet. I Aker/Ullevål-alternativet er det også arealer til framtidige utbyggingsbehov. I Aker/Gaustad-alternativet er tomte-

arealene sprengt allerede ved den utbygging som nå er planlagt der.

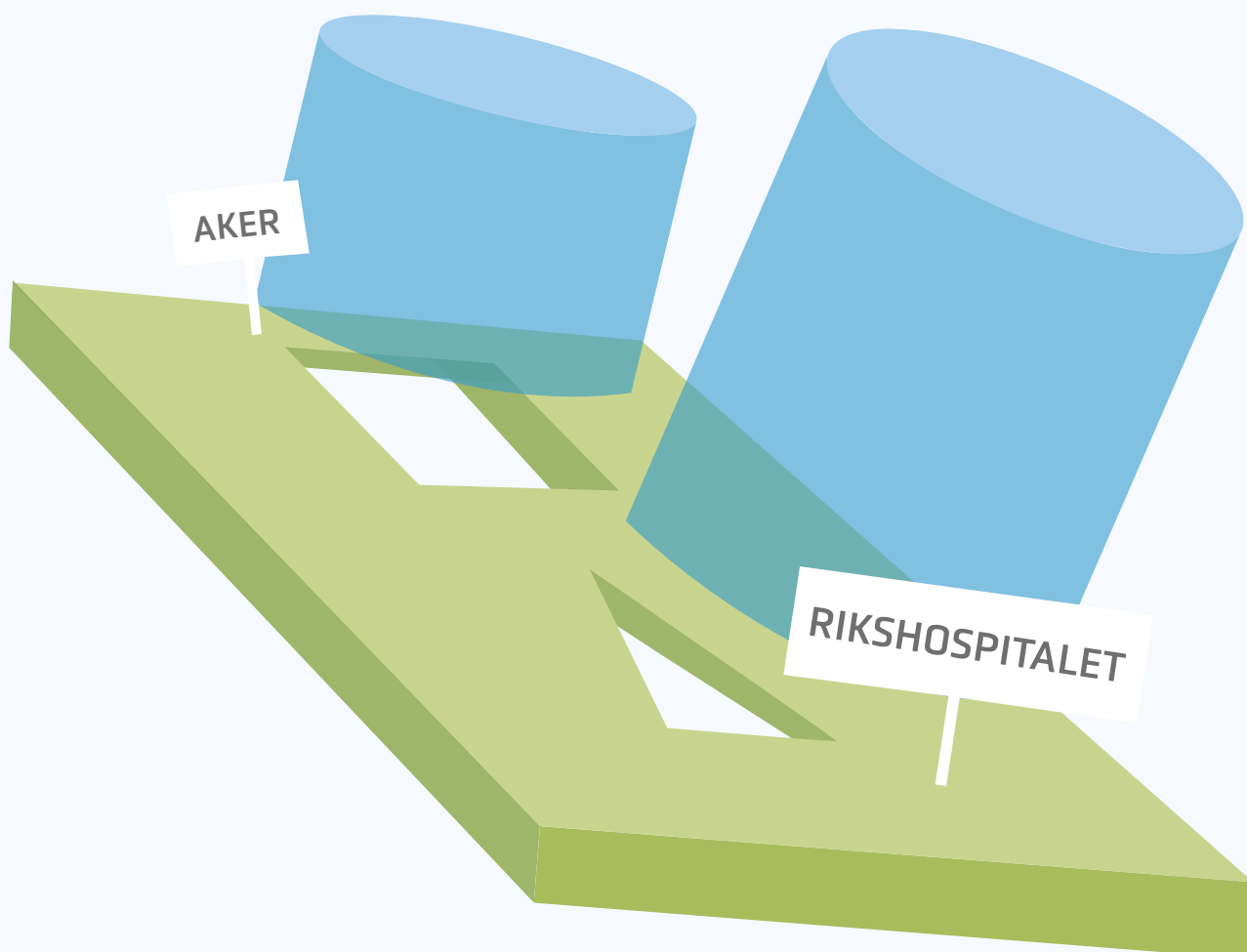
Helt konkret gir Aker/Ullevål-alternativet vesentlig bedre muligheter enn Aker / Gaustad-alternativet til å:

- Opprettholde og utvikle den sentrale traumefunksjonen som Ullevål har både for Helse Sør-Øst og hele landet. Det er ikke mulig å opprettholde den på samme måte i Aker/Gaustad alternativet.
- Møte de sterkt økende behovene for kreftbehandling for Oslos innbyggere.
- Utvikle gode tjenester i psykiatri og rusbehandling.
- Avlaste Akershus universitetssykehus og gi bydelene i Groruddalen vesentlig raskere lokalsykehus tjenester ved Aker sykehus.
- Bygge ut sykehusene i Oslo uten store byplanmessige konflikter.
- Gi sykehusene i Oslo de mest egnede sykehusarealer, og tomt som har muligheter til de framtidige behov for nye bygg til sykehusformål mv.

Det et viktigste av alt er at Ullevål/Aker-alternativet gir større sykehuskapasitet, vesentlig lavere investeringskostnader og kan gjennomføres raskere og med lavere risiko.

EN KREVENDE OPPGAVE

Begrensede tomtearealer på Aker og Rikshospitalet gjør arbeidet med å finne plass til alle funksjonene fra det store akuttssykehuset på Ullevål utfordrende.



➤ VEDLEGG:

OSLO KOMMUNES UTTALELSER OM PLANENE FOR NYE OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS

Oslo kommunes uttalelser om Nye Oslo Universitetssykehus (Nye OUS) har stor vekt. I det følgende gjennomgås uttalelser knyttet til planene fra Oslo kommune.

En rekke planer har blitt lansert og utredet siden 2011. Oslo kommune har i varierende grad uttalt seg om de ulike forslagene. Plan- og bygningsetaten (PBE) har uttalt seg om alle de ulike planene. Politisk ledelse har også uttalt seg, men i mindre grad.

Før 2018 har Oslo bystyre og bydelene i liten grad vært involvert, mens Oslo Byråd også tidligere har gitt høringsinnspill og anbefalinger.

Målbildet for Nye Oslo Universitetssykehus, med tomtevalg, ble vedtatt av helse- og omsorgsminister Bent Høie i foretaksmøte i Helse Sør-Øst i juni 2016. Dette målbildet, som innebærer at det skal bygges nye sykehus bygg på Aker og Rikshospitalet/Gaustad, at Radiumhospitalet skal opprettholdes og utvikles som spesialisert sykehus, at det skal bygges ny regional sikkerhetsavdeling og at Ullevål sykehus og Gaustad sykehus skal legges ned, danner grunnlaget for dagens planer.

Det følgende er en gjennomgang av Oslo kommunes uttalelser om planene. Både den aktuelle planen for Nye OUS og de tidligere planene det har vært arbeidet med de siste ti årene fra Oslo

Universitetssykehus HF (OUS) og Helse Sør-Øst RHF (HSØ).

Bystyret om dagens planer for Nye Oslo Universitetssykehus

Oslo bystyre har i de tidligere fasene i påfallende liten grad uttalt seg om planene for nye sykehus i Oslo. De siste årene har imidlertid både Byrådet og Bystyret uttalt seg ved flere anledninger. Uttalelsene har bare delvis uttrykt støtte til dagens planer.

Derimot vedtok Bystyret i januar 2020 en høringsuttalelse om ny sykehusstruktur som ikke støtter dagens planer. Mot stemmene fra Høyre og Arbeiderpartiet vedtok flertallet 29. januar 2020 følgende «Oppdatering av høringsuttalelse ny sykehusstruktur»⁷:

1. Bystyret ber byrådet sende et tillegg til Oslo kommunes høringsuttalelse fra oktober 2018, der det bes om at Gaustad-planene settes på vent til fortsatt drift av Ullevål er tilstrekkelig utredet.
2. Bystyret ber byrådet informere helseministeren om at flertallet i Oslo bystyre ønsker å utrede viderebehandlingen av Ullevål sykehus før man går videre med sykehusplaner for Oslo.

I tillegg har Oslo bystyre ved flere anledninger i 2019 og 2020 fattet vedtak om bekymringer knyttet til en rekke aspekter ved dagens planer. 25. september 2019 vedtok et enstemmig⁸

⁷ Vedtak av interpellasjon «Oppdatering av høringsuttalelse ny sykehusstruktur» Oslo bystyre 18.1.2020 https://tjenester.oslo.kommune.no/ekstern/einnsyn-fillager/filtjeneste/fil?virksomhet=976819837&filnavn=o6of41827bo34dd3a16213fbf44dabc2_7f9866379caffdd656e63c31bf9d7d15.pdf

⁸ Enstemmig vedtak i Oslo bystyre, Utbyggingsplanene for Oslo universitetssykehus HF sak nr. 276/2019, 25.09.2019 https://tjenester.oslo.kommune.no/ekstern/einnsyn-fillager/filtjeneste/fil?virksomhet=976819853&filnavn=bystyret%2019_09%2025467_1_1.pdf

bystyre å oversende et brev med ⁹ spørsmål knyttet til helikopterlanding, sikkerhet i høyhus, trafiksikkerhet i løsningen og bekymringer knyttet til underjordisk parkering til både helse- og omsorgsminister Bent Høie og HSØ. Videre vedtok bystyret 17. juni 2020 en interpellasjon ¹⁰ om bekymringer knyttet til smittehåndtering og pandemiberedskap i de nye kompakte og høye byggene som planlegges på Gaustad og Aker.

Bystyret vedtok blant annet:

Oslo bystyre ber regjeringa gjennomgå de foreliggende planene for endret sykehusstruktur i hovedstadsområdet for å avklare om smittevernensyn er ivaretatt og om oppgavedelingen mellom sykehusene og dimensjonering av nye bygg er egnet for å ivareta befolkningens helsetilbud ved framtidige pandemier og øvrige ekstraordinære hendelser som gir særskilt belastning i sykehusene.

Byrådet, bystyret og bydelene om utviklingsplanene til OUS og HSØ

I 2018 skulle utviklingsplaner både for OUS og HSØ vedtas, og begge var på høring i Oslo kommune.

OUS utarbeidet sin utviklingsplan for helseforetaket våren 2018. Høringen av utviklingsplanen for OUS ble ikke behandlet i bystyret men på delegert fullmakt av Oslo byråd, mens HSØs regionale utviklingsplan senere samme år også ble behandlet i bystyret. Utviklingsplanene inneholder mer enn sykehusstruktur, men kommunen har i stor grad benyttet anledningen til å uttale seg om sykehusstruktur og dessuten om kapasitet, framskrivninger og samarbeid.

Byråd for eldre, helse og arbeid om Oslo Universitetssykehus – Utviklingsplan 2035

Til høringen om Oslo Universitetssykehus plan var det imidlertid så kort høringsfrist at mulighetene for politisk behandling av en så viktig sak for Oslo ble svært begrenset. Noe som også ble påpekt av Byrådsavdeling for eldre, helse og arbeid i høringssvaret ¹¹.

Den korte høringsfristen gjør det umulig for Oslo kommune å behandle høringen slik vi ønsker. Både bydelene og byrådet har behov for å behandle denne type høringer politisk. Det krever minst tre måneders høringsfrist.

Oslo kommune har gjentatte ganger uttrykt at kommunen ikke blir tatt med på råd når spesialisthelsetjenestene planlegges.

OUS sin visjon er «Sammen med pasientene utvikler vi morgendagens behandling».

Oslo kommune er enige i at samarbeidet med pasientene kommer i første rekke, men også andre samarbeidspartnere må inkluderes. Oslo kommunes oppfatning er at visjonen i for liten grad belyser at kommunehelsetjenesten er en del av utviklingen av morgendagens behandling. For at pasientene skal få en forsvarlig behandling i fremtiden, bør også utviklingsplanens i større grad vektlegge at kommunehelsetjenesten er en viktig del av hele reisen som pasientene gjør. For å dekke dagens og morgendagens behov for helse- og omsorgstjenester, er det i tillegg behov for uttalt samarbeid med andre sykehus, avtalespesialister, kommunale helsetjenester inkludert fastleger, legevakt, sykehjem, KAD, rehabilitering både hjemme og på institusjon, og hjemmetjenester, og forsknings- og undervisnings-

⁹ Interpellasjon, Oslo bystyre sak nr. 276/2019, 02.09.2019
http://tjenester.oslo.kommune.no/ekstern/einnsyn-fillager/filtjeneste/fil?virksomhet=976819853&filnavn=vedlegg%2F2019_09%2F1321889_1_1.pdf

¹⁰ Vedtak i Oslo bystyre 17.06.2020, Planene for Nye Oslo universitetssykehus må gjennomgås med henblikk på lærdom fra koronapandemien, sak nr. 172, 17.06. 2020
https://tjenester.oslo.kommune.no/ekstern/einnsyn-fillager/filtjeneste/fil?virksomhet=976819853&filnavn=forretning_sutvalget%2F2020_06%2F1363980_1_1.pdf

¹¹ Oslo kommunes høringssvar - utviklingsplan 2035 Oslo Universitetssykehus HF
https://tjenester.oslo.kommune.no/ekstern/einnsyn-fillager/filtjeneste/fil?virksomhet=976819837&filnavn=byr%2Fjournals+045000%2F3268885_132.pdf

institusjoner. Selv om alle er nevnt i utviklingsplanen, er det ofte overordnet og i altfor liten grad konkretisert. Oslo kommune mener at sykehuset har for stort fokus på seg selv og er for lite opptatt av sine samarbeidspartnere i utviklingsplanen.

Behovet for mer fokus på lokalsykehustilbudet til Oslos befolkning er også viktig.

Høringsutkastet refererer til brukerundersøkelser gjennomført av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten: Skåring på samhandling er generelt lavt over hele landet og for OUS lavere enn landsgjennomsnittet. Dette er spesielt bekymringsverdig i perioden fram til 2035. Det vil være et avgjørende suksesskriterium at samhandlingen med bydeler, Helseetaten, Sykehjemsetaten, Velferdsetaten, Barne- og familieetaten og byrådsavdelingene er meget godt. OUS viser til at omtrent 1/3 av tjenestene ytes til Oslos befolkning. Utvikling av samarbeid med kommunehelsetjenestene, spesielt lokalsykehusfunksjonene kan lett bli borte pga. sammensetningen og størrelsen av OUS. Det bør vurderes å prioritere lokalsykehusfunksjonen som et eget samarbeidsområde.

Om psykiatri og rusfeltet skriver byråden:

På rus og psykiatrifeltet er det tilsvarende kalkulert med vesentlig økning av aktivitet med blant annet kraftig økning av døgn opphold og tilsvarende reduksjon av oppholdsøgn uten risiko- og mulighetsanalyser. Det har vært og er en klar mangel på døgnplasser spesielt for barn og unge med alvorlige psykiske helse problemer. Også de polikliniske tilbudene til disse anses som for liten i dag. Det beskrives at døgnplassene skal øke, men at oppholdene skal bli kortere. På dette området er det beskrevet konkret økning i antall døgnplasser. Dette er det viktig å få på plass raskt.

Byråden beskriver betydelige kapasitetsutfordringer i kommunehelsetjenesten og bekymringer til at ytterligere oppgaver planlegges overført fra sykehusene til kommunen.

Det legges til grunn at nesten hele aktivitetsøkningen innen somatikk relatert til forventet demografisk utvikling og epidemiologi elimineres, spesielt av samhandling (47916 liggedøgn til kommunene), bruk av hotellsenger (49449 liggedøgn) og effektivisering (46196), se tabell 13 side 45.

Nasjonal modell for aktivtetsframskrivning er lagt til grunn. Det er ikke gjort nærmere rede for modellen. Kommunen har ikke vært involvert i beregningene så langt vi kjenner til og stiller oss meget kritiske til utregningen. Oslo kommune er sterkt bekymret for at utviklingsplanen i forhold til dette ikke viser risiko— og mulighetsanalyser.

Bare samhandling har i planen en forventet effekt på 47916 liggedøgn. Med en utnyttelsesgrad på 85 %, tilsvarer det 154 somatiske sykehussenger. Til sammenligning hadde Lovisenberg sykehus i 2017 145 somatiske sykehussenger. Forventet total eliminering av aktivitetsøkningen tilsvarer et sykehus på størrelse med Akershus universitetssykehus HF (Ahus) med 600 senger gitt en utnyttelsesgrad på 85%. Dette fremstår for kommunen som urealistisk med svært høy risiko for utilstrekkelig kapasitet.

Regional utviklingsplan for Helse Sør-Øst RHF 2035 ¹²

I 2018 arbeidet altså de enkelte helseforetakene med utviklingsplaner for sine sykehus parallelt med at de fire regionale helseforetakene i Norge utarbeidet regionale utviklingsplaner ¹³. Dette igjen var et ledd i utviklingen av Nasjonal helse-

¹² Høring - Helse Sør-Øst RHF's planer for den fremtidige sykehusstrukturen for Oslo - Regional utviklingsplan 2035, 11.09.2018 <https://einnsyn.no/moeteregistrering?id=http%3A%2F%2Fdata.einnsyn.no%2F3b5a012c-f14e-4810-9607-9ce167ef7f57>

¹³ Om utviklingsplanene regionale, lokale og nasjonale - fra Helse Sør-Øst RHF <https://www.helse-sorost.no/om-oss/vart-oppdrag/hva-gjor-vi/utviklingsplaner-og-store-utviklings-og-byggeprosjekter/nasjonale-regionale-og-lokale-utviklingsplaner>

og sykehusplan ¹⁴ (2020-2023). Nasjonal helse- og sykehusplan ble behandlet og vedtatt i Stortinget 12. mai 2020 ¹⁵.

Det var en del protester knyttet til at den Nasjonale helse- og sykehusplanen ble debattert og vedtatt uten at lærdom fra koronapandemien ble tatt med som en del av planene. «Pandemi» er ikke omtalt i planen og «smitte» er kun nevnt tre ganger. Behovet for økt intensivkapasitet er beskrevet, men kun i forbindelse med utdanning. Det er grunn til å mene at sykehusstrukturen i Oslo, med kapasitet og framskriving av behov bør gjennomgås på nytt før det fattes beslutninger om investeringer til 50 milliarder kroner. Fra før av har fagmiljøene kritisert utredningsforløpet i forbindelse med Nye Oslo Universitetssykehus, fordi det avviker svært mye fra et optimalt forløp. Idéfaserapportene i dette prosjektet ble utformet før man hadde vurdert behovet til befolkningen – det er det som gjøres i en utviklingsplan. Idéfasen ble i OUS-prosjektet godkjent i 2016 og tomtevalget ble slått fast. Dette skjedde over to år før det ble vedtatt en utviklingsplan. Dagens utbyggingsplaner i Oslo tar altså hverken opp i seg behovet som er beskrevet i utviklingsplanene og endringene i måten vi planlegger sykehusbygg, eller framskrivninger av behov som evalueringen av hvordan sykehusene var rustet til å håndtere koronapandemien trolig vil føre til. Både byrådet, bystyret og bydelene behandlet og uttalte seg om regional utviklingsplan for Helse Sør-Øst. Byråd for helse, eldre og arbeid utarbeidet en omfattende uttalelse som ble behandlet i bystyret og de fleste av Oslos bydeler

behandlet høringsuttalelser til planen politisk. HSØsine planer for nye OUS var et viktig tema for alle, spesielt knyttet opp mot sykehuskapasitet, samhandling, overføring av oppgaver og pasientsikkerhet.

I tillegg ble det 11. september 2018, som en opptakt til bystyrets behandling av utviklingsplanen arrangert en heldags muntlig høring av Helse- og sosialkomiteen om planene for nye sykehus ¹⁶.

Det var også blitt fremsatt et privat forslag om å stoppe nedleggelsen av Ullevål sykehus ¹⁷ og høringen var knyttet til begge disse sakene som bystyret skulle behandle senere samme høst. Hele den muntlige høringen dreide om den fremtidige sykehusstrukturen i OUS.

For første gang skulle den planlagte nedleggelsen av Ullevål og den store utbyggingen på Gaustad/Rikshospitalet behandles i Oslo bystyre, over to år etter at helse- og omsorgsminister Bent Høie hadde vedtatt sitt målbilde for Oslo-sykehusene i juni 2016. Heller ikke nå som noen ordinær sak. Det var sykehusaksjonister og enkeltpolitikere i opposisjon til planene som hadde tatt initiativet til at sykehusplanene ble behandlet i bydelsutvalgene, fremmet det private forslaget som satte saken på dagsorden i bystyret, tok initiativet til høringen og som presset på for at sykehusbygg skulle bli en viktig del av behandlingen av den regionale utviklingsplanen. HSØ hadde ikke lagt opp til dette og det hadde heller ikke Oslo byråd.

¹⁴ Regjeringen: Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/>

¹⁵ Stortinget: Behandling av Nasjonal helse og sykehusplan Meld. St. 7 (2019-2020), Innst. 255 S
<https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Saker/Sak/?p=77397>

¹⁶ Helse- og sosialkomiteen: Høring - Helse Sør-Øst RHF's planer for den fremtidige sykehusstrukturen for Oslo - Regional utviklingsplan 2035. 11.09.2018
<https://einnsyn.no/moeteregistrering?id=http%3A%2F%2Fdata.einnsyn.no%2F3b5a012c-f14e-4810-9607-9ce167ef7f57>

¹⁷ Privat forslag fra Aina Stenersen (Frp) til Oslo bystyre - Stopp nedleggelsen av Ullevål sykehus
https://tjenester.oslo.kommune.no/ekstern/einnsyn-fillager/filtjeneste/fil?virksomhet=976819853&filnavn=vedlegg%2F2018_04%2F1246353_1_1.pdf

Flertallet i Oslo bystyre om Regionalutviklingsplan for Helse Sør-Øst 2035¹⁸

24. oktober 2018 behandlet så Oslo bystyre kommunens høringsinnspill til HSØ sin utviklingsplan. Se sak 328/2018 – Oslo bystyre¹⁹. Det var en omfattende debatt med svært mange høringsinnspill, ikke minst fra bydelene i Oslo. (Et sammendrag er gjengitt nedenfor.) Samme dag ble også Aina Stenersens private forslag om å stoppe nedleggelsen av Ullevål sykehus behandlet i Oslo bystyre. HSØs regionalutviklingsplan omtalte sine egne planer for nye sykehus i Oslo som en forutsetning i planen og ba i sitt høringsbrev ikke om innspill knyttet til sykehusstrukturen eller byggeprosjektene som var under planlegging. Den nye sykehusstrukturen med nedleggelse av Ullevål og de øvrige planene var ikke en gang nevnt i høringsbrevet fra HSØ²⁰. Politisk og i befolkningen var det imidlertid nå en økende motstand mot planene så HSØ fikk mange innspill om nettopp dette.

Den gangen hadde Oslo bystyre et annet flertall enn etter valget i 2019. Høyre og Arbeiderpartiet hadde i 2018 flertall til sammen. Høyre og Arbeiderpartiet støttet HSØ sine planer da som nå, til tross for stor intern motstand mot det samme blant egne medlemmer og i bydelslagene i partiene. De alternative forslagene til de øvrige partiene fikk dermed ikke flertall, heller ikke Aina Stenersens private forslag.

Byrådets forslag til høringsinnspill fra Oslo kommune ble dermed vedtatt, men også Byråd

for helse, eldre og arbeid, Tone Tellevik Dahl hadde kritiske bemerkninger som kom til uttrykk i høringssvaret Oslo bystyre til slutt vedtok²¹.

I innledningen oppsummeres tilbakemeldingene slik:

Oppsummering

- Oslo kommune er svært bekymret for at HSØ undervurderer kapasitetsbehovet spesielt for lokalsykehus i Oslo sykehusområde. Dette medfører stor risiko for kommunen og innbyggerne både når det gjelder kapasitet og kostnader. Det er ikke synliggjort i planen.
- Oslo kommune vil understreke viktigheten av at fremdriftsplanen for bygging av Aker sykehus opprettholdes, og at ved en endring av det omforente prinsippet om parallellitet i planene, så skal Aker sykehus prioriteres.
- Gevinstrealiseringen HSØ forutsetter, fordrer en reduksjon av behovet for sykehussenger med 15%. Det er ikke sannsynliggjort hvordan dette målet skal nås, noe som medfører en altfor høy risiko både for innbyggerne, sykehusene og kommunen.
- Oslo kommune foreslår en endring i opptaksområdene for lokalsykehusfunksjonene der sektorene i Oslo kommune, hhv. nord, sør, vest og sentrum, holdes samlet og sokner til samme lokal sykehus. Forslaget bidrar til å sikre godt samarbeid mellom bydeler på tvers og lokalsykehus. I tillegg oppnås større grad av kapasitetsfleksibilitet fordi Aker med dette får fire bydeler

¹⁸ Regional utviklingsplan for Helse Sør-Øst 2035
https://www.helse-sorost.no/Documents/Store%20utviklingsprosjekter/Regional%20utviklingsplan_endelig%20og%20godkjent%20oversjon.pdf

¹⁹ Oslo bystyre sak 328/2018
<https://einnsyn.no/moeteregistrering?id=http%3A%2F%2Fdata.einnsyn.no%2F620d89c3-693f-4f31-ad1f-e8dc9c8ac21d>

²⁰ Høringsbrev fra HSØ om høring knyttet til Regional utviklingsplan for Helse Sør-Øst RHF 2035
https://www.helse-sorost.no/Documents/Horinger/Sykehuset%20Innlandet/Horing%20-%20videreutvikling%20av%20Sykehuset%20Innlandet%20HF_.pdf

²¹ Oslo Bystyre: Vedtatt høringsuttalelse til Regional Utviklingsplan for Helse Sør Øst RHF 2035, 24.10.2018
https://tjenester.oslo.kommune.no/ekstern/einnsyn-fillager/filtjeneste/fil?virksomhet=976819837&filnavn=byr%2Fjournals+o45000%2F3268885_132.pdf

mot opprinnelig seks og dermed en betydelig rest kapasitet. Oslo kommune mener at planen også bør peke på at det i overskuelig framtid kan være aktuelt å bygge lokalsykehus for den raskt økende befolkningen i Oslo sør og Follo.

- Erfaring viser at spesielt for multisyke pasienter er det viktig at de i størst mulig grad mottar spesialisthelsetjenester fra ett og samme lokal-sykehus, inkludert tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) og psykisk helsevern. Organiseringen det legges opp til i planutkastet, bør i langt sterkere grad styrke samarbeids-relasjoner mellom bydeler og sykehus og bidra til å skape gode og sammenhengende pasientforløp, også på kort og mellomlang sikt.
- Oslo kommune vil understreke at overføring av oppgaver og kostnader fra helseforetaket til kommunen ikke må skje uten full-finansiering. Oslo kommune vil påpeke at de økonomiske konsekvensene for kommunen ikke er belyst i planen og dette er en stor risiko.
- Avtaler mellom kommunen og sykehusene om oppgavefordeling forutsetter også bilateral overføring/ oppbygging av tilstrekkelig kompetanse. At kommunen har et godt tilfang av breddekompetansen som er nødvendig for å vurdere multisyke pasienter helhetlig, er avgjørende. Økt grad av spesialisering og utdanningsløp som ikke understøtter generalist kompetanse, utfordrer helsetjenestens evne til å yte gode tjenester i fremtiden.
- Strategier for å møte de store folkehelseutfordringene knyttet til ikke-smittsomme sykdommer er for lite konkrete og planen er uklar med tanke på hvordan kommuner og spesialisthelsetjeneste i fellesskap skal møte disse utfordringene.
- Det er gjennomgående lite nytenkning i hvordan samarbeidet med kommunen kan bedres, og handlingsrommet i den eksisterende foretaksmodellen er ikke tilstrekkelig utforsket. For at pasientene skal få en forsvarlig behandling i fremtiden, bør utviklingsplanen i større grad vektlegge at kommunehelsetjenesten er en viktig

del av hele reisen som pasientene gjør.

- Utviklingsplanen fremhever at tverrfaglighet og samarbeid mellom ulike aktører er sentralt, men det er lite konkretisert hvordan dette tenkes i praksis i planen. Det er skuffende at HSØ på den ene siden er opptatt av samhandling og integrerte tjenester, mens de på den andre siden ikke omtaler kommunene som aktuelle samarbeidspartnere innen kapittelet forskning og innovasjon.
- Betydningen av reell og løpende informasjonsdeling på tvers av virksomheter kan ikke understrekes sterkt nok og dette må videreutvikles i planen. Forutsetningen for at spesialisthelsetjenesten skal yte gode og riktige tjenester er godt samarbeid med kommunen, herunder utvikling av god og kommuniserende informasjons- og velferdsteknologi.
- Planen synliggjør ikke utfordringene HSØ har med å sørge for større vekst innen rus og psykiatrifeltet enn somatikken, i motsetning til hva regjeringen legger til grunn. Oslo kommune forventer at planen her blir tydeligere.

Byråd for helse, eldre og arbeid hadde hatt møter med HSØ for å ta opp kommunes bekymringer knyttet til utviklingsplanen i OUS som kommunen tidligere hadde stilt seg kritisk til og håpet hadde vært at HSØ vil ta hensyn til kritikken. Det er ganske stor skuffelse å se i høringsinnspillet. Kapasitetsutfordringer og samarbeid om de som trenger det mest.

Oslo kommune støtter forslaget om at endringsfaktoren «overføring til kommunene» fjernes. Vi ser positivt på strategien om å utvikle integrerte helsetjenester, og vurderer det som hensiktsmessig å starte med fokus på pasientgruppene som har stort forbruk av helsetjenester.

Kommunen er imidlertid sterkt kritisk til gevinstrealiseringen HSØ forutsetter med reduksjon av behovet for senger med 15% for alle pasienter. Erfaring viser at mange sykehusprosjekter har endt med underkapasitet. Tallgrunnlaget som er presentert for Oslo

kommune synes svært usikkert og har en rekke iboende risiko- og sårbarhetsmomenter som ikke er kommentert eller analysert. Det er krevende å få god oversikt over beslutningsgrunnlaget og prosessene, når det fremstår som mangelfullt og lite tilgjengelig. Konsekvensene av beslutninger fattet i foretaksmøter og forslag som fremmes i planen, har store konsekvenser på kort og lang sikt.

Dersom sykehusene i Oslo dimensjoneres som her foreslått, overføres det betydelig risiko til kommunen, i tillegg til den oppgaveøkningen kommunen må håndteres uavhengig av sykehusenes utvikling. Kommunen vurderer at det fremdeles er svært høy risiko for utilstrekkelig kapasitet i Oslo. Hvordan denne risikoen skal møtes, er ikke utforsket i stor nok grad. Kommunen stiller seg til disposisjon for drøfting og videre samarbeid om hvordan dette kan møtes, og forventer å være en likeverdig part i videre planlegging.

Oslo har 15 bydeler som er delt inn i samarbeidssektorer. Oslo byråd mener det er uheldig at HSØ ikke tar hensyn til sektorsamarbeidet når det gjelder bydelsinndelingen i den planlagte løsningen og skriver:

Opptaksområder i Oslo og målbildet for Oslo sykehusområde

Oslo kommune står i en særstilling som den eneste kommunen i Norge med lokalsykehustilbud fra mange sykehus: OUS (Ullevål, senere Gaustad og Aker), Diakonhjemmet, Lovisenberg og Ahus. Bydelene samarbeider i dag sektorvis på mange fagområder, og det er ønskelig at inndeling av opptaksområdene til lokalsykehusene så langt som mulig samsvarer med eksisterende sektorsamarbeid i Oslo kommune. Bydelene og Helseetaten er i sine høringsinnspill samstemte om at dette er et viktig prinsipp. Dette prinsippet støtter Oslo kommune. Virksomhetene er opptatt av at det er uheldig å skille tjenestetilbud innen TSB og psykiatri fra somatikk.

Oslos sektorer er:

1. Sentrum (Gamlebyen, Grünerløkka, Sagene, St. Hanshaugen)
2. Nord (Alna, Bjerke, Grorud, Stovner)
3. Sør (Nordstrand, Søndre Nordstrand, Østensjø)
4. Vest (Frogner, Nordre Aker, Ullern, Vestre Aker)

HSØ foreslår følgende målbilde for lokalsykehustilhørighet:

Sykehus	Aker	Diakonhjemmet	Gaustad	Lovisenberg
Bydel	Alna Grorud Stovner Nordstrand S.Nordstrand Østensjø	Frogner Vestre Aker Ullern	Bjerke Nordre Aker Sagene	Gamle Oslo Grünerløkka St. Hanshaugen

Forslaget ivaretar ikke sektorprinsippet, og i noen grad ikke nærhetsprinsippet. Det er også kritisk med tanke på mulighet for skalering.

Oslo kommune foreslår derfor følgende lokalsykehustilhørighet:

Sykehus	Aker	Diakonhjemmet	Gaustad	Lovisenberg
Bydel	Alna Bjerke Grorud Stovner	Frogner Nordre Aker Vestre Aker Ullern	Nordstrand S.Nordstrand Østsjø	Gamle Oslo Grünerløkka Sagene St. Hanshaugen

Prinsippet i forslaget er i tråd med de bydelene som har avgitt høring og Helseetatens innspill i høringen.

For Alna, Grorud og Stovner er det vesentlig å avklare overføringstidspunktene for de forskjellige bydelene og tjenestene fra Ahus til Aker. Av hensyn til samarbeidet som er etablert mellom bydelene, er det hensiktsmessig med størst mulig grad av felles tilbakeføring.

Bydelenes innspill til Regional utviklingsplan for Helse Sør-Øst 2035

Bydelene i Oslo har ansvaret for hjemmebasert omsorg og for eldreomsorg. Bydelene driver ikke sykehjem, men kjøper sykehjemsplasser fra Sykehjemsetaten.

Bydelen har i henhold til samhandlingsmodellen ansvaret for pasienter som skrives ut av sykehus.

I høringsinnspillet fra Oslo kommune beskrives utfordringer for bydelene og pasientene: Oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunale legetjenester, herunder fastleger, skjer i dag i altfor stor grad ensidig og uten statlige føringer. Liggetiden på sykehus er presset

nedover. Etter utskriving er pasienten bydelens ansvar, og bydelen må ofte ta imot pasienter på kort varsel. Dagens system fører til at eldre, syke pasienter kan bli sendt mellom sykehus, helsehus, kommunal akutt dagenhet og hjem for senere å bli gjeninnlagt på sykehus – antall gjeninnleggelser har økt de siste årene. Dette er svært belastende for pasienter og pårørende og også ressurskrevende. Utkastet til utviklingsplan forutsetter ytterligere oppgaveoverføring til kommunen og bydelene. Oslo kommune kan ikke se at planutkastet har konkrete svar på utfordringene.

Oslos bydeler er avhengig av et godt samarbeid med spesialisthelsetjenestene. Det er bydelene som har ansvaret for samhandlingen med sykehusene.

12 bydelsutvalg behandlet og sendt inn politiske innspill til HSØs utkast til regional utviklingsplan 2035. Bydelsutvalgene har uttrykt stor bekymring for den planlagte sykehusstrukturen på flere punkter.

Det er vanskelig å se at innspillende fra bydelene i Oslo blir hensyntatt i planene for Nye Oslo Universitetssykehus. Bydelene i Oslo støtter ikke HSØs planer for OUS.

Oppsummering av innspillene fra bydelene til Regional utviklingsplan for Helse Sør-Øst

Alna:

Sykehusstruktur og -tilhørighet

I avsnitt 2.18 Opptaksområder og oppgavedeling gjengis et styrevedtak i Helse Sør-Øst fra 2016. Her blir det slått fast at målbildet for Oslo universitetssykehus (OUS) er et samlet og komplett regionsykehus inkludert lokalsykehusfunksjoner på Gaustad, et lokalsykehus på Aker og et spesialisert kreftsykehus på Radiumhospitalet. Styrevedtaket innebærer etter det Alna bydelsutvalg erfarer at Ullevål sykehus skal legges ned.

Bydelsutvalget fraråder på det sterkeste nedlegging av Ullevål sykehus.

... Alna bydelsutvalg forstår og er enig i at OUS trenger nye bygg. Vi finner imidlertid ingen helse- eller sykehusfaglig begrunnelse i planen for lokalisering av et samlet regionsykehus på Gaustad. Bydelsutvalget savner også begrunnelse for fordelingen av bydeler på lokalsykehus og rekkefølgen for overføring. Vi blir bare presentert for «gjeldende føringer for opptaksområder for Oslo-regionen».

Alna bydelsutvalg ser det som svært kritikkverdig at Helse Sør-Øst legger opp til å avgjøre så viktige spørsmål uten forutgående situasjonsanalyse og drøfting med berørte parter.

Oslo-regionens særlige kapasitetsutfordringer

Underkapasiteten i området er ikke i tilstrekkelig grad erkjent i utviklingsplanen og kapasitetsbehovet virker totalt sett undervurdert. Hovedstadsregionen har i flere år opplevd sterk sentralisering og har særskilte utfordringer med hensyn til framtidig befolkningsvekst og sykdomsutvikling. Ahus og Østfoldsykehuset på Kalnes var for små allerede på åpningsdagen og er fortsatt ikke i stand til å vareta behovet for spesialisthelsetjenester til alle pasientene i sitt opptaksområde. Fulle akuttmottak og korridor-

belegg hører til dagens orden. Etter at Aker sykehus ble nedlagt som lokalsykehus for Groruddalen ble situasjonen så kritisk at pasientene i Ahus-bydelene ikke har noe fast lokalsykehus ved akutt sykdom. Dette er ikke en tilfredsstillende ordning

Bydelsutvalget mener at Helse Sør-Øst bør revurdere sine planer. Vi ber om at:

- Prosessen på Gaustad settes på hold inntil befolkningens behov, risiko og realistisk tilgang til ny teknologi er tilstrekkelig utredet.
- At en utvikling av Ullevål sykehus må utredes på lik linje med Gaustad, slik at de to alternativene kan sammenliknes før videre arbeid igangsettes.
- At lokalsykehusbehovet til befolkningen i Oslo og omkringliggende regioner sikres, både praktisk og finansielt.
- At Diakonhjemmet sykehus og Lovisenberg sykehus utredes/ivaretas som en del av det totale sykehustilbudet i Oslo.

Bjerke:

Bydelsutvalget er bekymret for om sykehuskapasiteten i fremtiden blir tilstrekkelige i lys av planene til Helse Sør-Øst. Konsekvensene av å legge ned landets største akutt sykehus er ikke godt nok utredet. OUS planlegger en overføring av fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten i størrelsesorden 50-100.000 liggedøgn per år. Dette er urealistisk og derfor vil ikke den planlagte utbyggingen av Oslo universitetssykehus dekke behovet.

Vi ber om at:

- Bydel Bjerkes innbyggere får Aker sykehus som sitt lokalsykehus
- At prosessen på Gaustad sette på vent inntil befolkningens behov, risiko og realistisk tilgang til ny teknologi er tilstrekkelig utredet
- At en utvikling av Ullevål sykehus må utredes på linje med Gaustad slik at de to alternativene kan sammenlignes for videre arbeid igangsettes.
- At lokalsykehustilbudet til befolkningen i Oslo og omkringliggende regioner sikres praktisk og finansielt.

Gamle Oslo:

- Sykehusene i Oslo må dimensjoneres og bygges ut i takt med befolkningsveksten, herunder sikre rask fremdrift av nytt stort lokalsykehus på Aker.
- Investeringer i nye sykehus må gjennomføres slik at ikke utbyggingen av nytt sykehus på Aker forsinkes

Grorud:

Bydelsutvalget ber om at utviklingsplanen endres slik at Groruddals-bydelene så raskt som mulig kommer samlet tilbake til nye Aker sykehus. Ahus har i dag har ansvar for pasientene i 20 Akershus-kommuner og tre folkerike Groruddals-bydeler. Samhandlingen mellom bydel og sykehus er krevende når samhandlingspartnerne er mange og ganske forskjellige. Til sammenligning er Diakonhjemmet lokalsykehus for tre bydeler (Ullern, Vestre Aker og Frogner). Her vil det være langt enklere å få til en god samhandling med bydelen når pleietrengende pasienter sendes hjem.

Liggetiden på sykehus er presset nedover. Utviklingsplanen legger opp til at liggetiden skal reduseres ytterligere. Etter utskrivning er pasienten bydelens ansvar, og bydelen må ofte ta imot pasienter på kort varsel. Pasientene kan være svært syke og pleietrengende. Eldre pasienter kan være kognitivt satt tilbake, forvirret og traumatisert etter sykehusopphold. Det krever et tett samarbeid mellom bydel, sykehus og andre institusjoner. Dagens system fører til at eldre, syke pasienter kan bli sendt mellom sykehus, helsehus, kommunal akutt dageshet og hjem for senere å bli gjeninnlagt på sykehus. Antall reinnleggelse har økt de siste årene. En slik runddans er ressurskrevende og svært belastende for pasient og pårørende.

I dagens debatt stilles det mange spørsmål rundt utbyggingen på Gaustad (unødvendig, for kostbart, for lite areal, ingen tomtereserver). Mange reagerer sterkt på planen om å legge ned Ullevål (unødvendig,

komplisert, mindre kostbart, ferdigregulert reserveareal som kan bygges ut, gode fagmiljø blir ødelagt, traumeenheten er truet). Å beholde Rikshospitalet som i dag, bygge ut Aker og fornye Ullevål er ikke utredet. Det er ellers stor enighet om at det må bygges nytt sykehus på Aker.

Helse Sør-Østs foreliggende utbyggingsplan blir svært kostbar. De totale investeringene innen Oslo universitetssykehus HF framover er beregnet til nærmere 50 milliarder. Finansieringen er avhengig av lån over statsbudsjettet. Grorud bydelsutvalg kan ikke se at det er noen garanti for at andre etappe av utbyggingen på Aker – den som skal gi plass for bydelene Grorud og Stovner - blir en realitet. Bydelsutvalget mener derfor at Helse Sør-Øst bør revurdere sine planer. For å sikre sykehuskapasitet for byens befolkning framover, og for å sikre at Groruddalens befolkning får et bedre sykehusstilbud, mener bydelsutvalget at Aker nå må prioriteres.

Frogner:

3. Det understrekes at når oppgaver overføres fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten, må det medfølge ressurser både til gjennomføring og kompetanseutvikling. Det er videre en forutsetning at spesialisthelsetjenesten i større grad må yte veiledning til bydelene gjennom ambulante tjenester.
4. Forventet befolkningsøkning og økt andel eldre fremover gir økende behov for helsetjenester. Den regionale utviklingsplanen legger rammer for vårt fremtidige helsetilbud. Bydelsutvalget kan ikke se at planen gir svar på om innbyggerne får den helsetjenesten man trenger fremover.
5. Bydelsutvalget mener at det er mye usikkerhet knyttet til realismen for de fremlagte utbyggingsplanene. Dagens plan fremstår uklar ved at det knyttes stor usikkerhet til forhold som økonomi, kapasitet og utviklingen innen helsetjenesten og ber Helse Sør-Øst gjøre en ny risikovurdering av planen.

Nordre Aker:

Bydelsutvalget mener at de arealer som er tilgjengelig er alt for små i forhold til det reelle behovet på lang sikt. Dette innebærer at det må bygges høyt og dårlig tilpasset den øvrige bebyggelse i området. Området på Gaustad gir neppe mulighet til ytterligere utvidelser og ligger i et skrånende terreng som kompliserer bygging

Det er lagt forutsetninger og beregninger til grunn som gjør at HSØ mener det er riktig å dimensjonere bygg og virksomhet med et betydelig mindre, relativt til befolkning, antall sykehussenger og ansatte. De siste tiårene har det vært en betydelig reduksjon i antallet liggedøgn i sykehusene, men denne trenden kan være i ferd med å endres. Fra 2015 har antall liggedøgn økt i Oslo universitetssykehus, og det siste året har også gjennomsnittlig liggetid økt noe. SAMDATA-rapportene viser tilsvarende trendskift med økning i liggetid i Helse Midt og Helse Nord fra 2015. Tidligere bruk av den nasjonale beregningsmodellen ("Sintef-modellen") har avdekket at metodikken resulterer i underestimering av behovet, og det er nå bestemt at bruken av modellen skal evalueres. Å legge modellen til grunn i planleggingen, uten å beskrive den betydelige usikkerhet som er knyttet til metodikken er lite hensiktsmessig. Utviklingsplanen synes å undervurdere prognoser som peker mot at nedgangen i liggedøgn synes å ha stoppet opp. Det er tendensiøst at utviklingsplanen omtaler at Sintef «spår» om trender fremover.

Bydelen frykter at utbygging på Gaustad og Aker ikke gir nødvendig økning i kapasitet for en by som vil bli betydelig større i årene som kommer. Det er derfor betimelig å spørre om det vil være behov for sykehus på Ullevål også etter utbyggingsperioden. Vi er bekymret både for gjennomførbarhet av utviklingsplanene til HSØ (og OUS) både med tanke på økonomiske rammer, men også sett ut fra disse forutsetningene. Dette vil utvilsomt medføre en betydelig grad av overføring av oppgaver til kommune/bydel

...

På dette grunnlaget mener bydelsutvalget at:

- Gjenoppbygging av Aker sykehus til lokalsykehus med storbylegevakt må prioriteres.
- Rikshospitalet som høyspesialisert sykehus uten lokalsykehusfunksjon må bevares.
- Ullevål sykehus må fortsatt være akuttmedisinsk regionsykehus og lokalsykehus for tilliggende bydeler. Deler av sykehuset må rehabiliteres.

Sagene:

Nedlegging av Ullevål sykehus

Bydelsutvalget er bekymret for om sykehuskapasiteten i fremtiden blir tilstrekkelig i lys av planene til Helse Sør-Øst. Konsekvensene av å legge ned landets største akuttisykehus er ikke godt nok utredet. Det planlegges en stor overføring av pasienter fra spesialisthelsetjenestene til primærhelsetjenesten i størrelsesorden 50- 100.000 liggedøgn per år. Dette er urealistisk og derfor vil ikke den planlagte utbyggingen av Oslo Universitetssykehus dekke behovet.

Bydelsutvalget ber derfor om at prosessen på Gaustad settes på hold inntil befolkningens behov, risiko og realistisk tilgang til ny teknologi er tilstrekkelig utredet. Vi ønsker at utvikling av Ullevål sykehus skal utredes på lik linje med Gaustad, slik at de to alternativene kan sammenlignes før videre arbeid igangsettes. Vi ber om at lokalsykehuset tilbudet til befolkningen i Oslo og omkringliggende regioner sikres, både praktisk og finansielt.

... Bydelsutvalget mener det er viktig at HSØ har tett dialog med Lovisenberg sykehus om hvordan de kan øke egendekning, slik at tilbudet til bydelens befolkning styrkes på Lovisenberg sykehus. Det er ikke avklart hvilke bydeler som er planlagt flyttet til Gaustad. Bydelsutvalget er bekymret for at innbyggerne i bydel Sagene får et vesentlig dårligere tilbud som følge av en oppdeling og etappevis utflytning av virksomheten ved Ullevål sykehus. Bydelsutvalget kan ikke se at det i Utviklingsplanen er redegjort konkret for senere byggetrinn ved hhv. Gaustad og Aker, kostnadsberegninger og tidsperspektiv for samlet utflytting av virksomheten ved Ullevål syke-

hus. Bydelsutvalget etterlyser en konkret avklaring på hvor behandlingstilbudet for det som ikke tilbys på Lovisenberg skal være. F. eks. føde og barsel, kvinnesykdommer, barnesykdommer, medikamentell kreftbehandling, dialyse, nevrologi, kreftkirurgi og akuttkirurgi.

Utvidelse på Gaustad

Bydelsutvalget mener en ytterligere utvidelse på Gaustad, som er planlagt som et avsluttet anlegg, kommer i konflikt med både naturvern hensyn, landskapsvern og kulturminnevern, og etterlyser miljøregnskap for utviklingen.

Aker sykehus

Bydelsutvalget ber om at gjenoppbyggingen av Aker som lokalsykehus prioriteres og igangsettes så raskt som mulig.

St. Hanshaugen

Bydelsutvalget har merket seg at sterke faglige miljøer, særlig Legeforeningen, har uttalt seg negativt om HSØs utviklingsplaner og påpekt at planene vil medføre stor usikkerhet for sykehustilbudet til Oslo innbyggere. Bydelsutvalget mener at utviklingsplanen på flere punkter er uklar og at usikkerhet knyttet til økonomi, kapasitet, funksjonsfordeling og utviklingen innen helsetjenestene er utilstrekkelig belyst og analysert. Bydel St. Hanshaugen er bekymret for at spesialisthelsetjenestens beregninger knyttet til overføring av oppgaver til kommunehelsetjenesten er overdimensjonerte og for optimistiske. Bydelsutvalget er også bekymret over at forutsetninger og beregninger som legges til grunn i utviklingsplanen medfører at nye sykehusbygg dimensjoneres for små for å sikre et tilbud til Oslo innbyggere som er tilsvarende eller bedre enn dagens tilbud.

Utviklingsplanen unnlater å redegjøre for at Oslo i dag har den korteste liggetiden i Norge og at HSØ undervurderer prognoser som peker mot at nedgangen i liggedøgn på sykehus synes å ha stoppet opp. Bydelsutvalget er bekymret at pasienter skrives ut for tidlig.

6. Bydelsutvalget mener en ytterligere utvidelse på Gaustad, som er planlagt som et avsluttet anlegg, kommer i konflikt med både naturvern hensyn, landskapsvern og kulturminnevern, og etterlyser miljøregnskap for utviklingen.

7. Bydelsutvalget ber om at:

Gjenoppbyggingen av Aker som lokalsykehus prioriteres og igangsettes så raskt som mulig.

Stovner:

Bydelsutvalget ber om at bygging av nytt sykehus på Aker gis høyeste prioritet. Bydelsutvalget mener videre at et alternativ med fortsatt sykehusdrift på Ullevål bør utredes før man går videre med planene om et nytt sykehus på Gaustad.

Søndre Nordstrand:

Liggetiden på sykehus er presset nedover. Utviklingsplanen legger opp til at liggetiden skal reduseres ytterligere. Etter utskrivning er pasienten bydelens ansvar, og bydelen må ofte ta imot pasienter på kort varsel. Pasientene kan være svært syke og pleietrengende. Eldre pasienter kan være kognitivt satt tilbake, forvirret og traumatisert etter sykehusopphold. Det krever et tett samarbeid mellom bydel, sykehus og andre institusjoner. Dagens system fører til at eldre, syke pasienter kan bli sendt mellom sykehus, helsehus, kommunal akutt dagenhet og hjem for senere å bli gjeninnlagt på sykehus. Antall reinnleggelse har økt de siste årene. En slik runddans er ressurskrevende og svært belastende for pasient og pårørende.

Bydelsutvalget kan ikke se at utviklingsplanen har noe svar på dette utover at en vil «legge til rett for at helseforetakene sammen med kommunene kan prøve ut samarbeidsmodeller som ivaretar behovene til de pasientene som trenger det mest.» «Integrerte helsetjenester» nevnes også i planen, men heller ikke dette er konkretisert. Dette er ikke godt nok svar for pasienter som trenger pleie, omsorg og trygghet for å friskne til.

Bydelsutvalget er spesielt bekymret for om sykehuskapasiteten i fremtiden blir tilstrekkelig i lys av planene til Helse Sør-Øst. Konsekvensene av å legge ned landets største akutt sykehus er ikke tilstrekkelig utredet. Det planlegges en stor overføring av pasienter fra spesialisthelsetjenestene til primærhelsetjenesten i størrelsesorden 50-100.000 liggedøgn per år. Dette er urealistisk og derfor vil ikke den planlagte utbyggingen av Oslo Universitetssykehus dekke behovet.

Vi ber om at:

- Prosessen på Gaustad settes på hold inntil befolkningens behov, risiko og realistisk tilgang til ny teknologi er tilstrekkelig utredet.
- At en utvikling av Ullevål sykehus må utredes på lik linje med Gaustad slik at de to alternativene kan sammenlignes før videre arbeid igangsettes.
- At lokalsykehusstilbudet til befolkningen i Oslo og omkringliggende regioner sikres, både praktisk og finansielt.

Østensjø:

Bydel Østensjø har brakt i erfaring at det er reist bekymringer knyttet til utviklingen av lokalsykehusfunksjonen i Oslo. Det registreres at det fra flere kvalifiserte hold stilles spørsmål om både framtidig kapasitet og funksjonalitet. Videre observerer vi at det er forhold i gjennomføringen av utviklingsplanen som har underbygget de registrerte bekymringer. Bydel Østensjø har i overkant av 50.000 innbyggere. Det er uakseptabelt at det kan reises spørsmål og etableres usikkerhet om våre innbyggere vil ha et tilstrekkelig lokalsykehusstilbud når det gjelder kapasitet og funksjonalitet. Overføring av 100.000 pasientdøgn til Oslo kommune synes urealistisk. Hjemmetjenester, helsehus, og sykehjem er ikke dimensjonert for dette. Det er videre uheldig å utsette bygging av nytt Aker sykehus i påvente av ferdiggjørelse av annen sykehuskapasitet. Kapasiteten ved

nytt Aker sykehus er det i realiteten alt et behov i Oslo.

Vi ber derfor Byrådet og Bystyret i Oslo gjøre våre synspunkter kjent overfor sykehuseier, styret i HSØ og styret i OUS. Vi forventer videre politisk oppfølging av saken.

Vestre Aker:

Bydel Vestre Aker viser tidligere innsendte høringsuttalelse vedrørende Regional utviklingsplan 2035 – Helse Sør-Øst. I tillegg til denne uttalelsen ønsker bydel Vestre Aker at det klargjøres hvordan planen vil påvirke bydelens økonomi.

*Sammenfatningen over er i sin helhet hentet fra notat utarbeidet av notat utarbeidet av Sykehusaksjonene i Oslo ²²

Oslo kommunes uttalelser om de tidligere planene

Byrådet i Oslo og PBE har uttalt seg om tidligere planer og har også kommet med anbefalinger. Uttalelsene er interessante å se nærmere på.

Det har vært mange planer for Nye Oslo Universitetssykehus og utredningene har pågått i over ti år. Underveis har en rekke løsninger blitt vurdert og utredet av OUS og HSØ, for deretter å bli forkastet. Grovt sett har det vært snakke om fire planer.

1. «Arealutviklingsplan 2025» lansert i 2011 av daværende direktør for OUS Siri Hatlen²³

I denne utredningen ble full samling av hele OUS på både på Gaustad/Rikshospitalet og på Ullevål vurdert. Vurderingen var at full samling på Gaustad/Rikshospitalet krevde at Ring 3 ble lagt i tunnel. En løsning som den gangen ble avskrevet av tekniske og økonomiske årsaker.

²² Oslo bystyre: Bydelenes synspunkter om sykehus i Oslo Vedlegg til sak 329/2018 Privat forslag fra Aina Stenersen (F) av 23.04.2018 - Stopp nedleggelsen av Ullevål sykehus og prioriter Aker lokalsykehus, 24.10.2018 https://tjenester.oslo.kommune.no/ekstern/einnsyn-fillager/filtjeneste/fil?virksomhet=976819853&filnavn=vedlegg%2F2018_10%2F1273236_1.pdf

²³ Arealutviklingsplan 2025, 15.12.2011 <https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/Aker-Gaustad-byggeprosjekter/Documents/2011%20Arealutviklingsplan%202025.pdf>

Rapporten viste at full samling av hele virksomheten i OUS var mulig å få til på Ullevål tomten. Dette ble heller ikke anbefalt på grunn av kostnader og fordi det ble ansett som lite gunstig å fraflytte Rikshospitalet som bare var drøye ti år gammelt i 2011. Konklusjonen var at full samling var mulig men uansett løsning for dyrt og for komplisert. Delt løsning mellom Ullevål, Rikshospitalet og Radiumhospitalet ble vurdert som det beste og mest realistiske alternativet. Aker sykehus var på det tidspunktet nylig nedlagt og pasientene overført til Akershus Universitetssykehus, så noe lokalsykehus var det ikke snakk om i Arealutviklingsplanen.

2. «Campus Oslo» - full samling av alle sykehusene i OUS ved Rikshospitalet ²⁴

Lansert høsten 2012. «Campus Oslo» var en storslått plan som innebar flytting av Ullevål sykehus, Radiumhospitalet og Spesialsykehuset for epilepsi (SSE) som ligger i Bærum til Gaustad. «Arealutviklingsplan 2025» ble lagt bort i 2012 da Bjørn Erikstein erstattet Siri Hatlen som direktør ved Oslo Universitetssykehus. Hun gikk av som en følge av at «Arealutviklingsplan 2025», med en delt løsning mellom Ullevål og Rikshospitalet ikke fikk gehør i styret i OUS og heller ikke hos prosjekteier, HSØ. Løsningen til 16 milliarder kroner ble dessuten funnet for kostbar. Bjørn Erikstein la fram en helt ny plan som han hadde tenkt på noen år, og fikk raskt i gang utredning av denne. Bjørn Erikstein visjon var å samle hele Oslo Universitetssykehus. Grepet var at Ring 3 skulle legges i tunnel og sykehuset bygges over Ring 3. Virksomheten ved Radiumhospitalet, Ullevål og Spesialsykehuset

for epilepsi (SSE) og Aker skulle samles ved Rikshospitalet. Denne planen ble sendt på en omfattende høring ²⁵, der den møtte til dels stor motstand. Ved årsskiftet 2014/2015 ble «Campus Oslo» som en følge av stor politisk og faglig motstand skrinlagt. Sterk motstand mot flytting av Radiumhospitalet hadde dessuten ført til at det ikke lenger var aktuelt å flytte. Radiumhospitalet skulle forbli på Montebello. Nok en gang måtte planene gjennom kraftige justeringer.

3. Våren 2015 kom så en ny plan på bordet med navnet «Idéfase 2.0» ²⁶

Nå var det snakke om delvis samling. Fortsatt skulle Ullevål flyttes til Gaustad og tunnel eller stort lokk over Ring 3 en del av planen for å få plass, men Radiumhospitalet skulle ikke lengre være med og et lokalsykehus «et annet sted» i tillegg var noe som skulle utredes i den videre planleggingen.

4. «Fremtidens OUS, idéfase konkretisering etter høring» ble lansert tidlig i januar 2016 ²⁷

Dette var nok en helomvending. Nå skulle ikke lenger hele aktiviteten på Ullevål flyttes samlet. Det hadde blitt arbeidet intenst med dette i en lukket prosess høsten 2015. Tunnelen var ikke lenger med i planene. Nå skulle det bygges et bredt grønt lokk over. En ny forutsetning som var kommet inn som et viktig moment etter høringene var dessuten at det var viktig med et lokalsykehus i tillegg, fortrinnsvis på Aker. I den nye planen ble virksomheten på Ullevål foreslått delt i to. Deler av virksomheten skulle flyttes til Gaustad/Rikshospitalet og deler til det nye Aker

²⁴ Idéfase OUS – Campus Oslo, 19.06. 2014

<https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/Aker-Gaustad-byggeprosjekter/Documents/2014%20Idéfase%20OUS%20v.%201.o.pdf>

²⁵ Høring av Idéfase OUS – Campus Oslo, 03.07.14

<https://www.legeforeningen.no/contentassets/9d5dc9441aa84c69b3b7aca239b97ac5/hoeringsbrev-fra-oslo-universitetssykehus-idefase-ous-campus-oslo.pdf>

²⁶ Fremtidens OUS Idéfaserapport 2.0, mai 2015

<https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/Aker-Gaustad-byggeprosjekter/Documents/2015%20Idéfase%20OUS%20v.%202.o.pdf>

²⁷ Fremtidens OUS. Konkretisering etter høring, 28.01.2016

<https://oslo-universitetssykehus.no/Documents/Idéfase%20sluttrapport%20Framtidens%20OUS%2020162801.pdf>

sykehus. Det helt nye grepet – å dele Ullevål i to og splitte fagmiljøet og funksjonene der mellom Rikshospitalet/Gaustad og Aker har aldri vært på høring og mangler forankring i fagmiljøene. Delingen av Ullevål er en av hovedgrunnene til den sterke faglige motstanden mot planene.

Målbildet for fremtidens OUS ble vedtatt i juni 2016 av Bent Høie i foretaksmøtet ²⁸

Det var «Fremtidens OUS, idéfase konkretisering etter høring» ²⁹ som dannet grunnlaget for vedtaket, men allerede da helse- og omsorgsminister Bent Høie behandlet planen var forutsetningene for prosjektet nok en gang endret, men uten at dette var gjenspeilet i planene. Det ser ikke ut til at disse endringene i forutsetningene var en del av beslutningsgrunnlaget da målbildet ble vedtatt.

Oslo kommunes uttalelser om «Idéfase Campus Oslo»

«Campus Oslo» var i 2014 gjenstand for en bred høring. Byrådet i Oslo leverte høringsuttalelse på delegert fullmakt fra bystyret. 30. oktober 2014 ³⁰.

Totalt ble det levert inn rundt 70 formelle høringsuttalelser i tillegg til en rekke uttalelser fra kommunale etater, andre aktører og privatpersoner til Idefaserapport 1.0 Campus Oslo. Høringsperioden varte i fire måneder. Prosjektet Campus Oslo ble stoppet av de kritiske høringsuttalelsene knyttet til full samling på Rikshospitalet/Gaustad. Mange mente det ville være uheldig om hele virksomheten ble samlet i ett anlegg på Gaustad. Ønske om et lokalsykehus i tillegg var gjennomgående. Høringsrun-

den viste at full samling Gaustad øst og tung utbygging på Gaustad nord var alternativer som møtte mye motstand.

Oslo kommune mente at planen ikke ivaretok behovet for lokalsykehusfunksjoner på en god måte og at det burde utvikles et lokalsykehus i tillegg, fortrinnsvis på Aker. Gjenreising av Aker som lokalsykehus fremstod som viktig for Oslo kommune.

Uttalelsen fra Oslo Byråd summeres opp i følgende hovedpunkter:

- En mer kompakt sykehusstruktur er interessant, men kommunen er skeptisk til gigantprosjekter.
- Mandatet var for snevert, man må vurdere alternative lokalsykehusfunksjoner i Oslo øst eller sør, evt. I samråd med Akershus fylkeskommune.
- Må finne løsninger som sikrer personreiser med kollektivtransport, sykkel og gange.
- Et modifisert Gaustad sør alternativ bør tas med i den videre prosessen, et Gaustad øst alternativ anbefales ikke.
- Det er hensiktsmessig å utrede videre en «delt løsning» mellom Ullevål (sør) og Gaustad.
- Et åpenbart alternativ å utrede er å gjenoppta lokalsykehusdrift på Aker.

Full samling på Gaustad legges bort

Høringsuttalelsene og en ekstern kvalitets-sikringsrapport ble behandlet av styret i OUS 18.12.14 ³¹

Styret i OUS vedtok at alternativet samling Gaustad Sør skulle utvikles videre men gjorde en del justeringer med føringer for det videre arbeidet.

²⁸ Foretaksmøte i Helse Sør-Øst 24. juni, 2016 – vedtak om «Fremtidig målbilde for Oslo Universitetssykehus HF» <https://www.regjeringen.no/contentassets/a992ef9163a54e4a98aad4e8908d54e/protokollhelsesorost24062016.pdf>

²⁹ Fremtidens OUS. Konkretisering etter høring, 28.01.2016 <https://oslo-universitetssykehus.no/Documents/Idefase%20sluttrapport%20Framtidens%20OUS%2020162801.pdf>

³⁰ Protokoll fra møte i Oslo byråd med vedtak av høringsuttalelse om «Campus Oslo» 30.10.2014 <https://tjenester.oslo.kommune.no/ekstern/einnsyn-fillager/filtjeneste/fil?virksomhet=976819837&filnavn=byr%2F2014%2Fbr2%2F2014035884-1340520.pdf>

³¹ Styret i OUS, behandling av styresak 69/14 Idéfase Campus Oslo <https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/styremoter-i-ous/Documents/Styremoter%202014/Styremote%202014-12-18%20Styresaker,%20samlefil.pdf>

I korte trekk vedtok styret videre:

- Å legge til kostnadene for ny T-bane-trasé på 1,75 mrd. for å kunne gjennomføre Gaustad Sør-alternativet med tunnel.
- Gjøre det mulig å beholde mest mulig av Domus Medica, samt komme med forslag til plassering av erstatningsbygg for Universitetet i Oslo samt Universitetet sitt planlagte odontologibygget.
- I tillegg å utrede et nytt Gaustad Sør-alternativ med redusert omfang som ikke krever Ring 3 i tunnel, men også kan la seg realisere med lokk over Ring 3.

Følgende tiltak skulle redusere omfanget av Gaustad Sør:

- Ny oppgavefordeling mellom sykehusene i Oslo (flere oppgaver for Lovisenberg og Diakonhjemmet).
- Etablere lokalsykehus på en annen lokalisasjon.
- Finne alternativ lokalisering for sikkerhetspsykiatrien.
- Å rehabilitere deler av bygningsmassen på Gaustad sykehus for egnede formål innen psykisk helse.
- Å utarbeide lokalsykehusfunksjoner uten for hovedsykehuset etter påtrykk fra høringsinstansene og ekstern kvalitetssikrer.
- Å jobbe videre med o-alternativet, men øke de estimerte investeringskostnadene for dette alternativet fra 21 til 27 milliarder.
- At løsningene som idéfaserapporten ikke anbefalte – alternativene Gaustad Øst og full samling på Ullevål ble lagt helt bort.
- Å vurdere delt løsning Ullevål og Gaustad på nytt for å imøtekomme høringsinstansene og ekstern kvalitetssikrer.

- Stoppe planen om omfattende utvidelse av psykiatrien nord for Gaustad sykehus og med det ta ut nye bygg for sikkerhetspsykiatri fra hovedprosjektet.

Oslo kommunes uttalelser om «Idéfase 2.0»

Oslo kommune ved Oslo byråd uttalte seg ikke offisielt om Idéfase 2.0, men en del av innvendningene både i uttalelsene fra Oslo kommune og fra andre som var kritiske til å samle hele virksomheten i OUS ble tatt hensyn til i Idéfase 2.0.

Idéfase 2.0 ble utviklet basert på vedtakene i styret i OUS i desember 2014. Lokalsykehus kom inn i planene som en forutsetning. Rapporten ble behandlet av styret i OUS 9. april 2015³².

Full samling på Gaustad Sør ble nå lagt helt bort som alternativ. Lokalsykehus et annet sted skulle inn i planene.

Styret vedtok at administrerende direktør skulle slutføre arbeidet med idéfase for sykehuset og vurdere tre alternativer:

1. o-alternativet.
2. Et alternativ der virksomheten er delt mellom to lokaliseringer, Gaustad sør og Ullevål.
3. Delvis samling Gaustad sør.

Styret ba i tillegg om at alle de tre alternativene skulle beskrive hvordan en lokalsykehusfunksjon eventuelt kan skilles ut.

Styremøte i OUS 30. april – fortsatt drift på Radiumhospitalet vedtatt utredet³³

Den store samlingen var altså forlatt med nedskaleringen av det som skulle planlegges bygd

³² Protokoll styremøte OUS 09.04.2015
<https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/styremoter-i-ous/Documents/Styremoter%202015/Styremote%202015-04-09%20Samlefil.pdf>

³³ Protokoll styremøte OUS 30.04.2015
<https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/styremoter-i-ous/Documents/Styremoteprotokoller%202015/Protokoll%20styremote%202015-04-30.pdf>

på Gaustad/Rikshospitalet, men fortsatt så man for seg at Radiumhospitalet kunne flyttes til Gaustad/Rikshospitalet.

Et nytt styrevedtak fra 30. april 2015 la imidlertid til rette for at Radiumhospitalet skulle fortsette sin virksomhet på Montebello i mange år. De sterke fagmiljøene knyttet til Radiumhospitalet hadde sammen med forretningsmannen Arthur Buchard langt på vei vunnet frem i kampen for å beholde sykehuset der det var ³⁴.

Styret vedtok:

1. Styret legger til grunn at kreftområdet ikke blir hovedelementet i en første etappe for utbygging av Oslo universitetssykehus og at dette innebærer aktivitet på Radiumhospitalet i minst 15 år fremover.
2. Styret ber om at utredning av nytt klinikk bygg ved Radiumhospitalet samkjøres med organisasjonsgjennomgangen av kreftområdet og idéfasearbeidet og tar til etterretning at dette arbeidet vil bli gitt som gave til Oslo universitetssykehus, basert på en formell avtale mellom partene.

Oslo bystyre ønsket gjenåpning av Aker sykehus Lokalsykehus og gjenåpning av Aker som lokalsykehus var og er en viktig sak for politikerne i Oslo. 17. juni 2015 vedtok Oslo bystyre et privat forslag fra Carl I. Hagen om å reetablere Aker som lokalsykehus for Groruddalens befolkning.

Bystyret vedtok følgende:

Oslo bystyre vil anmode Oslo universitetssykehus om snarest mulig å vurdere gjenåpning av lokal

sykehussenger på Aker sykehus for befolkningen i Groruddalen for å sikre lokalbefolkningen et godt lokalsykehusstilbud ³⁵.

Det er verdt å merke seg at bystyret ønsket gjenåpning av Aker som lokalsykehus for Groruddalens befolkning og dette er viktig for politikerne i Oslo. Saken ble behandlet i og vedtatt i Oslo bystyre. Gjenåpning av Aker for Groruddalens innbyggere var og er en viktig sak for alle politiske partier i Oslo bystyre.

Konkretisering etter høring – planen om å splitte virksomheten på Ullevål i to utvikles

Med dette gikk det mot ytterligere nedskalering av planene på Gaustad/Rikshospitalet.

En helt ny idéfase ble startet, lokalsykehus skulle etableres et annet sted og Radiumhospitalet skulle ikke lengre være en del av prosjektet. Samling av regionsfunksjoner er fortsatt viktig, målet er å bygge et stort regionsykehus på Rikshospitalet/Gaustad.

Den siste idéfaserapporten fikk navnet «Fremtidens OUS, idéfase konkretisering etter høring». Den ble utarbeidet høsten 2015.

Det var en god del dialog mellom OUS og fagmyndighetene i Oslo kommune denne høsten.

22.10.2015 sendt OUS ved viseadministrerende direktør Terje Rootvelt brev til PBE ved Ellen de Vibe. Tittelen på brevet var OUS Idéfase – Oversendelse av dokumenter for uttalelse ³⁶.

³⁴ Dagens perspektiv Kampen om sykehusstrukturen i Oslo spisser seg til, 03.10.2014
<https://www.dagensperspektiv.no/artikkel/4858/95481>

³⁵ Oslo bystyre 17.06.15 Privat forslag fra Carl I. Hagen om å be bystyret reetablere Aker som lokalsykehus for Groruddalens befolkning.
https://tjenester.oslo.kommune.no/ekstern/einnsyn-fillager/filtjeneste/fil?virksomhet=976819837&filnavn=byr%2Fjournals+195000%2F2178906_114.pdf

³⁶ Brev fra Oslo Universitetssykehus til Plan- og bygningsetaten. OUS Idéfase - Oversendelse av dokumenter for uttalelse. 22.10.2015
<https://innsyn.pbe.oslo.kommune.no/saksinnsyn/showfile.asp?jno=2015148794&fileid=5903226>

Bakgrunn

Vedlagt følger presentasjonen som ble gjennomgått i møtet mellom Oslo universitetssykehus (OUS) og Plan- og bygningssetaten (PBE) den 14.10.2015³⁷. Det er bare gjort noen få suppleringer ift. den presentasjonen som ble sendt over den 07.10.2015, som grunnlag for forberedelse til møtet.

I møtet 14.10. ba PBE OUS om å oversende sitt materiale sammen med en beskrivelse av hovedtrekkene i alternativene og den prosjektutviklingen som OUS vil foreslå knyttet til de ulike alternativene. Dette vil så danne grunnlag for en foreløpig tilbakemelding fra PBE. PBE understreket at det må avklare internt i Oslo kommune hvordan uttalelsen skal behandles på kommunens side, før den oversendes til OUS. OUS skal styrebehandle idefasedokumentet i møte 17.12.2015, men med forberedende behandling i styringsgruppemøte 23.11.2015 og 07.12.2015.

Det er tidligere avklart at bestilling av oppstartmøte for regulering må komme etter styrebehandlingen i OUS, og det OUS i denne omgang ber om, er derfor en foreløpig tilbakemelding. OUS ønsker gjennom dette å begrense risikoen for at det fremmes alternativer til styrebehandling som senere viser seg av reguleringsmessige grunner, å være umulig å gjennomføre.

Det er nå klart at OUS har en plan som de vil sikre at lar seg gjennomføre. Det foreligger ingen styrevedtak hverken i OUS eller i HSØ, langt mindre noe vedtak fra eier i foretaksmøtet. Det nye konseptet det jobbes med denne høsten skjer i en bemerkelsesverdig lukket krets.

OUS redegjør i brevet for deler av utredningsforløpet og skriver videre at man nå i praksis arbeider med to alternativer.

Alternativene som nå utredes er besluttet i OUS styre gjennom vedtak av 09.04.2015:

1. **0-alternativet.**
2. **Delt løsning** mellom to lokaliseringer;

Gaustad Sør og Ullevål (for den fysiske løsningen på Ullevål er det prinsipielt tre varianter: Ullevål Nord, Ullevål Sør eller hele Ullevål). Lokalsykehusfunksjonen ivaretas her på Ullevål.

3. **Delvis samling på Gaustad Sør** kombinert med etablering av lokalsykehusfunksjoner utenfor hovedsykehuset.

Organisering av kreftområdet med vurdering av bygningsmessige forhold skal utredes parallelt.

I praksis betyr dette at OUS utredes to utbyggingsalternativer;

- a. En delt løsning mellom Gaustad og Ullevål med regionsfunksjoner begge steder. OUS sine lokalsykehusfunksjoner vil da ivaretas her og det vil ikke være aktuelt for OUS de nærmeste årene å bygge et ekstra lokalsykehus noe annet sted. Utredningene viser at hele Ullevål i tilfelle må benyttes.
- b. En samling av regionsfunksjonene med et nødvendig volum av lokalsykehusfunksjoner ett sted (i utg. p. på Gaustad) og etablering av et stort lokalsykehus et annet sted; på Aker, på Ullevål eller "tomt X". Hvis man velger et annet sted enn Ullevål for lokal sykehuset, vil Ullevål tomte frigjøres til andre formål. Det er viktig å presisere at uansett alternativ a eller b, vil det være nødvendig med en betydelig utbygging på Gaustad for å ivareta øket befolkning, bedre bygg for visse funksjoner (inkl. nyfødt intensiv) og nødvendig samling av visse funksjoner.

Terje Rootwelt viser her til styrevedtak fra 9. april 2015 som en begrunnelse for å redusere utredningsalternativene til to. Styrets vedtak 9. april 2015 som er gjengitt over sa imidlertid at det skulle utredes tre alternativer – alle med en

³⁷ Presentasjon av planene for Idéfase konkretisering etter høring fra møte mellom PBE og OUS 14.10.2015 <https://innsyn.pbe.oslo.kommune.no/saksinnsyn/showfile.asp?jno=2015148794&fileid=5903227>

beskrivelse av hvordan en lokalsykehusfunksjon kunne skilles ut. Dette styrevedtaket fulgte ledelsen i OUS rett og slett ikke opp.

Begrunnelsen for å ikke følge opp styrevedtaket om å utrede lokalsykehus «et annet sted» for alternativet «delt løsning Gaustad sør og Ullevål» var at OUS hadde ansvaret for får få bydeler til å dele lokalsykehusansvaret mellom to sykehus; Ullevål og et lokalsykehus et annet sted. OUS har lokalsykehusansvar for seks bydeler. Ved delt løsning skulle akutt- og traumeenheten bli liggende på Ullevål. For at dette skulle fungere godt var og er det viktig at akutt sykehuset har et stort nok pasientgrunnlag. Ledelsen og fagmiljøene mente at fire bydeler var minimum. Det ble konkludert med at to bydeler var for lite til at man kunne bygge et eget lokalsykehus. Parallelt pågikk det imidlertid en utredning om tilbakeføring av de tre Groruddalbydelene som hadde lokalsykehus på Ahus til OUS. Dette arbeidet pågikk parallelt, og med ansvaret for ni bydeler ville det vært grunnlag for å se på delt løsning «Gaufstad sør og Ullevål» pluss lokalsykehus i henhold til styrevedtaket.

At delt løsning pluss lokalsykehus ikke har blitt utredet noen gang er noe både fagforeningene i OUS, politikere og andre har kritisert og bedt om en utredning av. Manglende oppfølging av styrevedtaket fra ledelsen har blitt kritisert av de ansattes organisasjoner.

Videre skriver Terje Rootwelt

Styrets behandling i desember

Planen et at styret for OUS i desember skal behandle et hovedveivalg mht. hvilke av alternativene «delt løsning» eller «delvis samling Gaustad sør pluss lokalsykehus annet sted» som sammen med o-alternativet skal utredes og konkretiseres videre i neste fase. I tillegg hvilke to første etapper for det valgte alternativet som skal utredes og konkretiseres videre i neste fase, slik at endelig valg av alternativ (o-alternativet eller det utredede tiltaksalternativet), og hvilken første etappe man skal starte med,

kan konkluderes ved utgangen av konseptfasen (før oppstart forprosjekt). En slik konklusjon planlegges å kunne fattes i 2017.

Utviklingen som nå planlegges på Gaustad/ Rikshospitalet kalles nå «delvis samling». Det er dette alternativet som ble med videre og som Oslo byråd senere uttalte seg om.

Gaufstad: *I høringsversjonen av idefasen var nybyggbehovet ved «full samling Gaustad sør» på ca. 450.000 kvm. I «delvis samling Gaustad sør» er dette nå redusert til i størrelsesorden 200.000-250.000 kvm. Det er lagt vekt på at hoveddelen av dette skjer som en utvidelse sørover fra Rikshospitalet, som et sammenhengende sykehus. Noen mindre arealer lokaliseres øst for A-avsnittet, dvs. På «parkeringstomte» som er et transformasjonsområde, og noe nordøst for Rikshospitalet. Grønt-draget lang bekken vest for Rikshospitalet utvikles til et mer attraktivt parkområde som styrker dette grønt- draget sammen og styrke grønt-draget fra Blindernområdet og nordover mot marka, ved at lokket blir en del av et sammenhengende grønt område. Lokket vil ikke ha bebyggelse ut over nødvendig kommunikasjonsareal mellom de to delene av sykehuset. I «delt løsning» vil hovedtrekkene i utbyggingen på Gaustad være de samme, men arealbehovet er noe mindre (rundt 150 000 kvm). Dermed vil det være ønskelig å unngå bebyggelse sør for Ring 3, og unngå å utløse behov for lokk over Ring 3.*

OUS har etter siste møte med PBE hatt videre dialog med Universitetet i Oslo som indikerer at det også kan bli aktuelt å foreslå erstatningsareal for revet del av Domus Medica bygget på parkeringshustomta (ca. 15.000 kvm) allerede i første etappe (i vedlagte materiale er dette vist i en senere etappe). Dette innebærer i så fall også at det vil bli behov for bygging av p-anlegg til erstatning for tapte plasser og for å løse situasjonen under bygging allerede tidlig i første etappe.

Avslutningsvis står det i brevet:

Avsluttende kommentar

Vi ønsker avslutningsvis å gjøre oppmerksom på sammenhengen mellom utvikling på Gaustad, Ullevål og Aker i de to alternativene «delt løsning» og «delvis samling på Gaustad sør med lokalsykehus».

Uansett valg av alternativ vil det være behov for relativt omfattende utbygging på Gaustad.

Dersom «delt løsning» velges vil OUS lokalsykehusfunksjoner bli liggende på Ullevål, og verken byutvikling på Ullevål eller utvikling av lokalsykehus på Aker er aktuelt.

Dersom «delvis samling på Gaustad sør med lokalsykehus» velges vil lokalsykehuset bli liggende på enten Aker, Ullevål eller en tomt x. Dette er den løsningen med størst utbygging på Gaustad, men som også har potensiale til på lang sikt å frigjøre Ullevål for byutvikling, og som vil tilføre mer til grønt-drag på Gaustad gjennom lokk over Ringveien.

Nedlegges av Ullevål og utbygning på Rikshospitalet fremstår som en forutsetning for gjenåpning av Aker.

Byrådet i Oslo og PBEs uttalelser i forbindelse med den nye planen «Fremtidens OUS, idéfase konkretisering etter høring»³⁸

Byrådet i Oslo behandlet egentlig aldri den nye Idéfaserapporten konkretisering etter høring – det er en misforståelse. Byrådet kom med en planfaglig tilbakemelding 21. januar 2016³⁹. Tilbakemeldingen var svar på OUS' brev som er referert tidligere der viseadministrerende direktør Terje Rootwelt kom med sin anmodning om en foreløpig uttalelse for å begrense

reguleringsrisikoen. Brevet ble sendt PBE som svarte at en foreløpig planfaglig uttalelse måtte forankres politisk⁴⁰. Oslo byråd behandlet derfor 21. januar en foreløpig uttalelse knyttet til de planfaglige aspektene ved den nye Idéfaserapporten konkretisering etter høring og ikke selve rapporten. Det var Byråd for byutvikling som skrev innstillingen som ble vedtatt av Oslo Byråd. Saken ble ikke behandlet hos Byråd for helse, eldre og arbeid.

I uttalelsen står også følgende:

Oslo kommune anbefaler alternativ 3 (delvis samling med Gaustad sør kombinert med etablering av lokalsykehusfunksjoner utenfor hovedsykehuset). Dette alternativet fremstår som det beste med utgangspunkt i primærhelsetjenestens perspektiv. Det gir større muligheter for god samhandling mellom primær- og spesialisttjeneste, og mer likeverdig helsetjenestetilbud til befolkningen i byen. Dette alternativet er også det som medfører størst gevinst i et overordnet byutviklingsperspektiv. Dette forutsatt at lokalsykehusfunksjonen lokaliseres på Aker og ikke på Ullevål. Dette er alternativet som i størst grad imøtekommer de hensyn Oslo kommune ønsket ivaretatt i forrige høringsuttalelse og de føringer som ligger til grunn i Kommuneplan 2015. En samling av spesialistfunksjoner på Gaustad gir nærhet til kunnskaps- og innovasjonsmiljøene i «Kunnskapsbyen» for øvrig, med mulige positive ringvirkninger.

Videre vil utbygging av Gaustad sydovert fra Rikshospitalet med «grønt» lokk over Ring 3 styrke grøntdrag og forbindelse mellom grønnstruktur på Blindernområdet og mot Marka. En viktig forutsetning for utbygging på Gaustad må imidlertid være at grøntdraget på vest- og nordsiden av det «nye»

³⁸ Fremtidens OUS. Konkretisering etter høring, 28.01.2016

<https://oslo-universitetssykehus.no/Documents/Idéfase%20sluttrapport%20Framtidens%20OUS%2020162801.pdf>

³⁹ Byrådsmøte 21.01.2016 - Byråds sak 1006/16 Nytt Oslo Universitetssykehus - videreutredning - høringsuttalelse fra Oslo kommune

<https://einnsyn.no/moeteregistrering?id=http%3A%2F%2Fdata.einnsyn.no%2F667932d5-32c4-4f6c-aaca-6ac2b76d0d1a>

⁴⁰ 21.01.2016 Brev fra PBE til OUS som svar på brev av 22.10.2105 der OUS ba om en foreløpig planfaglig uttalelse knyttet til reguleringsforhold i forbindelse med videreutvikling av nytt Oslo Universitetssykehus.

<https://innsyn.pbe.oslo.kommune.no/saksinnsyn/showfile.asp?jno=2016010212&fileid=6086392>

Rikshospitalet ikke berøres og at programmet nedskaleres slik at skala og volumstørrelser på nye bygg ikke ødelegger de arkitektoniske kvalitetene i Rikshospitalet og gamle Gaustad sykehus. Ny bebyggelse må plasseres og utformes slik at den bevarer landskapsrommet foran Gaustad sykehus som er regulert til bevaring. Lokket over Ring 3 må bli et bredt parklokk som må opparbeides samtidig med 1. byggetrinn.

I innstillingen fra Byråd for byutvikling som Byrådet tiltrådte 21.januar 2016 ⁴¹ ble det lagt stor vekt på at Aker skulle gjenåpnes for Gro-ruddalen. Det enstemmige bystyrevedtaket fra juni 2015 - om å gjenåpne lokalsykehussenger for Gro-ruddalen på Aker sykehus – vektlegges, og det står referert at det høsten 2015 ble gjort vedtak i Kommuneplanen for å sikre sykehusdrift på Aker:

I møte 23.09.2015, sak 262, vedtok bystyret ny kommuneplan for Oslo: Kommuneplan 2015 Oslo mot 2030. Gjennom behandlingen i bystyrets organer ble kategorien «utviklingsområde» for Aker sykehusområdet tatt ut for at området skal utvikles i tråd med gjeldende regulering sykehus. Planen ble også supplert med en retningslinje om dette.

Nærmere om tunell, lokk og bru – og om kommunikasjon mellom OUS, Statens Vegvesen, Oslo Byråd og Plan- og bygningsetaten om dette

Hvordan prosjektet skulle håndtere trange tomter og ønsket om å samle mest mulig av virksomheten i OUS på Rikshospitalet/Gaustad har vært et sentralt tema i hele utredningsforløpet. Også etter at målbildet ble vedtatt av helse- og

omsorgsminister Bent Høie i juni 2016 har enten tunell eller lokk i forbindelse med Ring 3 vært en forutsetning.

Som vist over har Byrådet i Oslo uttalt seg positivt om «Alternativ 3» med delvis samling og parklokk.

Statens Vegvesen har prøvd å sette en stopper for mulighetene til å «bygge seg over Ringveien»

Mulighetene for å bygge over Ring 3 har hele veien vært med som en vurdering når det gjelder utvikling av nye sykehus i Oslo. Den har gjentatt ganger kommet opp knyttet til lokalisering på Rikshospitalet/Gaustad. Grunnen er åpenbar. Tomten på nordsiden av Ring 3 trang og at det vil være krevende å få en god sammenheng dersom det nye sykehuset blir delt av Ring 3.

Muligheten for lokk ble problematisert allerede i 2011 i «Arealutviklingsplan 2025».

Fra Arealutviklingsplanen (side 107):

Lokk over Ring 3

Byggeområdet kan utvides mot syd på lokk over Ring 3 til Forskningsveien. Strekningen mellom turveibroen nær Gaustadkrysset og Gaustadalléen er mulig å overdekke. De tekniske, økonomiske og reguleringsmessige utfordringene og konsekvensene for veitrafikken og bebyggelsen er så omfattende at alternativet må sees på som en egen mulighetsstudie. Alternativet behandles derfor ikke i dette notatet, men vil vurderes i det videre arbeidet.

Mulighet for lokk omtales summarisk flere steder i Arealutviklingsplanen, men beskrives som kostbart og vanskelig å realisere.

⁴¹ Innstilling fra Byråd for byutvikling byrådssak 1006/16 Nytt Oslo Universitetssykehus – videreutredning – høringsuttalelse fra Oslo kommune tiltrådt av Oslo byråd 21.01.2016
<https://tjenester.oslo.kommune.no/ekstern/einnsyn-fillager/filtjeneste/fil?virksomhet=976819837&filnavn=byr%2F2016%2Fbr2%2F2016002209-1500608.pdf>

Mulighetene ble undersøkt med PBR. Det ble avholdt en rekke møter mellom PBE, Riksantikvaren, Byantikvaren og OUS sent høsten 2011.

Møtene resulterte i et notat med kommentarer til mulighetsstudiene for OUS⁴² fra PBE datert 12.12 som også siteres i Arealutviklingsplanen (s. 137).

I et notat fra PBE av 09.12.2011 konkluderes det med:

Hovedinnfallsvinkel fra et byplanståsted knytter seg til at institusjonenes lokalisering må vurderes:

*- som en del av Oslos nærings- og forskningsmiljø
- mot dagens og fremtidens transportsystem, med vekt på banebetjening*

Under henvisning til at Plan- og bygningsetatens kommentarer ovenfor ivaretas i det videre planarbeid, kan vi på foreliggende skissmessige grunnlag foreløpig konkludere med at:

- *Plan- og bygningsetaten anbefaler at OUS går videre med utbyggingsalternativ syd for Rikshospitalet, men stiller seg foreløpig spørrende til nødvendigheten av det foreslåtte grepet med Ringveien i tunnel med lokk og bebyggelse over.*
- *Plan- og bygningsetaten kan anbefale OUS å gå videre med alle alternativer for Ullevål med unntak av scenario 1.*
- *Potensialet ved å inkludere Sognsveien 80 bør undersøkes*

«Arealutviklingsplan 2025» ble raskt lagt bort da Siri Hatlen trakk seg på dagen som direktør 6. juni 2011. Seks måneder senere ble Bjørn Erikstein ansatt som ny direktør og startet arbeidet

med full samling på Gaustad. For å få til dette var det nødvendig med tunell eller et 250 meter bredt lokk. Det merkelige at det ikke kan dokumenteres noen form for formell kontakt mellom OUS og Statens Vegvesen (SSV) under planleggingen av prosjektet all den tid tunnel eller lokk var et helt avgjørende premiss for at Campus Oslo kunne gjennomføres. SVV uttalte seg heller ikke i den omfattende høringen om Campus Oslo som pågikk i siste halvår 2014.

Lokk over Ring 3 i 2016; uttalelser fra OUS, Oslo kommune og Statens Vegvesen

Det kan se ut til at både PBE, Byantikvaren og Byrådet våren 2016 manglet viktig informasjon om den reelle situasjonen knyttet til muligheten for å realisere et prosjekt med lokk over Ring 3. Uttalelser fra Oslo kommunes side har gjennomgående et bredt parklokk som en viktig forutsetning for prosjektet. Så sent som 10. juni 2016 fattet Oslo Byråd vedtak om en uttalelse som har et bredt grønt parklokk som en forutsetning. Byrådet presiserer dessuten at lokket må bygges i fase 1⁴³.

OUS på sin side visste at det ville bli krevende å realisere et lokk over Ring 3 gjennom dialog med SVV høsten 2015, og 12. januar 2016 mottok OUS et brev med en tydelig beskjed fra Statens Vegvesen om at ingen av alternativene OUS foreslo når det gjaldt lokk var gjennomførbare etter SVVs vurdering.

At SVV hadde innvendinger mot et bredt lokk var kjent for OUS allerede i oktober 2015. I et brev fra OUS til Statens Vegvesen Region Øst refereres det til et møte 19.10.2015⁴⁴.

Tilbakemelding

Vi ber, i samsvar med avtale i møte den 19.10.2015, om tilbakemelding fra Statens Vegvesen på de problem-

⁴² Fremtidens OUS. Konkretisering etter høring, 28.01.2016
<https://oslo-universitetssykehus.no/Documents/Idefase%20sluttrapport%20Framtidens%20OUS%2020162801.pdf>

⁴³ Vedtak Oslo byråd 10. juni 2016. Foreløpig planfaglig uttalelse fra kommunen sak 1066/16
<https://innsyn.pbe.oslo.kommune.no/saksinnsyn/showfile.asp?jno=2016073081&fileid=6401227>

stillingene knyttet til dette som følger av vedlagte notat, se oppsummeringen i slutten av notatet.

Brevet fra OUS til Statens Vegvesen 3.11.2015 hadde et notat fra Norconsult AS vedlagt⁴⁴. Notatet bekrefter at det ble avholdt møte om veiløsninger 19.10.2015. Notatet inneholder tre alternativer med hensyn til lokket med plantegninger og illustrasjoner.

2.2 Planlagt situasjon

Utbygging av et eventuelt lokk er i utgangspunktet forutsatt i etappe 2 for OUS, og er dermed planlagt bygget etter 2024. I dialog med PBE er det oppfattet at de er positive til en lokkoverbygning. Det har vært signalisert at det kan bli vurdert å legge inn en rekkefølgebestemmelse i reguleringsplanen som forutsetter utbygging av lokket i forbindelse med etappe 1, altså før 2024.

For å få til en god tilpassing av lokk og sideterreng på begge sider er det nødvendig å senke Ringveien, på det meste nesten 2 meter. Foreslått lokkløsning vil opprettholde trafikkmønsteret slik det er i dag, med mulighet for gjennomgående kollektivfelt i østgående retning og et kollektivfelt som avsluttes før påkjøringsrampe i vestgående retning.

I møtet med SVRØ ble det pekt på behov for avlastingsvei med tilsvarende kapasitet som under lokket, slik at kulverten kan stenges og vedlikeholdes uten at det oppstår store køproblemer. Det ble nevnt som en mulighet å bygge en bro istedenfor lokk, slik som viltoverganger bygges på riksveier utenom tettbygde strøk.

På bakgrunn av dette har vi sett på alternative lengder på lokk/bro, for å redusere omfanget av vedlikehold og rehabilitering.

Alternativ 1, 250 meter langt lokk

Dette er hovedalternativet. Lokket strekker seg fra overgang i Slemdalsveien i vest til busstopp i øst, se Figur 3. Dette gjør at grøntdraget fra Blindern forlenkes over Ring 3 og knyttes sammen med grøntdraget nord for Ring 3.

Alternativ 2, 200 meter langt lokk

Korte ned lokk med 50 meter. Den totale lengden på lokket blir ca. 200 meter, utstrekningen blir som vist i Figur 3. Ved å korte ned lengden mot øst tar en vekk den delen av lokket hvor kulverten ligger høyest i forhold til sideterreng på begge sider. Fordelene er redusert lengde av kulverten og mindre terrengtilpasninger i retning øst. En beholder også lokket mot vest og Slemdalsveien, noe som gjør at man fortsatt får store fordeler i form av støydemping. Ulempen er at man mister noe av den grønne forbindelsen som kobler sammen grøntområdet sør og nord for Ring 3.

Alternativ 3, 100 meter langt lokk/bro

Korte ned lokk til en lengde på 100 meter. Denne løsningen ligner mer på en viltovergang, slik vegvesenet har antydnet. Som et minimum bør lokket ha en utstrekning slik at gang- og sykkeltrafikk har mulighet til å passere, med noe grøntarealer for å forbinde sykehusområdet i nord og sør for Ring 3. Utstrekningen vil være som vist på Figur 3. Fordelene er at kulverten er kortere og det er behov for mindre tilpassinger til terrengtet både øst og vest for kulverten. Ulempen er at man mister mye av forbindelsen mellom sykehusområdet nord og sør for Ring 3 og støyreduksjonene vil være vesentlig mindre.

For tiden rehabiliteres Smestadlokket som er ca. 500 meter langt på samme veistrekning. Køproblemene har så langt vært mindre enn forventet.

⁴⁴ Brev datert 3.11.2015 fra OUS til Statens Vegvesen Region Øst
<https://www.dropbox.com/s/wg8zi8jwp75fh2g/20151103%20Brev%20fra%20OUS%20til%20SVV.pdf?dl=0>

⁴⁵ Fra Norconsult AS til Statens Vegvesen, 02.11.15 Oslo universitetssykehus, OUS. Notat angående samordning av veiløsninger i tilknytning til utbyggingen av OUS
<https://www.dropbox.com/s/ltopfdzepl9ulc4/20151102%20Fra%20Norconsult%20til%20SVV.pdf?dl=0>

Lokkløsningen som ble foreslått på møtet med SVRØ har en lengde på 250m. Lokket på Sjølyst 167 meter langt, dette lokket har heller ikke avlastingsvei.

OUS fikk svar på sitt brev fra Statens Vegvesen 12. januar 2016 ⁴⁶

Lokk over Ring 3/rv. 150 kommer i konflikt med gjeldende vegregulering ved Gaustad, vedtatt 27.09.2000 (S-3806), stadfestet i kommuneplan «Oslo mot 2030». PBE er positive, og har signalisert mulighet for å legge inn rekkefølgebestemmelse om lokk til etappe 1.

Det er foreslått lokk i tre ulike lengder 100 m, 200 m eller 250 m. Ring 3 må senkes (på det meste nesten 2 meter), og anlegget vil være svært problematisk å gjennomføre samtidig som trafikken må avvikles. Også på-/avrampene må senkes, og det innebærer konflikt med etablering av kollektivfelt i østgående retning (kollektivfelt må avsluttes før påkjøringsrampen grunnet høydeforskjeller).

Når en planlegger nytt lokk eller tunnel kan en ikke planlegge uten å ha mulighet for å dirigere trafikken utenom ved hendelser og vedlikehold på vegnettet. Ved totalrehabiliteringer som må forventes med 20-års intervaller, medfører det også behov for omkjøringstrase. Krav om avlastningsvei antas å komme i ny EU-forskrift, og må oppfylles. Kryss i tunnel skal unngås, jf. håndbok N500 Vegtunneler. Rampetilknytning inne i lokk er å betrakte som kryss.

Lokk gir store økte kostnader til drift og vedlikehold

ift. ordinær veg i dagen (6-8 x høyere driftskostnader). Disse kostnadene vil tilfalle tiltakshaver. Videre vil et lokk føre til mer konsentrasjon av luftforurensning fra trafikken inne i lokket. Denne luftforurensningen tilføres omgivelsene og følgelig også sykehuset.

Vår vurdering er at ingen av alternativene for lokk ved Gaustad ikke er gjennomførbare. Konsekvensene når det gjelder manglende mulighet for omkjøringsveg, anleggsfase samt kostnader etc. vil være langt større enn fordelene.

I stedet for lokkløsning anbefaler vi bred bro for alle trafikanter (evt. også skitrasé).

Oslo Byråd behandlet den foreløpige planfaglige uttalelsen 21. januar som tidligere redegjort for. Byrådet later ikke til å ha vært informert om uttalelsen fra SVV som kom ni dager før møtet i byrådet.

Det ser det heller ikke ut til at PBE var. I et brev fra PBE til Byrådsavdeling for byutvikling som er vedlagt byrådssaken 21.01.2016 ⁴⁷ står følgende om lokk.

Det vil være vesentlig å overkomme Ring 3 som barriere, og turveien over Ring 3 må bli et gjennomgående allment tilgjengelig turdrag. Illustrasjonene viser 100 – 200m bredt lokk. PBE er kjent med Statens Vegvesens krav om avlastningsvei ved bygging av lokk, men mener lokk uansett er svært viktig her. Lokket må bli et bredt parklokk, både av hensyn til sammenhengene i landskapet, til allmennheten og

⁴⁶ Brev fra Statens Vegvesen 12.01.2016. Kommentarer til veiløsninger, idéfase for OUS
https://www.dropbox.com/s/319k62822dw7r2e/20160112%2015_258304-3Kommentarer%20til%20veil%C3%B5sninger%20idefase%20for%20OUS.pdf?dl=0

⁴⁷ Brev fra PBE til Byrådsavdeling for byutvikling vedlagt byrådssak 1006/2016, 21.01.2016
<https://tjenester.oslo.kommune.no/ekstern/einnsyn-fillager/filtjeneste/fil?virksomhet=976819837&filnavn=byr%20Fo%20vedlegg%2016001297-1497798.pdf>

til sykehuset, herunder støy. Ved byggetrinn 1 nord for Ring 3 må også lokket etableres. De miljømessige, sikkerhetsmessige og trafikale konsekvensene av lokket må utredes.

19.1. 2016 mottok OUS nok et brev fra Statens Vegvesen som anbefaler at det utredes en bro på inntil 50 meter i stedet for lokk. Heller ikke dette varslet later til å ha fått innvirkning hvordan prosjektet ble behandlet videre utover våren.⁴⁸

10. juni 2016 sendte byrådsavdeling for byutvikling et brev til OUS. Byrådsavdelingen skriver at forbindelsen over Ring 3 må bli et bredt parklokk (150m – 200m bredde) som må opparbeides samtidig med 1. byggetrinn.

Ideen om et bredt grønt parklokk over Ring 3 synes godt forankret i Oslo kommune hele våren. Oslo kommunes anbefaling av delvis samling på Gaustad er tett knyttet til at dette kan la seg realisere.

Oslo kommunes anbefaling er tatt med som et viktig moment i styresak 053-2016 i Helse Sør-Øst HF 16. juni 2016 der Helse Sør-Øst gir sin tilslutning til å anbefale et framtidig mål bilde for Oslo universitetssykehus HF med et samlet og komplett regionsykehus inkludert lokalsykehusfunksjoner på Gaustad, et lokalsykehus på Aker og et spesialisert kreftsykehus på Radiumhospitalet.⁴⁹ Dette til tross for at HSØ i styresaken konkluderer med at premiss for utbyggingen på Rikshospitalet/Gaustad er at det

skal begrenses til nordsiden av Ring 3. Det fortsetter å komme uttalelser fra SVV om muligheten for parklokk over Ring 3 også etter vedtaket om målbildet.

11.10.2018 skriver SVV⁵⁰

Vi opprettholder poengene i vår tidligere uttalelse i brev datert 19.03.2018. Vi gjentar og understreker at det er konfliktfylt å gå videre med planforslag som inneholder et lokk over Ring 3. Vi støtter at det utredes en bred bro med bredde inntil 50 meter som tilrettelegges for vegetasjon.

Parklokk og mulighetene for at det kan settes opp sykehusbygg også på sørsiden av Ring 3 er viktig for flere instanser i Oslo kommune. Byantikvaren uttalte 29.10. 2018⁵¹

Mulig alternativ plan fra Byantikvaren vil derfor ta utgangspunkt i planalternativ 2. For å unngå store byggehøyder samt nybygg tett på Gaustad sykehus, vil Byantikvaren sannsynligvis måtte forutsette at planområdet sør for Ringveien også benyttes til sykehusformål.

Muligheten til å bygge sør for Ring 3 ble lagt helt bort da Helse Sør-Øst RHF, Oslo universitetssykehus HF, Universitetet i Oslo og Stiftelsen SINTEF undertegnet en felles erklæring om den pågående reguleringen.⁵²

Universitetet i Oslo (UiO) ser at de intensjoner som fremkom i UiO sin høringsuttalelse til planprogrammet ivaretas på en god måte i den foretrukne

⁴⁸ Brev fra SVV til OUS 19.01.2016

<https://innsyn.pbe.oslo.kommune.no/saksinnsyn/showfile.asp?jno=2016029041&fileid=6234419>

⁴⁹ Helse Sør-Øst 16.06.2016 Styresak nr. 053-2016 Videreføring av planer for utviklingen av Oslo Universitetssykehus HF.

<https://www.helse-sorost.no/Documents/Styret/Styremøter/2016/20160616/053-2016%20Saksframlegg%20-%20Videreføring%20av%20planer%20for%20utviklingen%20av%20OUS.pdf>

⁵⁰ Brev fra SVV til OUS 11.10.2018

<https://innsyn.pbe.oslo.kommune.no/saksinnsyn/showfile.asp?jno=2018123262&fileid=8147415>

⁵¹ E-post fra Byantikvaren 29.10.2018 til PBE

<https://innsyn.pbe.oslo.kommune.no/saksinnsyn/showfile.asp?jno=2018132677&fileid=8177449>

⁵² 01.06.2018 Undertegnet erklæring HSØ, OUS, UIO og Sintef

https://tjenester.oslo.kommune.no/ekstern/einnsyn-fillager/filtjeneste/fil?virksomhet=976819837&filnavn=byr%2Fjournals+035000%2F3324574_15.pdf

utbyggingsløsningen. SINTEF er glad for at Helse Sør-Øst RHF og Oslo universitetssykehus HF har funnet løsninger som legger til rette for en utvikling av sykehuset nord for Ringveien.

På bakgrunn av det ovennevnte er det for partene verken nødvendig eller ønskelig at reguleringsområdet for pågående regulerings sak for sykehusutbygging på Gaustad omfatter områder sør for Ring 3. Partene vil gjensidig støtte opp under den videre utviklingen av hele området på begge sider av Ring 3 som aktive bidragsyttere i den planlagte Oslo Science City.

Avtalen som er signert av administrerende direktør i HSØ, Cathrine Lofthus, administrerende direktør i OUS, Bjørn Erikstein, rektor ved Universitetet i Oslo, Svein Stølen og konsernsjef i Sintef, Alexandra Bech Gjørsv slår fast at de nye sykehusbyggene må bygges nord for Ring 3.

I planbeskrivelsen høsten 2018 er det nå kun en smal bro inntegnet.

Oppsummering og konklusjoner

Helse Sør-Øst RHF (HSØ), Oslo Universitetssykehus HF (OUS) og helse- og omsorgsminister Bent Høie har ved flere anledninger uttalt at Oslo kommune har støttet dagens planer.

Denne påstanden kan problematiseres. Kommunen har gitt innspill og anbefalinger, men har i liten grad uttalt seg om den løsningen som nå ønskes gjennomført. Uttalelser om tidligere planer og forslag til løsninger kan ikke uten videre knyttes til det prosjektet som i dag foreligger, da dette er et nytt konsept.

Byrådet i Oslo har uttalt seg om tidligere planer og har også kommet med anbefalinger. Planene har imidlertid endret seg så mye under veis at anbefalingene vanskelig kan sies å være støtte til dagens planer.

Oslo kommune peker i sitt høringsinnspill til den regionale utviklingsplanen for HSØ på en rekke svakheter. Kommunen går direkte imot planene til HSØ når det gjelder fordeling av bydeler og går inn for at OUS kun skal ha lokalsykehusansvar for syv bydeler, ikke ni. Oslo kommune går inn for at Lovisenberg sykehus skal ha ansvar for Sagene og Diakonhjemmet for Nordre Aker. HSØ har ikke kommet Oslo kommune i møte på disse områdene. Spesielt ikke på kravet fra kommunen om at Groruddalen som helhet skal få Aker som lokalsykehus og at dette skal prioriteres. Det går ikke an slik HSØ gjør å si at Oslo kommune høsten 2018 anbefaler planene for Nye Oslo Universitetssykehus, når HSØ ikke imøtekommer det flertallet i Oslo Bystyre krever. Et annet absolutt krav er fullfinansiering av de oppgavene som er planlagt overført fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten.

Det var klart for OUS-ledelsen allerede høsten 2015 at et bredt lokk over Ring 3 («Ringveien») ikke var aktuelt for Statens Vegvesen, men dette førte ikke til at prosjektbeskrivelsen ble endret før den ble behandlet av styrene i OUS og HSØ og til slutt av helseministeren i foretaksmøtet. Et stort problem med at lokk over Ring 3 ikke var realistisk, var at tomten på Rikshospitalet ville bli svært trang og at det ville bli vanskelig å få plass til de sykehusene som var planlagt på Rikshospitalet og Aker. Bent Høie vedtok altså et målbilde som ledelsen på vedtakstidspunktet var klar over at det ville bli vanskelig, enn si umulig å realisere.

Høsten 2015 ble det klart at Oslos politikere først og fremst var opptatt av at det skulle bygges et lokalsykehus på Aker-tomten. OUS gikk også inn for dette, men forutsetningen var at det samtidig skulle bygges på Gaustad og Ullevål legges ned. At OUS ikke var stort nok til å ha lokalsykehusfunksjoner på to steder var ett av argumentene. I og med at det parallelt foregikk

en utredning om overflytting av tre bydeler fra Ahus til OUS burde den mulige store utvidelsen av opptaksområdet for sykehuset ha vært tatt med i betraktning. Det skjedde ikke. Målbildet for Nye OUS og vedtaket om overføring av Alna, Grorud og Stovner ble fattet i det samme styremøtet i HSØ i juni 2016.

Vedtaket fra styremøtet i OUS året før om at også alternativet «Gaustad Sør og Ullevål» skulle utredes med et lokalsykehus et annet sted burde ha vært fulgt opp gitt de nye forutsetningene. Argumentene for å ikke følge opp styrets vedtak var bortfalt. Alternativet med å beholde Rikshospitalet relativt uendret og bygge på Ullevål og Aker har aldri vært reelt utredet.

Selve rapporten Idéfase konkretisering etter høring ble som vi har vist ikke behandlet av Oslo byråd. Byrådets uttalelse 21. januar 2016 var svar på at brev OUS hadde sendt PBE der de ba om en foreløpig planfaglig uttalelse. PBE svarte at en foreløpig uttalelse måtte forankres politisk, og det var en slik uttalelse Oslo byråd behandlet.

Brevet ble sendt PBE som svarte at en foreløpig planfaglig uttalelse måtte forankres politisk.⁵³ Oslo byråd behandlet derfor 21. januar en foreløpig uttalelse knyttet til de planfaglige aspektene ved den nye Idéfaserapporten konkretisering etter høring og ikke. Det var Byråd for byutvikling som skrev innstillingen som ble vedtatt av Oslo Byråd. Saken ble ikke behandlet hos Byråd for helse, eldre og arbeid.

Lokk over Ring 3 med grønnstruktur var en forutsetning for anbefalingen av alternativ 3 det er også bevaring av grønndragene og ivaretagelse av de arkitektoniske kvalitetene i dagens Rikshospital og Gaustad sykehus.

Dagens planer som nå er i forprosjektfase kan ikke sies å ivareta noen av disse forutsetningene.

Nå er planene å rive store deler av dagens Rikshospital, bygge seg inn på plenene ved Gaustad sykehus og tett ned mot Sognsvannsbekken, og noe grønt parklokk blir det ikke. Heller ingen parkbro på 50 meter ligger inne i planene som nå er til offentlig ettersyn. Det er også planlagt svært høye bygg som utfordrer vernebestemmelsene for Gaustad sykehus og går over Oslos høyhusnorm. Likevel har byrådets midlertidige uttalelse senere blitt tolket som støtte til idéfase konkretisering etter høring og dagens planer fra Oslo kommune.

Oslo bystyres klare målsetning om at Aker sykehus skal utvikles som lokalsykehus for Grorudalens innbyggere kan heller ikke sies å imøtekommes av dagens planer. Det er kun plass til en av bydelene (Alna) i etappe 1 av prosjektet. Etappe 2 ligger langt frem i tid og har ikke garanti for finansiering. Det er betydelig risiko knyttet til mulighetene for gjennomføring av en etappe 2 så langt frem i tid. I beste fall vil innbyggerne i Stovner og Grorud få sine lokalsykehusstilbud på Aker i 2036.

Løsningene i «Fremtidens OUS, idéfase konkretisering etter høring» kan ikke sies å være en videreutvikling av hverken Campus Oslo eller Idéfase 2.o. Løsningen som ble utviklet var radikalt forskjellig fra «Campus Oslo». Å splitte opp akutt- og traumevirksomheten på Ullevål var et nytt grep. Forslaget har i ettertid møtt massiv kritikk og motstand i fagmiljøene ved sykehuset. Løsningen ble heller ikke sendt ut på høring. Prosessen var i det hele tatt svært lukket. Oslo bystyre uttalte seg ikke om idéfase konkretisering etter høring, men har uttalt seg negativt om dagens planer.

⁵³ 21.01.2016 Brev fra PBE til OUS som svar på brev av 22.10.2105 der OUS ba om en foreløpig planfaglig uttalelse knyttet til reguleringsforhold i forbindelse med videreutvikling av nytt Oslo Universitetssykehus.
<https://innsyn.pbe.oslo.kommune.no/saksinnsyn/showfile.asp?jno=2016010212&fileid=6086392>

REFERANSER

Almans, Ø., Holte, E., Hovland, D, Midtbø, Ø., Kåresen, R., Sørensen, S. B., Wike, T. og Winsnes, T. (2020). Sykehus i Oslo. Et bærekraftig alternativ. Parksykehuset Ullevål. Oslo 2019.

Christiansen, P.H., Holte, E., Jensen, B. og Winsnes, T. (2020). Sykehusplaner for Oslo. Oslo 2020.

Finansdepartementet (2010). Nullalternativet. Kvalitetssikring og konseptvalg, samt styringsunderlag og kostnadsoverslag for valg av prosjektalternativ. Finansdepartementet 2010.

Finansdepartementet (2014). Prinsipper og krav ved utarbeidelse av samfunnsøkonomiske analyser. Finansdepartementet 2014.

Helse- og omsorgsdepartementet (2021). Dokument 8:72 S – Representantforslag om å utvikle Ullevål sykehus og sikre innbyggerne i Oslo gode sykehusstilbud med nok kapasitet. Oslo 2021.

Jensen, B. og Bollingmo, M.(2007). Helsereform Utfordringer og muligheter. Høgskolen i Hedmark. Rapport nr. 15 2007.

Jensen, B. (2014). Helsereformer på feil premisser. Sykehusstruktur, samhandlingsreform og lokalmedisinske senter. Kommunenes interesseforening for lokalsykehus. 2014.

Jensen, B. (2019). Utbyggingsalternativ og beslutningsunderlag OUS. Fagforbundet og Oslo Legeforening. Oslo 2019.

Jensen, B., Uthaug, I., Ødegård, J., Ibenholdt, K. og Anja Solvik (2020). Sykehus i Kristiansund og Molde eller fellessykehus på Hjelset – samfunnsøkonomisk analyse. Kommunekonsult as. Oslo 2020.

OPAK/METIER (2016). Ekstern kvalitetssikring av Idefase - Fremtidens OUS. Oslo 2016.

Oslo Universitetssykehus (2011). Arealutviklingsplan 2025. Oslo 2011.

Oslo Universitetssykehus (2014). Idefase Campus Oslo. Oslo 2014.

Oslo Universitetssykehus (2014). Idefaserapport 2.o. Oslo 2015.

Oslo Universitetssykehus (2014). Idefase. Konkretisering etter høring. Oslo 2015.

Oslo Universitetssykehus (2014). Videreutvikling av Aker og Gaustad Konseptrapport. Oslo 2015.

Oslo Universitetssykehus (2018). Økonomisk Langtidsplan 2019 – 2062 Nullalternativet sammenlignet med realisering av målbildet. Oslo 2018

Oslo Universitetssykehus (2018). Økonomisk Langtidsplan 2019 – 2062. Vedlegg til lånesøknad til Stortinget, Prop. 1 S (2019–2020).

Statistisk Sentralbyrå (2020). Befolkningsframskrivninger (I framskrivingene for Norges befolkning er hovedalternativet til de nasjonale framskrivingene benyttet. I framskrivingene for Oslo er hovedalternativet til de regionale framskrivingene brukt.) SSB 2020.

Statistisk Sentralbyrå (2019). Helsestatistikken «Sjukeheimar, heimetenester og andre omsorgstenester. SSB.

Statistisk Sentralbyrå (2019). Helse statistikken Konsultasjoner hos fastlegen, etter alder og kjønn (F) 2010 – 2019. SSB.

Statistisk Sentralbyrå (2019). Brukarar av omsorgstenester per 31.12., etter alder og tjenestegruppe, (F) 2007 – 2019.

Sykehusbygg (2017). Dimensjoneringsgrunnlag for OUS Aker og Gaustad. Mai 2017.

Sykehusbygg (2018). Oppdatering av dimensjoneringsgrunnlag OUS Aker og Gaustad. September 2018.

Referansene til behandlinger og uttalelser i Oslo kommune er gjengitt i vedlegget om Oslos kommunes behandling.



SYKEHUSUTBYGGINGER I OSLO

– Konsekvenser for innbyggerne og kommunens
helse-, pleie og omsorgstjenester

Forfattere: Bjarne Jensen og Lars Nestaas

Rapport nr. 1, 2021



Kommuneconsult





Kommunekonsult

kommunekonsult.no